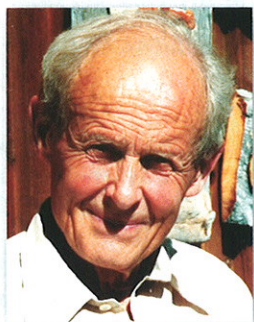



«Det er vanlig at kommunene slår sammen omsorgsboliger og sykehjem når de beregner dekningsgraden for heldøgns pleie. Jeg mener at dette er et bedrag, som regel bevisst.»

Vi trenger både sykehjem og omsorgsboliger



 Peter F. Hjort, professor emeritus

Denne artikkelen er egentlig et debattinnlegg som drøfter det jeg opplever som den store konflikten i norsk eldreomsorg. To syn står mot hverandre:

– Det ene synet – **boligsynet** – er at det er best for de gamle å bo i sitt eget hjem eller i en omsorgsbolig «så lenge som mulig» og få den nødvendige behandling, pleie og omsorg der.

– Det andre synet – **sykehjemssynet** – er at når skrøpelighetene blir for store, er det nødvendig med sykehjemsplass.

Denne konflikten settes ofte på spissen: Trenger vi omsorgsboliger eller sykehjem? Mitt syn er at vi trenger både omsorgsboliger og sykehjem. Diskusjonen bør derfor dreie seg om forholdet mellom dem. I denne artikkelen argumenterer jeg for dette synet.

I mine øyne er dette ikke en teknisk konflikt som dreier seg om definisjon og tolkning av de magiske ordene «heldøgns pleie og omsorg». Det er i virkeligheten en dyptgående kulturell og etisk konflikt som bunnar i synet på gamle mennesker og den behandling de får i livets sluttfase.

De to synene

Boligsynet har sterke tilhengere. De fins i Sosialdepartementet, i Kommunenes Sentralforbund, i Ressurs- og omsorgssenteret i Stjørdal og i mange – antakelig i de fleste – kommunene. Det sentrale argumentet, slik jeg har oppfattet det, er at de gamle på slutten av livet har det best i eget hjem eller i en omsorgsbolig som fungerer som et hjem. Det sosiale livet er det aller viktigste, og derfor kalles de gamle «beboere», ikke pasienter. Det er viktig at personalet har lært seg å se og stimulere beboernes «restressurs». Det ligger en fare i at behandling og pleie passiviserer, kveler restressursene og fører til «lært hjelpeløshet». En kan se dette synet som et opprør mot de sykehuslignende sykehjemmene og den «medikaliseringen» som foregår der. Og det er lettere å skape hjemmefølelse og sosial aktivitet i boliger enn i sykehjem.

Sykehjemssynet har mindre ressurssterke tilhengere. De fins blant helsepersonell, i pasientorganisasjoner og i Norsk Pensjonistforbund. Dessuten fins de blant pasienter i sykehjemskjø og deres pårørende, og de fins blant de

beboerne i omsorgsboligene som føler at de får for lite tilsyn, pleie og omsorg. Det er naturlig at tilhengerne av dette synet omtaler de gamle som pasienter, og de føler at god behandling, pleie og omsorg er viktigere enn sosialt liv i denne fasen av livet.

Heldøgns pleie og omsorg – et viktig begrep

De to synene tørner sammen i diskusjonen om innholdet i begrepet «heldøgns pleie og omsorg». Grunnen til at dette begrepet er så viktig, er at vi i mange år har hatt en regel om at antall plasser med heldøgns pleie og omsorg skal utgjøre 25 prosent av antall mennesker over 80 år i kommunene. Denne regelen gjelder fremdeles (1). Boligtilhengerne mener at dette tallet skal dekke summen av plasser i omsorgsboliger og sykehjem, mens sykehjemstilhengerne hevder at tallet bare skal dekke sykehjem. I praksis betyr det at mange kommuner har en samlet dekning godt over 25 prosent av antall mennesker over 80 år, mens sykehjemsdekningen er godt under 25 prosent.

