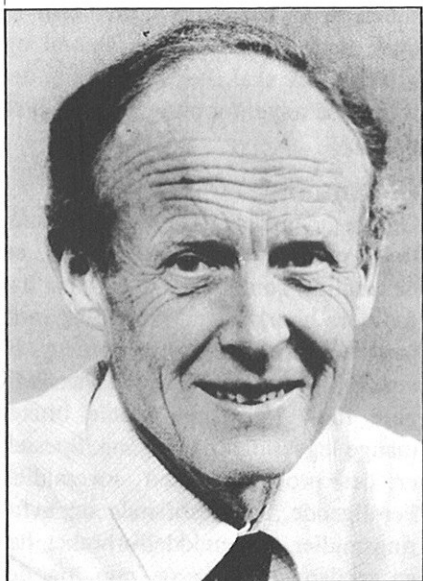


# Tilsynslegerollen ved sykehjem



Av Peter F. Hjort

*Peter F. Hjort er professor dr. med. og forskningssjef ved Statens institutt for folkehelse.*

Norge har nå omtrent dobbelt så mange senger i somatiske sykehjem som i somatiske sykehus. Målt i senger er sykehjemmene derfor helsetjenestens største sektor. Dermed hadde sektoren fortjent en omfattende artikkel basert på forskning og detaljert statistikk. Et slikt materiale fins ennå ikke, og jeg må derfor skrive en personlig artikkel basert på erfaringer som tilsynslege ved Ullern alders- og sykehjem i Oslo.

Jeg er en nokså typisk tilsynslege. Jeg er ikke spesialist i geriatri, og sykehjemmet er en bistilling for meg. Jeg går der to formiddager i uken og gjennomsnittlig en gang ekstra ved behov. Dessuten har jeg hyppig telefonkontakt med sykehjemmet, og meget kan ordnes over telefonen når sykepleiere, legen, pasienter og pårørende har kjent hverandre over lang tid. Det atypiske er at jeg har vært der i 15 år. Det skyldes at jeg er vokset opp i området og trives med de gamle.

## Ideologien i eldreomsorgen

Det er tilsynelatende full enighet om ideologien: «De gamle skal være hjemme så lenge som mulig». I praksis er det ikke alltid så enkelt, og det er mange årsaker til det:

- Noen gamle plages av å være til byrde for sine nærmeste og vil på sykehjem, kanskje før det er absolutt nødvendig.
- Noen pårørende føler seg utslitt, kanskje før andre synes de har grunn til det. Ofte møter en spørsmålet: «Når er nok nok?»
- Senil demens, forvirring og ensomhet er blitt det store problemet. Det er behov for tilsyn, hjelp og menneskelig kontakt døgnet rundt – ikke bare for hjelp til å stå opp og legge seg.

Avveiningene i de enkelte tilfelle er vanskelige og kan bli konfliktfylte. Min erfaring er at de pårørende fortsatt strekker seg lenger enn langt. En god rettesnor er derfor: «Eldreomsorg på de

pårørendes premisser». Det innebærer at vi ikke må bygge sykehjemmene ned, selv om hjemmesykepleien heldigvis er blitt rustet opp.

## Arbeidsopplegg for tilsynslegen

Det er sykepleien og omsorgen som er hovedsaken ved sykehjemmet. Derfor er det riktig at sykepleierne leder virksomheten. Legen har spesielle oppgaver og er dessuten en viktig støttespiller og hjelper.

Legen er ansvarlig for den medisinske delen av arbeidet. Grunnlaget er journalen. Den bygger på disse elementene:

- En sykehistorie, som ofte krever utfylling fra de pårørende og fra epikriser.
- En livshistorie som forteller pasientens liv og levnet
- En klinisk undersøkelse
- Laboratorieundersøkelser, spesialistundersøkelser og annet tilleggsmateriale.

Journalen skal følges opp med notater når det skjer noe, og dessuten bør det ca. hvert halvår gjøres en grundigere gjennomgang.

Legen må ha et omfattende samarbeid, først og fremst med sykepleierne og det øvrige personalet på sykehjemmet og med de pårørende. Men hjemmesykepleien, lokalsykehuset og et nett av spesialister (særlig kirurg, nevrolog og øyelege) er også viktige samarbeidspartnere. Personlig kjennskap gjør at samarbeidet glir lettere.

