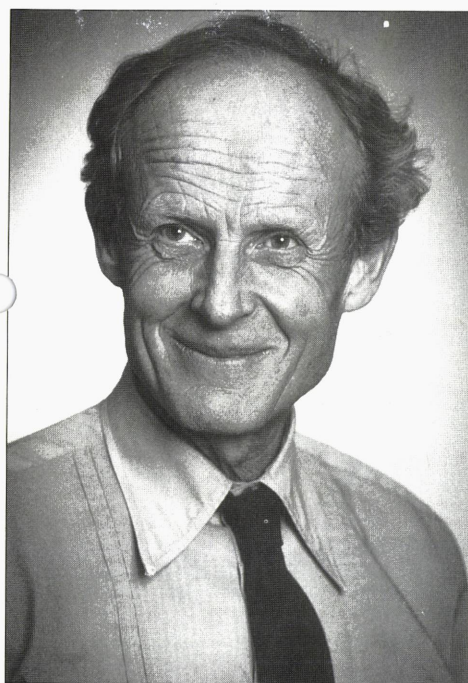


Faglig og menneskelig kvalitet i eldreomsorgen

– Peter F. Hjort –



Professor dr.med. Peter F. Hjort, Avd. for samfunnsmedisin, Statens institutt for folkehelse, Oslo

Peter F. Hjort ble lege i 1950, professor i hematologi (Rikshospitalet) i 1969, rektor ved Universitetet i Tromsø i 1972, leder av gruppe for helsetjenesteforskning i 1975 og av Samfunnsmedisinsk avdeling ved Statens institutt for folkehelse i 1990. Pensjonist i 1994. Tilsynslege ved Ullern alders- og sykehjem 1976-94. Arbeider nå med prosjekter og undervisning.

1. To syn på eldreomsorgen

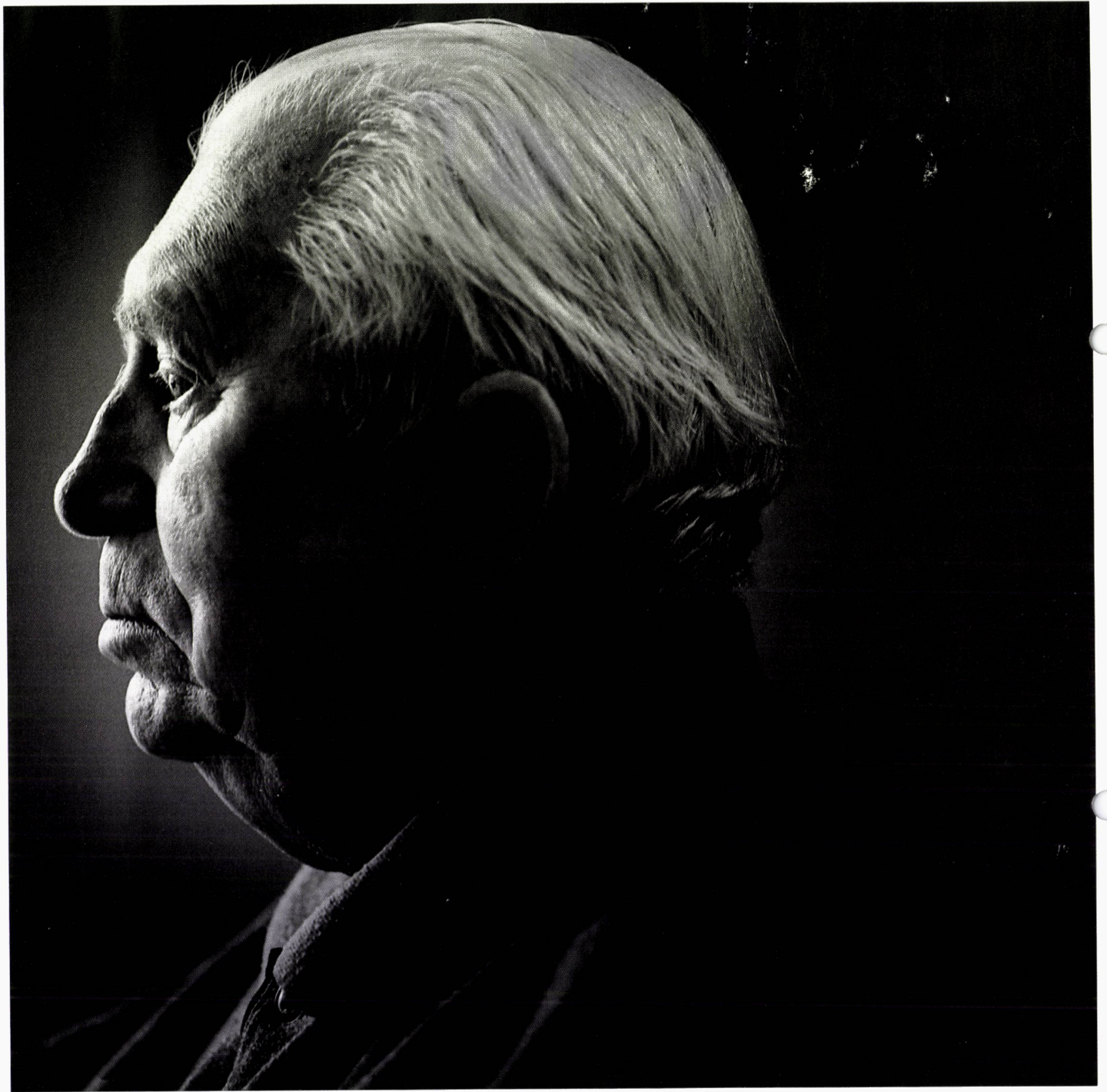
Mitt utgangspunkt er at det er to hovedsyn på eldreomsorgen.