	Service	Omsorg
Arbeidsoppgave	Konkrete serviceoppgaver	Helhetlig omsorg
Arbeidsplan	Avtalt på forhånd	Bestemmes der og da
Mentalt intakt pasient	Ja, for å gjøre avtaler	Nei, ikke nødvendig
Kontinuitet	Ikke nødvendig	Nødvendig
Arbeidskultur	Regelorientert: Begrenses til avtalte serviceoppgaver	Helhetsorientert: Pasienten skal hjelpes best mulig

De to kulturene i eldreomsorgen

«Service er den nye kulturen, og den er ikke kommet for å forbedre eldreomsorgen, men for å gjøre den enklere å administrere og billigere».

De to synene står for hver sin kultur i eldreomsorgen. Den ene kulturen legger hovedvekten på service, den andre på omsorg. Diskusjonen om disse to kulturene har fått bred plass i Danmark, og en tidligere sosialminister – Bent Rold Andersen – har redegjort for diskusjonen i boken «Eldreomsorg på afveje» (2). Inspirert av denne boken har jeg sammenfattet de to kulturene i tekstboks 1.

Sentralt i servicekulturen er en avtale mellom kommunen og den gamle. Avtalen settes opp av en representant for kommunen, som er en ledende hjemmesykepleier, eller hjemmebesøk. Avtalen presiserer hvor ofte den gamle skal ha besøk og hva slags hjelp hun eller han skal ha. Alt dreier seg om servicetiltakene, og det er tiltakene som er viktige, ikke hvem som utfører dem. Derfor er kontinuitet ikke viktig. Det er det samme hvem som kommer, og derfor kan den gamle oppleve en strøm av nye hjelpere. Hver for seg er de både flinke og snille, men service er i prinsippet upersonlig. En annen stor svakhet er at enhver avtale forutsetter kompetente avtalepartnere. Mange gamle er for skrøpelige, både fysisk og psykisk, til at de har denne kompetansen.

Omsorgskulturen bygger ikke på avtalte tiltak, men på avtalte timer per uke. Hjelperne kommer til avtalt tid og gjør det som trengs der og da. Det er ingen avtale om tiltak, det

er opp til hjelperen og den gamle å vurdere det sammen. Denne kulturen legger hovedvekten på den menneskelige relasjonen og på samarbeidet. Det kan for eksempel tenkes at hjemmehjelperen bør prioritere å drikke kaffe under besøket og la støvet ligge. En viktig side ved denne kulturen er at hjelperen kan observere den gamle over tid og sørge for at forverrelser og nye behov blir fanget opp (3). Dette er ikke mulig i servicekulturen, fordi den ikke legger vekt på kontinuitet.

Omsorg var den opprinnelige kulturen, og derfor bruker vi fremdeles uttrykket «eldreomsorg». Service er den nye kulturen, og den er ikke kommet for å forbedre eldreomsorgen, men for å gjøre den enklere å administrere og billigere.

Om livets gang mot slutten

Eldreomsorg inkluderer å hjelpe gamle gjennom sluttfasen av livet. Derfor må en tenke gjennom oppgavene og hvorledes de endrer seg under livets gang mot døden.

Stort sett er det bare to utganger på livet. Den ene er at en dør brått eller etter en relativt kortvarig alvorlig sykdom. Medisinsk behandling er viktig, og sykehusene og spesialisthelsetjenesten utfører en stor del av de nødvendige tjenester. Noen pasienter kan behandles hjemme og noen må overføres til sykehjem. Den andre utgangen er at en blir gradvis mer skrøpelig, fysisk og/eller psykisk. Her er alderssykdommene, spesielt demens, viktige. Forløpet kan vare i årevis, for eksempel ca. ti år ved demens. Pasientene kan klare seg hjemme lenge hvis de får god hjelp av pårørende og kommunens hjemmetjenester.

Omsorgsboliger er et godt alternativ inntil beboerne blir alvorlig pleietrengende. I sluttfasen blir pleien tung, og sykehjem blir ofte den eneste gode løsningen – se Romørens detaljerte oppfølgingsundersøkelse av de gamle i Larvik (4).

Når en tenker på denne måten, må eldreomsorgen være en kjede som gir tilbud etter behov:

- Hjemmet er det selvfølgeligste utgangspunkt, og det kan holde lenge, hvis den gamle har pårørende som kan gi hjelp og ha tilsyn.
- Omsorgsboliger kan være en god mellomløsning når det blir for vanskelig hjemme. Jeg mener at omsorgsboligen er et godt sted for de nest dårligste, dvs. omtrent den gruppen som bodde på aldershjem i gamle dager.
- Sykehjem er nødvendig når det blir behov for omfattende, heldøgns behandling, pleie og omsorg.