## Forholdet til pasientene

Legen må kjenne pasientene og ha et personlig forhold til dem. Over tid må han (eller hun – det blir stadig flere kvinnelige tilsynsleger) bygge opp dette forholdet – lære dem å kjenne som mennesker, ikke bare som pasienter. For meg har dette vært en stor inspirasjon. Jeg tror sykehjemmet er det sted hvor jeg har lært mest om livet,

om menneskene og om forhold mellom mennesker. Legen må kjenne pasientens personlighet, hennes (ca. to tredjedeler av pasientene er kvinner) bekymringer og gleder, hennes sterke og svake sider. Det er viktig – og merkelig nok ikke vanskelig – å snakke om døden og pasientens forhold til den.

### Forholdet til de pårørende

Det er viktig å kjenne de pårørende og deres holdninger. Dels treffer en dem på sykehjemmet, og det er spennende å se fire generasjoner av samme familie – se likheter i utseendet, høre likheter i stemme og ordbruk, oppleve likheter i væremåte og «stil». Dels er det klokt å ringe til de pårørende når det skjer noe. En bør huske at mange pårørende – særlig døtrene – sliter med dårlig samvittighet. De strever med sitt hjem og på jobb, de kommer på sykehjemmet, og det blir aldri nok. Det er ofte riktig å snakke med dem om dette.

Formålet med alt dette er dels å skaffe seg informasjon, men frem for alt å bygge opp et grunnlag for gjensidig tillit. Det trenger en – særlig når det går mot slutten av livet.

### Forholdet til personalet

Det er tungt å arbeide på sykehjem. Det er fysisk tungt, det er alltid travelt, og det krever en uendelig tålmodighet. En skal svare på de samme spørsmålene hundre ganger, en skal trøste og oppmuntre, og en skal lære seg å godta alderdom, skrøpelig og død. En må forstå et paradoks: «Nettopp fordi det ikke er noe å gjøre for pasientene, er det uendelig mye en kan gjøre».

Oljen i dette tunge maskineriet er anerkjennelse, ros, veiledning og oppmuntring. Tilsynslegen står lit. på siden og forsvinner stadig til sin hovedjobb. Derfor er arbeidet lettere for ham, og til gjengjeld bør han gå ut av sin vei for å rose pasienter og personell – ikke lettvinde klapp på skulderen, men fortjent ros.

### Diagnostikk

Dette er et stort kapittel, for gamle mennesker har alltid mange sykdommer. Det er dessuten et vanskelig kapittel, for en må hele tiden veie to prosesser mot hverandre – alderspro-

sess mot sykdomsprosess. Det er en gråsoner mellom dem. Benskjørhet er ett eksempel, svimmelhet er et annet. Den gamle selv er ofte tilbøyelig til å underdiagnostisere og skylder alt på alderen. Den uerfarne legen er ofte tilbøyelig til å overdiagnostisere og behandle ting som har bedre av å være i fred.

En annen grunn til at diagnostikken er vanskelig, er at symptomene ofte er vage, den kliniske undersøkelsen gir ofte lite (spesielt i lungene), og laboratorieundersøkelsene kan være tvilsomme. Alt dette er selvfølgelig enda vanskeligere i det psykiske feltet. Hvor går f.eks. grensen mellom en naturlig nedstemthet og en sykkelig depresjon?

Diagnostikken er hovedutfordringen for tilsynslegen, og leveregelen bør være: «Du skal vite hva pasientene dine feiler». Derfor må en være pågående i diagnostikken, selv om en ofte vet på forhånd at resultatet ikke får behandlingsmessige konsekvenser. Det paradoksale er at diagnosen må være desto sikrere, jo mindre en behandler. Dessuten er det mange tilstander som tross alt kan behandles og derfor skal diagnostiseres, f.eks.:

- Thyroidealdieler er sjeldne hos gamle, men de kan behandles og bør ikke overses.
- B<sub>12</sub>-mangel er hyppig hos gamle
- Sykdommer i spiserør og magesekk er ikke sjeldne, og derfor sender vi pasienter til gastroskopi, selv om de er meget gamle.

