

PETER F. HJORT

Sykehjemmet – en del av kommunens helsetjeneste

Mitt utgangspunkt i dette kapitlet er ikke den enkelte pasient, men hele den eldre befolkning i kommunen. Alle de norske kommuner jamrer over et kronisk og økende misforhold mellom oppgaver og ressurser. Vi vet at omsorgsoppgavene øker, og eldreomsorgen må forholde seg til denne bitre kommunale virkelighet. Den innebærer kamp på to fronter:

- utad for større ressurser,
- innad for best mulig bruk av de ressurser en får.

I dette kapitlet konsentrerer jeg meg om den indre kampen. Spørsmålet er: Hvordan bør vi organisere eldreomsorgen for at den skal tilfredsstillende tre krav – god, effektiv og rettferdig?

Jeg har en egoistisk grunn til å interessere meg for dette spørsmålet, fordi jeg selv tilhører toppen av eldrebølgen, der faren for å drukne er størst. Hele tiden forsøker jeg å spille en dobbeltrolle, en som helsetjenesteforsker og en som tilsynslege ved et kombinert alders- og sykehjem. Det betyr at jeg forsøker å se problemene både i lys av de eldres felles behov og i lys av den enkelte gamles personlige behov.

To forutsetninger

Min ene forutsetning er at behovene vil øke. Det kan til og med tenkes at behovene øker mer enn prognosene sier. Årsaken er at de eldste muligens vil leve lenger enn før (1).

Sykehjemmene og helsetjenesten
Oslo: Aschehoug, 1984.

Kroniske, pleietrengende sykdommer øker med alderen etter en eksponentiell kurve. Figur 1 illustrerer dette forholdet for senil demens (2). Den pleiemessige standard på sykehjemmene blir også stadig bedre, slik at slutfasen av livet kanskje tar lengre tid.

Min andre forutsetning er at de kommunale bevilgninger vil ha store problemer med å øke i takt med behovene. Det betyr ikke at eldreomsorgen skal resignere, men den må planlegge for trange tider. Gjør den ikke det, vil de sterkeste gruppene ta sitt, og de aller svakeste gruppene bli ikke stående igjen, men liggende igjen.

Oppgaven blir derfor å organisere eldreomsorgen så effektivt som mulig, samtidig som en hele tiden prioriterer de viktigste oppgavene.

Filosofi

Vi kan ikke bygge eldreomsorgen på sikre forskningsresultater, fordi denne forskningen gjennom mange år har vært altfor lite utbygget. Derfor må vi bygge på praktiske erfaringer, på sannsynlige slutninger og på subjektive vurderinger. Dette er ikke noe dårlig grunnlag, men vi må akseptere uenighet og være villige til å endre kartet etter terrenget.

Eldreomsorgen utgjør en kjede som strekker seg fra hjem til institusjon. De enkelte leddene i kjeden må kjenne hverandre og stole på hverandre. Det forutsetter at enhetene er små nok til at menneskene kjenner hverandre. De som styrer ventelister og innleggelses, må kjenne pasientene. Helst bør de kjenne alle de gamle i distriktet, slik at de kan veie de samlede behov.

Jeg tenker meg en kommune eller et distrikt med ca. 5 000 mennesker. Ca. 10 % av den norske befolkning er 70 år og eldre. Gjennomsnittlig vil det altså være 500 eldre mennesker i kommunen, og 7 %-regelen gir dem 35 senger i sykehjemmet. Figur 2 antyder de ressurser helsetjenesten vil ha. I et slikt distrikt kan inntak og utskrivning styres av

hjemmesykepleien og sykehjemmet i fellesskap. Dette fellesskap bør organiseres og ha regelmessige møter. Det er rimelig at sykehjemmets styrer og distriktets sykepleiesjef har det avgjørende ord, mens sykehjemmets tilsynslege, som bør være primærlege i distriktet, har en rolle som rådgiver. Tanken er å plassere ansvar og oversikt ett sted. Ingen gammel skal avvises fordi hennes problem ikke er «mitt bord». Det skal bare være ett bord, og ingen skal avvises fra det.

En får ikke flere ressurser ved å organisere dem på denne måten, men en vinner to ting:

- Ansvar og oversikt er plassert på ett sted.
- De som har ansvaret kjenner pasientene.