Det ene synet er at eldreomsorgen først og fremst er et bolig- og organisasjonsproblem. Oppgaven er å ta hånd om de eldre som ikke lenger klarer seg på egen hånd i sine hjem. De må skaffes egnede boliger og den hjelpen de trenger. Løsningen er tilpassede boliger – evt. i form av serviceboliger – og hjelp fra de kommunale tjenester. Dette synet finner en særlig hos samfunnsvitenskapelige forskere (1) og i mange kommunale administrasjoner. Ordbruken er viktig. De gamle som trenger hjelp kalles beboere eller evt. klienter, og en snakker om å «avmedikalisere eldreomsorgen». Det offisielle argumentet er at det er best for de gamle å bo hjemme. Det reelle argumentet er at det er billigere for kommunene. Det andre synet er at eldreomsorgen har ansvaret for mennesker som ikke bare er gamle, men også funksjonelt skrøpelige og som regel alvorlig syke. Utfordringen er å sørge for en pålitelig diagnostikk, og som regel har den gamle flere sykdommer. Deretter må en vurdere prognosen og mulighetene for behandling og evt. rehabilitering og samtidig sørge for nødvendig pleie og omsorg. Dødeligheten i denne gruppen er 100%, og dødspleien er derfor en viktig del av oppgaven. Boligen er ikke hovedspørsmålet. De gamle bør bo hjemme eller i tilpasset bolig så lenge de selv ønsker det og det er praktisk mulig. Deretter bør de bo på sykehjem. Dette synet på eldreomsorgen finner en hos erfarne og engasjerte sykepleiere og leger, og det er også mitt syn. Etter dette synet kalles mottakerne av eldreomsorg for pasienter. Det er klart at det grunnsynet en har på eldreomsorgen avgjør hva en legger i kravet om

kvalitet. Etter beboer-synet krever en kvalitet i boligen, etter pasient-synet krever en faglig og menneskelig kvalitet i hele omsorgen.