Det hender at jeg får velvillige, men litt ironiske spørsmål om hvorfor jeg rekvirerer en omfattende undersøkelse på en pasient som er over 90 år. Jeg har to svar på det. Det første er at det er en menneskerett å bli skikkelig undersøkt, og menneskeretten bør ikke reduseres med alderen. Det andre svaret er at mange gamle lever lenge på tross av sykdom – ofte lenger enn en tror, og det er både pinlig og uholdbart hvis en ikke kan svare for seg når pasient, pårørende og personalet spør: «Ja, men hva er det *egentlig* som feiler denne pasienten?» Da er det godt å ha svaret, f.eks.: «Denne pasienten har smerter i beina, kan ikke gå og kan ikke kontrollere urin og avføring. Det skyldes at han har kreft i prostata som har

spredt seg til ryggraden, og metastasene klemmer av ryggmargen. Det vet jeg, fordi spesielle røntgenundersøkelser (CT) viser det». Da får en ro og orden i opplegget. Alle vet hva det dreier seg om og hva de kan gjøre.

Skikkelig diagnostikk har med standard og kvalitet å gjøre. Den er også avgjørende for arbeidsmoral og «spirit». Det skal *ikke* være slik at det ikke er så nøye, for pasientene er jo så gamle.

### Behandling

Gamle mennesker har krav på behandling, men ingen har krav på en behandling som ikke virker eller har for store bivirkninger. Avveining mellom virkning og bivirkning er vanskelig, og den blir enda vanskeligere fordi så mange gamle bruker mange legemidler på en gang. Spesielt er det problemer med sovemidler, beroligende, smertestillende og avføringsmidler. Legemiddelforbruket har en tendens til å krype opp, og det kreves en kraftanstrengelse for å få det ned.

De faglige vurderingene er vanskelige nok. I tillegg kommer menneskelige vurderinger: Hvis pasienten sterkt ønsker et sovemiddel, har jeg rett til å gi det paternalistiske svaret: «Det er ikke så farlig om du ligger våken»? Sykepleierne har gått på glimrende kurs i smertebehandling og kan «smertetrappen» på fingrene. Dessuten ser de pasientene hele døgnet. Når de sier at pasienten *har* vondt og trenger kraftige smertestillende midler, er det ikke lett for tilsynslegen å avvise kravet – antakelig ikke riktig heller.

Vi har en klar teori på sykehjemmet: Overbehandling er mye farligere enn underbehandling. Men praksis er vanskelig og krever stadige drøftinger – både generelt og om og med de enkelte pasientene.

### Korttidspasientene

Alle sykehjemmene har korttidsplasser for rehabilitering og avlastning. Problemet er at de stadig blir belagt med pasienter som ikke kan sendes hjem, fordi de er for dårlige for hjemmesykepleien.

Jeg tror det er viktig å beskytte korttidsplassene og bruke dem til aktiv innsats for pasienter som kan komme

hjem. Gang på gang opplever vi å lykkes med tilsynelatende håpløse oppgaver og får skrøpelige pasienter opp og hjem. Det krever aktiv innsats fra hele teamet og nært samarbeid med pasient, pårørende og hjemmesykepleie.

Avlastningsopphold gir de pårørende en hvil, og det er viktig å bruke dem planmessig både til å få pasienten bedre og til å bedre forholdene hjemme. Korttidsplassene er nyttige for pasientene, men de er også nyttige for sykehjemmet, fordi de skaper positiv stemning: «Vi kan jobben vår, og vi får til ting».

### **Dødspleien**

Dødspleien er en stor og viktig oppgave. Juridisk er ansvaret plassert hos tilsynslegen, og alle er tjent med at ansvaret er klart. Til gjengjeld må tilsynslegen engasjere seg i dette arbeidet, og det må han gjøre på to måter.

For det første må det over tid bygges opp et sett av holdninger som til sammen utgjør en kultur på dette vanskelige området. Denne kulturen må være gjennomarbeidet, kjent og støttet av alle grupper – pasienter, pårørende og personalet. Vår kultur er resultatet av års drøftelser og samarbeid, og den må føres videre til nye pasienter, pårørende og ansatte. Det krever samtaler og engasjement, og dødspleien er det tema vi oftest drøfter.

For det andre må en drøfte hver enkelt pasient gjentatte ganger. Hvis det overhodet er mulig, må tilsynslegen snakke med pasienten, og han må alltid snakke med de pårørende.

Hovedprinsippene i dødspleien er enkle. Nøkkelspørsmålet er: «Når er tiden inne til å stanse forsøk på aktiv, livsforlengende behandling og konsentrere seg om pleie og lindrende behandling?» (1). I teorien er dette spørsmålet kanskje uløselig, men i praksis finner vi alltid frem til enighet. Når vi er blitt enige, skrives det inn i journalen. Vi gir ikke lenger livsforlengende behandling, inklusive antibiotika, og vi konsentrerer oss om en god pleie (spesielt god munnpleie og unngå trykksår). Vi presser ikke mat og drikke på pasienter som ikke ønsker det, og vi gir det som skal til mot smerter og uro (2). Målet er å oppnå en

naturlig død (3), og i de fleste tilfeller lykkes det. En betingelse er at pasienter, pårørende og personalet føler trygghet, og positive erfaringer gir trygghet.