Motargumentet er at dette synet skaper uro, særlig på sykehjemmene, fordi ingen pasient kan føle seg trygg. Dette kan være en alvorlig innvending, men alternativet er at noen får tryggheten på sykehjem, mens andre får ingen ting. Planleggerens styrke – og svakhet – er at han alltid forsøker å veie alternativer. Hvis sykehjemskapasiteten viser seg å bli for liten i kommunen, tror jeg at en politisk kamp for større ressurser vil ha bedre sjanse til å lykkes hvis den baseres på denne modellen. Det skyldes dels at alle ressurser er optimalt utnyttet, slik at antydninger om ineffektivitet kan avvises. Dessuten tror jeg at en slik organisasjon vil være populær, fordi den har sine lokale røtter og fordi den er effektiv. Derfor vil den også bli hørt.

Tallet 5 000 mennesker har jeg valgt, fordi det er lite nok til at folk kan kjenne seg hjemme i modellen. Gjennomsnittsstørrelsen på en norsk kommune er ca. 9 000 mennesker, og mange litt større kommuner har også en tilsvarende organisasjon. Poenget er at organisasjonen må være liten nok til at personalet kjenner hverandre og liten nok til at en behandler mennesker, ikke søknader.

Forebyggende arbeid

Presset i eldreomsorgen vil øke, fordi det blir flere gamle. En friskere befolkning ville minske presset. Derfor er det viktig å drive forebyggende arbeid med sikte på å bedre helsen og utsette avhengighet av andre. Dette arbeidet har to sider.

Den ene siden er «medisinsk», dvs. å bedre helsen gjennom sunt levesett og sunt miljø. Det er et viktig pedagogisk poeng at alle de leveregler som motvirker for tidlig død (særlig av hjertesykdom), også styrker helsen i alderdommen. Den som har mosjonert hele livet, møter alderdommen med bedre rygg, bedre ledd, bedre muskulatur og bedre pust. Derfor er helseopplysning så viktig. Primærhelsetjenesten må engasjere seg i dette arbeidet og i tillegg drive et individuelt tilpasset forebyggende arbeid for hver enkelt. Folk skal gå inn i alderdommen med god helse og en fast lege som kjenner dem og følger dem livet ut.

Den andre siden av det forebyggende arbeid er «sosial», dvs. å styrke det sosiale nettverk og motarbeide ensomhet. Det er mange ledd i dette arbeidet – boligpolitikk, organisasjonsliv, familiepolitikk, eldrecenter, pensjonistforeninger osv. Kommunen har sterke interesser i å styrke det, fordi det er dette nettverket som er første linje i eldreomsorgen.

Hjemmesykepleie og primærhelsetjeneste

Grovt sett, kan en dele de eldre i tre grupper: Ca. 70% er hjemme og har det bra, ca. 20 % er hjemme, men avhengig av hjelp, og ca. 10 % er i institusjon.

Hjemmesykepleien og primærhelsetjenesten har ansvaret for de 20 % som er avhengige av hjelp hjemme, inklusive den gruppen som er så skrøpelig at den periodevis trenger institusjon. Denne gruppen må ha fast lege, regelmessig oppfølging og tilsyn, hjemmebesøk av lege, hjemmesykepleie og hjemmehjelp – alt tilpasset behovene til enhver tid.

Legene ligger langt etter sykepleierne i eldreomsorgen. Statistikken viser at legekonsultasjonene går drastisk ned etter 75 år (3), til tross for at behovet går opp. Pasientene bøtter tilsynelatende på dette ved stort forbruk av legemidler. Den eldre befolkning bruker ca. halvparten av legemidlene her i landet (4). Vi har også funnet at primærlegene samarbeider altfor lite med hjemmesykepleien, særlig i byene. Legene går også for sjelden i sykebesøk.

Her er det rom for forbedringer. Unge leger begynner nå å få utdanning i geriatri og dermed større forståelse for de eldre og deres medisinske problemer. Samtidig vil den nye loven om kommunehelsetjenesten føre til en bedre organisering av primærhelsetjenesten og et klarere ansvar. Kontinuitet, forebyggende arbeid, oppfølging og forsiktig bruk av legemidler vil bedre situasjonen for de gamle. Den nye loven vil også sørge for et bedre samarbeid mellom legene, hjemmesykepleien og sosialtjenesten.