Sykehusene er ikke et ledd i denne kjeden, men spiller likevel en stor rolle, dels for undersøkelse, behandling og vurdering, og dels i mer akutte faser.

Hva ligger i begrepet heldøgns?

Ordet «heldøgns» står sentralt i diskusjonen. I de fleste kommuner har hjemmesykepleien vakt døgnet rundt, og mange hevder at hjemmesykepleien kan gi heldøgns omsorg. Jeg mener at hjemmesykepleien som regel ikke kan gi slik pleie:

- Dels er det ofte en viss geografisk avstand mellom pasient og vaktstedet, slik at det kan gå for lang tid før hjelpen kommer
- Dels har hjemmesykepleierne meget å gjøre og kan være andre

steder når hjelpen trenges
- Dels er kontinuiteten i hjemme-
sykepleien lav, og sykepleierne
kjenner ofte ikke pasientene.

Dersom pasientene virkelig trenger
heldøgns pleie, mener jeg derfor at
det bare er sykehjemmene som kan
gjø slik pleie.

Om beregning av deknings- graden for heldøgns pleie

Det er vanlig at kommunene slår
sammen omsorgsboliger og syke-
hjem når de beregner dekningsgra-
den for heldøgns pleie. Jeg mener
at dette er et bedrag, som regel
bevisst. Grunnen til at kommunene
gjør det, er selvfølgelig at omsorgs-
boligene er mye billigere å drive
enn sykehjemmene, fordi de har
mindre personale. Likevel frem-
stilles grunnen alltid ideologisk:
«Det er jo best for gamle å forbli i
sitt eget hjem.»

Som eksempel nevner jeg
Bærum kommune. I 2001 var
dekningsgraden for sykehjem 19,7
prosent av antall over 80 år, mens
dekningsgraden for sykehjem pluss
omsorgsboliger var 32,3 prosent.
Kommunen er godt fornøyd med
dette og sier: **«Dersom en ser
perspektivet på lang sikt, er det
sannsynlig at en tradisjonell
sykehjemsplass ikke vil være en
aktuell boform for pleietreng-
ende eldre.»** (5) (Red. uthevn.)
Etter mitt skjønn er dette et
oppsiktsvekkende utsagn, for å si
det så mildt jeg kan.

Det fins detaljerte opplysninger om
dekningen på landsbasis (1) og i
kommunene. Bruker jeg tallene fra
Statistisk årbok 2002, finner jeg:

Antall 80 år og over	199 185
25 prosent av dette tallet er	49 795
Antall plasser i sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem	38 275
Underdekning på sykehjemsplasser	11 520

**Det bekrefter den opplevelsen jeg
har fra mange kilder, nemlig at det
er en betydelig underdekning på
sykehjemsplasser.** (Red. uthevn.)

Hvorfor er sykehjem så viktige?

Diskusjonen om sykehjemmenes
framtid er ikke avsluttet (6). Mitt syn
er at vi vil trenge de tradisjonelle
sykehjemmene i minst like stor grad
i fremtiden. Dette synet bygger jeg
på fire argumenter.

For det første er det en stor gruppe
eldre – ca. 25 prosent av befolkningen
80 år og eldre – som trenger behand-
ling, pleie og omsorg hele døgnet. De
største undergruppene er personer
med demens og de som har alvorlige
og langt komne kroniske sykdommer.
Jeg mener vi har en klar underdek-
ning som viser seg dels i køene til
sykehjemmene, dels i de utskrivnings-
klare pasientene som sykehusene
ikke får skrevet ut, og dels i de mange
utsagn fra fortvilte pårørende.

Etter prognosene skal antall eldre
80 år+ i 2050 være 406 000, det vil si
at hele eldreomsorgen godt og vel
må dobles i de kommende 50 år.
Eldre er blitt friskere og lever stadig
lenger. Det er grunn til å tro at
denne utviklingen vil fortsette (7).
Mange tror at dette betyr at belast-
ningen på eldreomsorgen vil gå
ned. Jeg tror dessverre ikke det er
riktig. Dels viser erfaringen at det
blir enda flere gamle enn prognose-
ne har vist, og dels har vi ingen
effektive forebyggende tiltak mot
alderssykdommene.