Det er viktig å ha lokalsykehuset i ryggen, hvis det oppstår spesielle problemer. Det gjør det meget sjelden, og sykehuset har alltid stilt opp umiddelbart, hvis vi har trengt hjelp. Det øker tryggheten i sykehjemmet.

### **Dårlige samvittigheter?**

Jeg tror det ligger i sakens natur at en tilsynslege i bistilling alltid føler et stikk av dårlig samvittighet. Sykehjemmet er ikke hovedjobben, og jeg føler at jeg alltid burde hatt mer tid og gjort mer. Jeg trøster meg med erfaring og samarbeid, men noen oppgaver lider alltid:

- Det blir liten tid til undervisning, bortsett fra den undervisning som knyttes til enkeltpasienter. Når personalet er stabilt, bygger det seg opp kunnskaper og erfaringer på denne måten, men det er alltid en del gjennomtrekk på et sykehjem – spesielt ekstravakter.
- Det blir for liten tid til samarbeid med primærlegene og med hjemmesykepleien. Dette er en mangel, spesielt for korttids- og dagsenterpasientene. Meget kan gjøres over telefonen, men ikke alt.

### **Bør vi velge andre løsninger?**

Tilsynslegen bør ha gode kunnskaper i geriatri, være interessert i gamle mennesker og skape kontinuitet ved sykehjemmet. Dette kan en oppnå ved bistillinger, men erfaringen er at det lett blir gjennomtrekk i slike stillinger. Dette er selvfølgelig mer uheldig enn ved et sykehus, hvor det er en legestab som samlet står for kontinuitet.

En annen løsning er å lage fulle tilsynslegestillinger, enten ved å ha store sykehjem eller ved å kombinere flere sykehjem. Fordelen er at en da kan rekruttere geriater til slike stillinger, selv om det ikke alltid har vært lett. Mangelen er at det kan oppleves som ensomme stillinger, og det kan bli vanskelig med fornyelse.

En tredje løsning er å kombinere tilsynslegestillingen med primærlegearbeid i nedslagsfeltet, slik det ofte

fungerer i de mindre kommunene. Fordelen er at primærlegen kjenner distriktet og er vant til å samarbeide med hjemmesykepleien. Mangelen kan bli for svake kunnskaper og erfaringer i geriatri og for mye skifting i stillingen. Idealet ville selvfølgelig være å finne primærleger som både lærer seg geriatri og vil være lenge i stillingen. Jeg tror det er vanskelig å velge løsninger som er allmenngyldige. Fortsatt må en nok streve med å finne løsninger som er skreddersydde for den enkelte kommune og det enkelte sykehjem.

### **Hva er tilsynslegens belønning?**

Sykehjemmet er et sted for læring og utvikling på to plan – det medisinske og det menneskelige. Gamle mennesker har kompliserte sykdommer, og en kan ikke unngå å lese og lære. Gamle mennesker kan også lære en mer om livet og forhold mellom mennesker enn yngre kan.

Sykehjemmet er også et sted for gode og varme relasjoner mellom mennesker. Relasjonene varer lenge – ofte gjennom år, og de må bære gjennom store vanskeligheter. Derfor blir en knyttet til hverandre på en god måte. Sykehjemmet er også – merkelig nok – et sted for humor og nærhet. For de fleste pasienter er nok alderdommen en hard dom, men smilet og spøken er aldri langt unna. Slik må det være for at en skal holde ut, og det er godt å merke at menneskene har denne evnen.

### **Referanser**

1. Sørbye LW, Aarseth S, Husom O, Johannesen J, Hjort PF, Skartseterhagen SÅ. Nøkkelspørsmålet i dødspleien: når er tiden inne? Tidsskr Nor Lægeforen 1979; 99: 1300-6.
2. Sørbye LW, Respekt for livet – respekt for døden. Faglige og etiske utfordringer ved livets slutt i sykehjem. Oslo: Siffs avdeling for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 5-1988.
3. Løken AaC, Hjort PF, Anker-Nilssen J. et al. Obduksjon av 100 alders- og sykehjemspasienter i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1197- 1203.