De pårørende er den begrensende faktoren for omsorgen i hjemmet. Hvor stor byrde kan en legge på dem? Denne byrden er allerede stor, og mange undersøkelser har vist at de pårørende er villige til å bære utrolig mye – så mye at en ikke sjelden må beskytte dem mot deres egen offervilje og skyldfølelse. Offentlig omsorg må ha respekt for de pårørende og se at oppgaven er å støtte dem og dele byrdene med dem. De pårørende har rett til to ytelser:

- De må få hjelp i akutte situasjoner, og de må kunne stole på at hjelpen kommer når de trenger den.
- De må få avlastning, med regelmessige mellomrom, og de må kunne stole på at løfter blir holdt.

Gjensidig tillit er forutsetningen for at de pårørende skal makte sine oppgaver.

Mange har beregnet at omsorgsressursene i familiene går ned, og mange har hevdet at motiveringen også vil svekkes. Samtidig vil behovene øke. Redningen ligger i et tillitsfullt samarbeid mellom de pårørende og helsepersonellet. Jeg tror det er viktig at dette samarbeidet baseres på de pårø-

rende premisser. En pårørende som føler seg sliten, må ikke møte bebreidelse og forventninger, men få hjelp, støtte og trøst. De aller fleste pårørende driver seg selv mer enn nok. De trenger støtte, ikke moralisering.

Frivillig arbeid

Historisk er det viktig å peke på at det ikke var helsemyndighetene eller politikerne, men Nasjonalforeningen for folkehelsen som startet arbeidet for de gamle her i landet. Den tok initiativet til den første utredning om de eldre, startet Norsk Gerontologisk Institutt, startet det første eldresenter og tok opp arbeidet i alle sine 1 600 helselag. Jeg tror at frivillig arbeid fremdeles har viktige oppgaver i eldreomsorgen, f.eks.: besøkstjeneste, turer, praktisk hjelp, eldresenter, eldreboliger osv.

I befolkningen er det én viktig ressurs som brukes for lite. Det er de 70 % av de eldre som bor hjemme og har det bra. Jeg tror det er viktig å mobilisere dem til hjelp og støtte for de eldste som trenger det. Det vil være en hyggelig og nyttig aktivisering for dem selv, for eldre mennesker har en særlig glede av å være sammen med eldre. Dessuten vil de være med på å skape en allmenn solidaritet som vil komme til nytte for dem når de selv om noen år blir skrøpelige. Jeg understreker at jeg ikke argumenterer for dette med at det skal spare offentlige midler. Det viktige for meg er at det fremmer menneskelig kvalitet og solidaritet.

Jeg tror at sykehjemmene også burde åpnes for frivillige som kunne lese for de gamle, gå med dem, være sammen med dem, synge med dem og ha tid for dem. Dette ville være et positivt innslag, også for personalet.

Eldresenter og dagsenter

Eldresenter er for de eldre som er selvhjulpne, men ønsker kontakt, samvær med andre, underholdning og aktivitet. Dette tiltaket har vist sin berettigelse.

Dagsenter er for skrøpelige pasienter som trenger omsorg og aktivisering. Jeg tror eldresentrene burde få noen dagsenter-pasienter også. Men hovedtyngden av slike pasienter bør være på sykehjemmene. Vi mangler forskning omkring dette tilbudet, og det kan tenkes at det er behov for mer enn 0,5 % av befolkningen over 70 år.

Sykehjemmet – oppgaver

Jeg har lagt vekt på å få frem at sykehjemmene er ledd i en kjede. De verken kan eller bør sees isolert.

De har to oppgaver å fylle. Den ene er å være det siste hjem for mange eldre som er blitt for skrøpelige til å klare seg hjemme. Den andre oppgaven er å være en støtte og avlastning for de gamle som så vidt klarer seg hjemme – for dem vi ofte kaller «gråsonepasientene». Dette er en viktig oppgave. Gråsonen er vid og rommer mange pasienter. Mange av dem er like skrøpelige som de permanente sykehjemspasientene (5), og de klarer seg bare ved egen stahet og familiens innsatsvilje. Jo bedre sykehjemmene klarer denne funksjonen, desto flere av disse pasientene kan greie seg hjemme.

Det er vanskelig å vurdere hvor omfattende denne oppgaven er. Den har to forskjellige sider:

- Avlastning til planlagte tider.
- Akutt pleie til uforutsigbare tider.