2. To prosesser i alderdommen

Hvorfor trenger gamle mennesker eldreomsorg? Det skyldes to prosesser som er forskjellige, men flettet inn i hverandre. Den ene er aldersprosessen (gerontologi), og den andre er alderssykdommene (geriatri). Aldersprosessen rammer alle. Den starter ved fødselen og blir målbar fra omkring 25-års alderen. I kroppen viser den seg som en jevn nedgang i alle organenes funksjonelle kapasitet. Den er ca. 1% pr. år, slik at en 75-åring har igjen ca. halvparten av den funksjonelle kapasiteten han hadde som 25-åring. Denne nedgangen fører til at reservene minker og sårbarheten øker, men en blir ikke syk av aldersprosessen alene. Aldersprosessen i sinnet fører til at en blir langsommere, men intellektuelt blir en ikke dummere. Dessuten får eldre erfaringer og innsikt som foredler deres intelligens til forstand eller klokskap, noen ganger til og med til visdom. Følelsesmessig blir en mer moden, men samtidig mer sårbar, og selvbildet svekkes – spesielt når en blir avhengig av andres hjelp. Dette siste er jo nettopp det sentrale i eldreomsorgen, nemlig at en trenger hjelp. Sosialt blir de eldre selvfølgelig pensjonert og ofte parkert på siden av livet og samfunnet med et skrumpende sosialt nettverk. Den fjerde dimensjonen – i tillegg til kropp, sinn og sosialt liv – er den åndelige. Her er det så store forskjeller at jeg ikke våger meg på noen beskrivelse, men mange eldre opplever at den åndelige dimensjonen blir viktigere. I sum er det sentrale trekket i aldersprosessen at reservene minker og sårbarheten øker.



Ikke alle eldre rammes av sykdom, og jeg deler sykdommene i to grupper – de alminnelige sykdommene og alderssykdommene. Gamle kan få alle de samme sykdommene som rammer yngre, men sykdomsbildet blir mer diffust og symptomfattig. Gamle mennesker som får blindtarmbetennelse f.eks, mangler ofte de karakteristiske magesmertene. Derfor stilles diagnosen sent, og dødeligheten er høy – kanskje 10%. De spesielle alderssykdommene rammer bare eldre, og hyppigheten øker med alderen. Mekanismene er forskjellige, men de er ofte en følge av det liv de gamle har levd, dvs. arbeid, miljø, sosial posisjon og leveste. Sjansen for sykdom øker kraftig med alderen, og det er en god regel at folk over 80 år har minst to sykdommer, med eller uten klare symptomer.

○ Kombinerer en kunnskapene om aldersprosessen og alderssykdommene, blir 80 år et statistisk skille, fordi reservene er blitt små og sjansen for sykdom er blitt høy.

Ca. fjerdeparten av de eldre er over 80 år, og det er først og fremst denne aldersgruppen som trenger eldreomsorg.

De eldre er blitt friskere enn de var for bare 20–30 år siden, og vårt bilde av «de eldre» er friske, selvstendige pensjonister som kan og vil klare seg selv. Dette bildet er riktig for tre fjerdeparten av de eldre. Med årene øker skrøpeligheter og hjelpebehov, og alle som ikke dør brått, går gjennom en slutfase – kort eller lang – med store hjelpebehov. Jeg har brukt tid på

○ me oversikten for å vise at eldreomsorg ikke er noen enkel oppgave. Tvertimot rommer eldreomsorgen de aller vanskeligste oppgavene, både faglig og menneskelig. Skal den lykkes, må en holde fast på mange tanker samtidig, både faglige og menneskelige. Som bekjent, er dette noe av det aller vanskeligste vi kan drive med, fordi så mange av oss – spesielt blant mennene – har problemer nok med å holde fast på én tanke av gangen. De fleste av oss er ensporete, «one trackminds». Jeg har et barnebarn som de andre kaller «trackeren», fordi han elsker å tenke, men bare på én ting av gangen. Han sier han vil bli lege, og da får han nok bli spesialist, men ikke i geriatri.

3. Faglig kvalitet

Det faglige kravet er enkelt: En må kunne faget sitt. Kunnskapen må være relevant for den enkelte pasients problem, og den må være oppdatert. F.eks. må legen kjenne de forskjellige former for senil demens og kunne skille dem fra hverandre, ikke bare slenge ut «Alzheimer» – og hviske: «Trur eg» inne i seg. Sykepleierne må f.eks. kunne munn- og tannstell og vite når det er behov for tannlege. Pasientene i eldreomsorgen har jo en lovbestemt rett til tannlegjetjenester, men får det sjelden.