For det andre vil sykehusene bli
stadig mer spesialisert og effektiv-
sert, med enda kortere liggetider.
Derfor må kommunehelsetjenesten,
det vil si sykehjemmene, overta
stadig sykere pasienter stadig tid-
ligere. Det betyr at omsorg for eldre
pasienter i stor grad vil bli flyttet fra
spesialisthelsetjenesten til
kommunehelsetjenesten.

For det tredje må sykehjemmene
ha plass til korttidspasienter, ikke
minst til avlastning for pårørende.
Den daglige erfaring på sykehjem-
mene er at korttidsplassene må
brukes til langtidspasienter.

For det fjerde vil sykehjemmene
antakelig overta mer og mer av
omsorgen for alvorlige syke og
døende, fordi denne pleien er
vanskelig å prioritere i de travle og
høyspesialiserte sykehusene.

Derimot tror jeg ikke at syke-
hjemmene vil få ansvar for store

grupper av rehabiliteringspasienter.
Det ville i så fall kreve en betydelig
opprustning av sykehjemmene, og
det er antakelig rimeligere å bygge
ut opptreningssettene.

Behov for dokumentasjon

De to partene i diskusjonen har en
alvorlig felles svakhet, nemlig
mangelen på dokumentasjon. Vi
mangler detaljerte og pålitelige
kunnskaper om pasientene i syke-
hjemmene og om beboerne i boli-
gene. Vi trenger å vite kjønn, alder
og diagnose og i tillegg funksjons-
nivå, pleiebehov, pleietyngde og
medisinsk behandling. Romøren
samlet slike opplysninger i Nord-
Trøndelag (8), men vi trenger en
landsdekkende, representativ regi-
strering i likhet med den som ble
gjort i 1998 for alle pasienter som lå
i alle medisinske avdelinger i Norge
(9). En slik undersøkelse ville gi oss
konkret kunnskap om dem vi disku-
terer: Er disse pasientene og bebo-
erne meget skrøpelige pleiepasienter,
eller er de eldre mennesker med
restfunksjoner? Det er selvfølgelig
forskjeller mellom sykehjemmene
og boligene, og disse forskjellene
må vi kjenne. Jeg har derfor fore-
slått at Statens helsetilsyn skal ta
initiativ til en slik undersøkelse.

Konklusjoner

Jeg kan ikke se at omsorgsboligene
representerer et realistisk alternativ
for de oppgavene jeg har skissert
ovenfor for sykehjemmene. Jeg tror
at den harde realiteten er at boligene
har overtatt oppgavene til de gamle
aldershjemmene. Det betyr at boliger
er et godt tilbud til de nest dårligste
eldre, mens sykehjemmene fortsatt
er nødvendige for de dårligste.

Utfordringen er derfor å gjøre
sykehjemmene bedre. Det må gjøres
dels bygningsmessig med enerom
og et mer hjem-preget miljø. Dels
må det gjøres ved et stadig bedre
pleietilbud gjennom rekruttering,
utdanning, arbeidsmiljø og lønn. Og
dels må det gjøres ved en betydelig
styrking av legetjenesten.

Endelig må vi skaffe dokumenta-
sjon om pasienter og beboere.

Litteraturliste se side 11



og prater eller de går en tur ut. De andre deltagerne i samtalegruppen mener at dette virker urimelig og vil at han skal referere til deres vurdering av forholdene neste gang det hender. På neste møte forteller han om responsen fra personalet på samtalegruppens vurdering. Han fikk til svar at «de jobber ikke her».

Når sønnen kommer på besøk sitter ofte faren med våte bleier. Ved et par anledninger har han fulgt faren på toalettet og skiftet på ham før de går ut en tur. Da har han fått

et strengt beskjed fra personalet om at dette er deres jobb. Han har også reagert på at det er låste dører i avdelingen. Han mener at faren bør få gå ut når han vil, han er rastløs og liker å gå. Så får man heller lete etter ham i ettertid. Sønnen har studert forskriftene for sykehjem og mener at de ikke har sitt på det tørre juridisk når de låser dørene. Jeg har foreslått at han skriver et brev til institusjonsledelsen og forteller om sine opplevelser.