Avlastningen kan løses ved å sette av en del av sengene – antagelig 5–10 % – til denne oppgaven. Akutt pleie må derimot løses enten ved å holde en seng for denne oppgaven eller ved å akseptere ekstra senger. Begge deler er vanske-

lige, og løsningen vil avhenge av de lokale forholdene. Denne oppgaven må imidlertid prioriteres høyt.

Det er selvfølgelig en konflikt mellom sykehjemmenes to hovedoppgaver. De faste pasientene trenger god (og ofte tidkrevende) pleie, en nær og trygg menneskelig omsorg, lindring og forebygging av plager. De skal slippe aktivisering som ikke fører til noe mål. Denne «resultatløse omsorgen» er verken negativ eller deprimerende. Den er tvert imot en vanskelig kunst som krever meget, men som også gir meget:

En herre av den gamle skole var blitt 98 år og var døende av høy alder, kreft og sukkersyke. Da jeg var hos ham siste dagen, sa han: «Nå har du gjort ditt.» Så tok han hånden min – langsomt – og kysset den til avskjed.

Korttidspasientene trenger også pleie og omsorg, og i tillegg medisinsk behandling, fysioterapi, rehabilitering, stimulering, aktivisering og oppmuntring. Oppgavene er forskjellige, men jeg tror ikke disse to hovedoppgavene behøver å komme i konflikt med hverandre. Tvert imot tror jeg det er bra at de er litt forskjellige. Problemet med korttidspasientene er ikke oppholdet i sykehjemmet, men å sende dem tilbake til en hjemmesituasjon som ofte ikke er blitt noe bedre. Derfor er det så viktig at sykehjemmet og hjemmesykepleien samarbeider.

Sykehjemmet – størrelse og drift

Det er lettere å skape et godt miljø i institusjoner som ikke er for store, neppe over 100 pasienter. De fleste er nok enige i det nå.

Bør vi gå inn for rene sykehjem eller kombinerte alders- og sykehjem? Jeg tror meget taler for de kombinerte, fordi de gir større fleksibilitet. I et kombinert hjem har jeg sett at ca. 10 % av sykehjemspasientene kunne flyttes til aldershjemmet, og tallet kunne nok vært noe høyere. Det er også en fordel for alderspensjonærene at de kan flyttes

midlertidig over i sykehjemmet ved akutt sykdom.

Bør sykehjemmet også ha akuttsenger? Det er ingen tvil om at det er behov for det. Dette behovet ivaretas av sykehusene i byene og av sykestuene (ofte kombinert med sykehjemmene) i landkommunene. I England har en gode erfaringer med slike «community hospitals» som medisinsk drives av primærlegene. Systemet har mange fordeler, men det forutsetter at akuttsengene blir frigjort, slik at de ikke blir blokkert som sykehussengene. Jeg tror at en bør prøve å integrere en slik sykestue-funksjon i sykehjemmene for å vinne erfaring. Dette eksperimentet har så stor praktisk betydning at det fortjener å bli gjort, fortrinnsvis i noen byer.

Sykehjemmene i Norge er ledet av sykepleierne. Det er naturlig og riktig, fordi sykepleien spiller en større rolle enn medisinsk behandling og fordi sykepleierne er den ledende personalgruppen.

Ingen kan unngå å bli imponert over hjelpepleierne i sykehjemmene. Storparten av den tunge pleien faller på dem, og de utfører arbeidet med dyktighet, utholdenhet og enestående godhet. Jeg tror en bør sørge for at hjelpepleierne får tilbud om videreutdanning – enten i form av påbyggingskurs eller i form av spesielt tilrettelagt sykepleierutdanning.

Tilsynslegen har en viktig, men begrenset rolle. Han (eller hun) er først og fremst ansvarlig for det diagnostiske arbeidet. Det bør drives aktivt, selv om det ofte ikke får terapeutiske konsekvenser. Både pasientene, pårørende og personalet har krav på at hver eneste pasient har korrekte diagnoser (det er alltid flere) og at diagnostikken følges opp. En må vite hva som feiler pasienten, og paradoksalt nok er det særlig viktig å ha en korrekt diagnose hvis en ikke behandler. Diagnostikken og journalene er to av forutsetningene for kvaliteten og dermed for det faglige miljøet.

Tilsynslegene skal også lede den medisinske behandling, vurdere resultater og bivirkninger. Oppgaven er som regel å justere seg ned til en optimal medisinsk behandling. Alle

sykehjemsleger erfarer daglig at medikamentene kryper oppover, og det er viktig å sanere bort dem som pasienten kan klare seg uten. Av og til får en inntrykk av at oppgaven er å beskytte pasientene mot medisinen.