Det fremgår av hele den lange innledningen min at eldreomsorgen er et stort og komplisert fagfelt som krever utdanning, opplæring og stadig oppdatering gjennom kurs og lesing. Jeg synes det er en utbredt tendens til å godta at det er to standarder i helsetjenesten – en for yngre og en for eldre pasienter, og jeg vil gi noen eksempler.

I diagnostikken er det mitt syn at eldre mennesker har den samme rett som yngre til en korrekt og fullstendig diagnose. Det første bud i geriatrien er at du skal vite hva pasientene dine feiler. Men det er en utbredt holdning blant legene at en ikke skal drive diagnostikk som ikke får behandlingsmessige konsekvenser. «Hvorfor skal jeg gastrokopere en pasient på 90 år, når jeg vet at jeg ikke vil operere ham, hvis han har cancer?» er et utsagn jeg har hørt mange ganger. Mitt svar er at en umulig kan ha en fornuftig mening om behandlingen før en vet diagnosen. Dessuten har en presis diagnostikk andre konsekvenser også. For det første er den et uttrykk for en faglig standard, for det andre påvirker diagnosen holdningen til pasienten – både hos personell og pårørende, og for det tredje er dette synet på diagnostikken viktig for spirit og kvalitet i eldreomsorgen: «Vi vet hva vi driver med».

Et annet eksempel er trykksår. De er smertefulle, plagsomme og vanskelige å få til å gro. De skyldes nesten alltid dårlig pleie, spesielt at en ikke i tide har satt inn forebyggende tiltak. Likevel er trykksår vanlige hos gamle pasienter, og sykepleierne på sykehjemmet sier: «Det er sykehusene som lager dem, vi helbreder dem». En spesiell faglig utfordring er å veie mot hverandre to eller flere hensyn som trekker hver sin vei.

Her er noen typiske eksempler:

- Urolige pasienter er et stort problem i eldreomsorgen, og det er vanskelig å veie hensynet til den urolige mot hensynet til alle de andre pasientene.
- Mange pasienter får en hel serie av legemidler. Hvert enkelt er godt begrunnet, men sammen fører de ofte til et villnis av de opprinnelige symptomene og legemidlenes virkninger og bivirkninger. Mange pasienter kommer seg når legen sanerer legemiddellistene deres.

For noen år siden startet en viktig internasjonal bevegelse for «evidence based medicine». Formålet er å sanere medisinen for synsing og erfaringer som ikke holder mål. Metoden er omhyggelige kontrollerte undersøkelser og store metaanalyser som sammenfatter kunnskapene om en behandling. Dette er et viktig fremskritt i medisinen, men i eldreomsorgen er det to problemer. For det første må vi behandle pasienter her og nå, også når vi må vente på de vitenskapelige behandlingsundersøkelsene. For det andre er det mange oppgaver i eldreomsorgen som ikke lar seg studere med statistiske analyser, f.eks. trøst og omsorg. Og endelig er det ikke alltid at gamle fru Hansen passer inn i internasjonal statistikk. Det betyr at skjønn og erfaringsbasert kunnskap, med alle sine svakheter, fortsatt må spille en viktig rolle i eldreomsorgen. Ett eksempel kan være influensavaksine. Statistiske undersøkelser gir oss beskjed om effekten, men likevel må en vurdere om fru Hansen er tjent med vaksinen. Kanskje hun tross alt er bedre tjent med å få dø av lungebetennelse.