Sønnen er dessuten skeptisk til om faren i det hele tatt trenger å være på institusjon. Han mener at faren ikke er så veldig syk og er uenig med sin mor om dette.

Fru Stokke har tidligere vært i samtalegruppen og fortalt om sin situasjon og fått støtte på at hennes mann burde få fast plass på sykehjemmet. Hun er utslitt og svært irriterbar og personalet på sykehjemmet har faktisk bedt henne om å

søke fast plass for ektefellen. Samtidig forteller hun at hun tror sønnen vil kutte ut kontakten med familien hvis hun søker om fast plass i sykehjemmet for sin ektefelle. Hun ønsker ikke at sønnen skal kutte kontakten, men føler seg samtidig på kanten av et sammenbrudd. Hun innser at hun må velge. Fru Stokke opplever sykehjemmet som et utmerket sted og har overhodet ingenting å utsette på deres behandling. Hun roser dem for deres innsats.



Jeg blir nysgjerrig på hva disse konfliktene handler om og ringer avdelingssykepleieren ved sykehjemmet. Hun forteller at de har vært nødt til å sette grensen for besøk for denne ene pårørende til klokken 21.00 om kvelden fordi det da bare er en pleier til stede i avdelingen. Problemet er at sønnen forstyrrer personalet med mange spørsmål om behandlingen av faren og andre pasienter. Personalet opplever dette som utidig innblanding i arbeidet. Hun forteller at når han kommer på besøk og følger faren på toalettet, kritiserer han personalet etterpå for at de ikke har skiftet bleier på faren. Derfor har personalet sagt at den jobben er utelukket deres.

Avdelingssykepleieren forteller at hun har anstrengt seg mye for å få sønnen i tale. Hun har hatt egne møter med ham og gitt ham tydelig beskjed om at det er henne han må

henvende seg til hvis han har noe å klage på. Etter denne samtalen har sønnen unngått å snakke med henne. I personalgruppen er de blitt enige om ikke å gå inn i konflikten mellom sønn og mor.

Diskusjon

Vi har lært at budskapet i samtaler mellom pårørende og personale kan oppleves forskjellig av partene. Pårørende med sin sårbarhet, sorg, stress og tapte relasjon kan lett føle seg trakkett på. Sykehjemmet må på sin side ha orden på økonomi, pasienter og pårørende. Dette kan medføre strenge rammer for bruk av ekstravakter, låsing av dører og visittider.

Historiene viser hvor sammensatte problemene kan være. De viser også hvilke anstrengelser sykehjemspersonale kan gjøre uten alltid å nå frem. Jeg spør likevel om sykehjemmene til tross for vedtatte rammer og regler kunne legge mer til rette for individuelle hensyn og behov hos pårørende? Kunne sykehjemmene innført strukturerte samtaler med pårørende til faste tider med plass for informasjon om rammer og regler?

Fagpersoner kan ikke be pårørende om å ha de «riktige» følelsene eller bare ha de behov som sykehjemmene til enhver tid kan tilfredsstille. Utfordringen går til sykehjemmene om å legge til rette for at pårørende skal bli så fornøyde som mulig.

Hørte vi ikke nylig om et sykehjem der pårørende hadde anmodet om faste samtaler i to år uten at det er kommet i orden?

(Personene er anonymisert.)

Fortsettelse fra side 8:

Litteratur

1. Det kongelige sosialdepartement. St.meld. nr. 3 (2001-2002). Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen. «Fra hus til hender». Oslo: Statens forvaltningstjenester, 2002.
2. Andersen BR. *Ældrepolitikk på afveje*. København: Fremad, 1999.
3. Ranhoff, AH. *Functional impairment as indicator of disease and a trigger for medical services to the elderly*. Oslo: University of Oslo, Ullevaal Hospital, 1997.
4. Romøren TI. *Den fjerde alderen*. Oslo: Gyldendal, 2001.
5. Bærum kommune: *Eldremelding*. Sandvika: Bærum kommune, 1998.
6. Sosial- og helsedepartementet. *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester*. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
7. Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002; 296: 1029-30.
8. Romøren TI. *Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag*. Manuskript NOVA, 2001.
9. Statens helsetilsyn. *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998*. Utredningsserie 7-99.