Dette fører meg over til begrepet taus kunnskap (2,3) som jeg tror er spesielt viktig i eldreomsorgen. Det er nemlig to former for kunnskap:

- **Faktisk kunnskap kan skrives, doseres, undervises, leses og læres. Den unge lærer ved å studere og trenger dyktige lærere.**
- **Taus kunnskap må fornemmes, ses, anes og føles. Den unge lærer ved å være lærling og trenger gode rollemodeller.**

Jeg kan illustrere dette med et eksempel. Da vi skulle starte universitetet i

Tromsø, var en av oppgavene å lage en fiskerihøyskole, og det fantes ingen modeller i Europa. Jeg tok meg en tur på kaia for å høre fiskernes mening. En eldre kar sa til meg: «Du kan ikke lære å fiske. Det må du kunne». Og så føyde han til: «Du må være med far din fra du er guttunge, og til slutt får du båt selv». Det han beskrev på denne måten er lærlingens vei til mester (3), og den veien skiller seg fra studentens vei til eksamen.

Jeg vil gi dere et medisinsk eksempel. En mann rammes plutselig av det som heter «The locked-in syndrome» på grunn av et infarkt i hjernestammen. Han blir totalt lam og mister taleevnen, men er klar og bevisst. Når sykepleierne stiller ham, kan han ikke røre seg, og han kan ikke si om han ligger godt eller vondt. Han er som en stein under en osteklokke. Etter noen måneder får han litt bevegelse i venstre hånd og skriver en bok (4). Én erfaring gjør spesielt inntrykk: Noen sykepleiere klarer alltid å legge ham slik at han ligger godt, andre klarer det aldri. Forskjellen er evnen til å se, fornemme og føle – uten ord og kroppsspråk – hvordan pasienten har det.

Dette er den tause, uskrevne kunnskapen, mesterens kunnskap som er lært gjennom års praksis. Vi vet ikke hvordan den skapes eller overføres, men vi vet at rollemodellene er viktige (5), dvs. mestre som vi forsøker å ligne når vi går våre læreår.

God eldreomsorg krever lagarbeid. Sykepleierne og legene er de to viktigste profesjonene, men det er mange andre også: Fysio- og ergoterapeuter, logoped, sosionomer, kjøkkenpersonale og hjemmehjelpere, for ikke snakke om teknikere og håndverkere som driver med hjelpemidler og tilrettelegging av boliger. Sykepleierne leder dette lagarbeidet og det er rett. Men legene spiller en avgjørende rolle fordi de har ansvaret for diagnostikken og behandlingen, som er selve grunnlaget for den enkelte pasient. Det er vondt å si det, men jeg føler at legene har sviktet eldreomsorgen. Eldreomsorg er blitt et venstrehandsarbeid for dem, som de synes at de ikke har tid til, og dessuten er det for dårlig betalt. Resultatet er at mye av eldreomsorgen overlates til turnuskandidatene, mens de gamle pasientene skulle hatt de mest erfarne legene.

Eldre over 67 år står for halve volumet av norsk helsetjeneste. Likevel er det ført opp bare 58 spesialister i geriatri i Legekatalogen fra 1998. Jeg mener ikke at alle gamle pasienter skal behandles av geriater, men det er ingen tvil om at norsk geriatri trenger et krafttak. Eneromsdiskusjonen i eldrepolitikken er vel og bra, men kvalitetsdiskusjonen er langt viktigere.

4. Menneskelig kvalitet

Menneskelig kvalitet i eldreomsorgen bygger på én grunnleggende forutsetning, nemlig at vi erkjenner at det er et menneske – faktisk et lidende medmenneske – vi behandler og pleier, ikke et behandlings- eller pleieobjekt. «Noen ganger», sier Hippokrates, «er det viktigere å vite hva slags person det er som bærer sykdommen enn hva slags sykdom personen bærer». Derfor er det første kravet at en erkjenner betydningen av den menneskelige faktor og ikke begrenser seg til den medisinske. Det betyr at en må gjøre to vurderinger for å få to typer av innsikt om pasientene:

- **Medisinsk innsikt får en ved sykehistorien, klinisk undersøkelse og spesielle undersøkelser. Opplysningene samles systematisk og sammenfattes i en diagnose.**
- **Menneskelig innsikt får en ved livshistorien, opplysninger fra dem som står nær, samtaler og egen innføring. Alt samles og sammenfattes i en vurdering.**

Begge er viktige. Hvilken som er viktigst, avhenger av både sykdommen og personen, som Hippokrates sa. Begge typer av innsikt må revideres løpende.

Dette betyr at det er tre betingelser for en god menneskelig eldreomsorg:

- Den første er holdningen til pasienten, og ingen har uttrykt dette klarere enn Søren Kierkegaard på sitt gammeldagse danske språk (6). F.eks. har den gamle pasienten ofte et fornuftig grunnlag for det hun sier, selv om det kan virke både forvirret og forvirrende på oss. Her er et litt ekstremt eksempel. En eldre kvinne var i postoperativ fase etter en stor og komplisert operasjon. Hele tiden lå hun og dro i ledningen til lampen over sengen

og ropte: «Klipp, klipp». Da pleierne ikke forsto, ropte hun: «Klipp, k-l-i-p-p». Pasienten ble oppfattet som forvirret, men flere dager senere ble det klart at hun var fortvilet over at hun var reddet til et liv hun ikke ønsket, og hun ville bruke ledningen til å begå selvmord. For henne var dette en rasjonell tanke, den eneste muligheten hun kunne se i sin dype fortvilelse.

- Den andre betingelsen er at en samler nødvendig informasjon om pasienten, både om sykdommen og om liv og livssituasjon. En av de tingene som gjør eldreomsorgen så fascinerende og lærerik, er at sykehistorie og livshistorie er flettet inn i hverandre.
- Den tredje betingelsen er den vanskeligste, nemlig at vi organiserer vårt arbeid slik at vi tilstrekkelig tid for pasientene.

Jeg vil kommentere den siste betingelsen, for nesten alle som arbeider i eldreomsorgen stønner over mangel på tid. Men jeg har lært meg en enkel regel som jeg tror på, og den lyder slik: «Det lønner seg å somle». Når en gammel pasient på sykehjemmet ber om å få snakke med legen, er det f.eks. to måter å gjøre det på. Den vanlige måten er at legen står ved sengen, og kroppsspråket gir tydelig uttrykk for at han har det travelt. Da tar samtalen tre minutter, og den har ingen effekt. Den andre måten er å sette seg ned, sikre seg at en har kontakt på tross av syns- og hørselsproblemer, og så vise at en har all verdens tid og ikke har noen annen tanke i hodet enn å forstå det pasienten vil snakke om. Da tar samtalen kanskje 15 minutter, men effekten varer i tre måneder.

Menneskelig kvalitet innebærer også at en går ut av sin vei for å få de pårørende med på laget. Det hender ofte at helsepersonellet ser på pårørende som krevende, masete og vanskelige. Av og til kan de ha rett i det, men for det første er de pårørende pasientens viktigste ressurs, og for det annet kan det tenkes at de pårørende har rett. Derfor lønner det seg å investere litt i de pårørende, f.eks. ved å ringe til dem og drøfte problemer med dem. Jeg sa at eldreomsorgen er lagarbeid, og lagarbeidet krever samarbeid. Både pasienter og pårørende oppfatter fort hvordan

samarbeidet fungerer. De registrerer temperatur og tone, og en god lagånd er avgjørende for pasientenes trivsel og trygghet. Det er egentlig tale om to lag – det profesjonelle laget som består av alle personellgruppene og et felleslaget som består av de tre p'ene: pasient, pårørende og personell. Menneskelig kvalitet forutsetter at en får kjemien til å fungere i begge lag. De siste fire årene har jeg hatt en rolle som pårørende, og gjennom timer og dager har jeg gjort mine observasjoner. To forhold har slått meg – systemfaktorene og menneskefaktorene. Systemfaktorene bestemmes av organiseringen i avdelingen, først og fremst av kontinuiteten. De avdelinger som er organisert slik at det mest mulig er samme lege og sykepleier – dvs. primærlege og primærsykepleier på avdelingen, fungerer meget bedre for pasienter og pårørende. Dessuten er tid helt avgjørende, om personalet har tid til å være helt og fullt til stede i situasjonen der og da, eller om de tydelig viser at de burde være alle andre steder.

Menneskefaktorene er umulig å definere og analysere, men de føles klart og sterkt. Når en som pårørende iakttar helsepersonellet behandle og pleie alvorlig syke pasienter, er det noen som har det jeg kaller «grepet», og en ser at pasienten hviler i tillit, trygghet og ro. Mange har dette velsignete grepet, og det gjør inntrykk på meg at jeg særlig ofte ser det hos dem som har den korteste utdanningen, nemlig hjelpepleierne.

Kulturen

I det siste kapitlet har jeg samlet noen tanker om det jeg kaller kulturen i avdelingen eller institusjonen og om hva som skaper den – i tillegg til de faglige og menneskelige faktorene. Etikken gjennomsyrrer miljøet. Et godt miljø drøfter de mange etiske

spørsmål og har vunnet frem til et felles syn. Tiden tillater bare at jeg nevner ett forhold, som sjelden er fremme i diskusjonen. Det har med menneskelig likeverd å gjøre, og det krever at vi ikke gjør forskjell på folk. Alle mennesker skal behandles forskjellig, fordi de er forskjellige. Men forskjellsbehandlingen skal begrunnes i nettopp dette og ikke i irrelevante, usaklige eller snobbete forhold som sosial posisjon, penger eller alder.

Jeg tror at dødspleien spiller en helt spesiell rolle for kulturen i hele institusjonen. En god og gjennomtenkt dødspleie skaper tillit og trygghet i trekanten pasient-pårørende-personell. Den gode dødspleien er en sum av detaljer som til sammen skaper en helhet. Den gode dødspleien rører menneskenes hjerter og skaper noe som varer. Som lege har jeg opplevd å møte pårørende 30 år etter dødsfallet, og vi snakker om det som om det var i går. Derfor tror jeg at det er spesielt viktig at institusjonene arbeider med dødspleien for å utnytte de spesielle pedagogiske mulighetene som ligger i den. Blant annet er det viktig at en snakker om dødspleien i avdelingen etter dødsfallet – en slags «debriefing», og spør seg selv: «Fikk vi det til? Burde vi gjort noe annerledes?»

Denne tankegangen bidrar til å bygge kulturen i institusjonen. Jeg tror at legen har en spesiell rolle i dødspleien, fordi legen har det medisinske og det juridiske ansvaret. Derfor er det så viktig å bevisstgjøre og trene legene i denne rollen. Derfor er det også så bekymringsfullt at legene fjerner seg mer og mer fra eldreomsorgen.

6. Slutt

I denne forelesningen har jeg forsøkt å gjøre rede for mine tanker – og følelser – om den faglige og menneskelige kvaliteten i eldreomsorgen.

Egentlig hadde jeg trengt mange timer for å få sagt alt det jeg gjerne ville ha sagt. Nå – til slutt – vil jeg gi dere to oppsummeringer. Først kommer min egen om de fem K'er i eldreomsorgen:

Kapasitet Kompetanse Kontinuitet Kommunikasjon Kvalitet	} + Tid og samarbeid
---	----------------------

Så kommer et sitat fra William Osler, som ble en legende i levende live (1849–1919). Han engasjerte seg sterkt i utdanningen av leger og sa: «Legen trenger både et klart hode og et varmt hjerte». Jeg er stolt over at vi valgte dette sitatet som motto for den medisinske studieplanen i Tromsø i 1971 (7).

Litteratur

1. Daatland SO (red.). De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960–95. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 22/97.
2. Polanyi M. The tacit dimension. Gloucester: Peter Smith, 1983.3. Benner P. From novice to expert. Menlo Park: Addison-Wesley Publ., 1984.
4. Åhgren C-E. Förlamningen. Dagboksanteckningar. Stockholm: LIC Förlag, 1986.
5. Hjort PF. Gode leger – hvordan blir studentene det? Tidsskr Nor Legeforen 1991; 111: 3700–2.
6. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfattervirksomhed. En ligefrem meddelelse. Rapport til historien. København: C.A. Reitzels Forlag 1859. (Søren Kierkegaards Samlede Verker. XIII. Bind. København: Gyldendalske Boghandel, 1906.)
7. Universitetet i Tromsø. Medisinsk studieplan. Tromsø: Universitetsforlaget, 1971