Går en inn for små, lokale sykehjem, som samarbeider nært med primærhelsetjenesten og hjemmesykepleien, bør tilsynslegen være en allmenn-praktiker som har en fot i sykehjemmet og en i primærhelsetjenesten. Til gjengjeld må tilsynslegen skaffe seg tilleggsutdanning i geriatri og interessere seg for oppgaven. Jeg tror legens holdning til pasientene og geriatrisk arbeid er viktig for miljøet. Legen må markere at dette arbeidet er vanskelig og viktig – en av fagets store utfordringer.

Samarbeidet mellom alle personalgruppene på like vilkår er helt avgjørende. Sykepleier, hjelpepleier, lege, fysioterapeut og ergoterapeut ser forskjellige sider av pasientene. Deres samlede kunnskaper og erfaringer gir til sammen det beste bildet. Dette forutsetter at profesjonene møter hverandre uten prestisje og med gjensidig respekt. Her har demokratiseringen vært et stort framskritt, og det viser seg at det er mulig å kombinere demokrati og faglig ansvar.

Sykehjem og/eller geriatriske avdelinger?

Hvis sykehjemmene skal ha allmenn-praktikere som leger trengs det en faglig støtte – en bakre linje med spesialister i geriatri. Primærlegene er vant til å samarbeide med et nett av spesialister, og sykehjemmene er tjent med å bruke de samme spesialistene, f.eks. i øyensykdommer, nevrologi og kirurgi. Derimot er tilsynslegene mindre vant til å samarbeide med geriatere. For mange pasienter vil geriatrisk vurdering være viktig, spesielt for «gråsonepasientene» som kan ha nytte av rehabilitering.

Det er to modeller i Norge for geriatrien.

- Den ene bygger på geriatriske avdelinger i sentralsyke-

husene. Fordelen er at geriatrien plasseres i sykehuset, på linje med de andre spesialitetene.

- Den andre bygger på sentralsykehjem med større rehabiliteringsressurser og kompetanse enn vanlige sykehjem. Fordelen er at geriatrien også får erfaring med vanlige sykehjemspasienter.

Poliklinikk og dagavdeling kan integreres i begge modeller.

Jeg har ikke forutsetninger for å vurdere disse to modellene mot hverandre. I Sverige satser en på «långvårdsavdelinger», som regel ved sykehusene.

Erfaringene er både-og, sterkt avhengige av det personalet som leder avdelingene. I Norge har vi konsentrert oss om utbyggingen av sykehjemmene, og vi har få avdelinger for geriatri. Jeg synes det er et paradoks at så mange sykehus, spesielt i byene, har klaget over pleiepasientene i årevis uten å ta konsekvensene av en situasjon som for lengst er blitt permanent. De har altså pasientene, sengene og personalet, men ingen geriatriisk kompetanse og ledelse. Den rimelige konsekvens er å organisere geriatriiske avdelinger ved sentralsykehusene. Det skulle ikke kreve nye ressurser, bare omlegging. Jeg tror dette ville være en viktig praktisk reform. Dermed ville sykehjemmene få sin spialservice der, og geriatriiske poliklinikker ville dekke behovet for vurdering av hjemmeboende pasienter.

Det ligger selvfølgelig i denne tankegangen at sykehjemmene ikke har grunnlag for å drive poliklinikker, fordi de aller fleste av dem mangler spesialistkompetanse i geriatri.

Konklusjon

Jeg har forsøkt å se på hele kjeden av tilbud til kommunens eldre under ett. Dette synet kompliserer livet for sykehjemmene, fordi de får et dobbelt ansvar – ett for de faste pasientene og ett for alle «gråsonepasientene» som forsøker å klare seg hjemme.

Tankegangen er sprunget ut av ønsket om å utnytte ressursene så godt som mulig for *alle* de gamle. Jeg ser ingen alvorlige faglige eller menneskelige innvendinger. Tvert imot tror jeg en slik modell er utfordrende og stimulerende for personellet og tilfredsstillende for pasientene. Den gir også det beste grunnlaget for politisk press når det er nødvendig.

Fig. 1. Frekvensen av aldersdemente på institusjon i aldersdekader over 65 år fra en befolkning på ca. 35 000 individer (2).

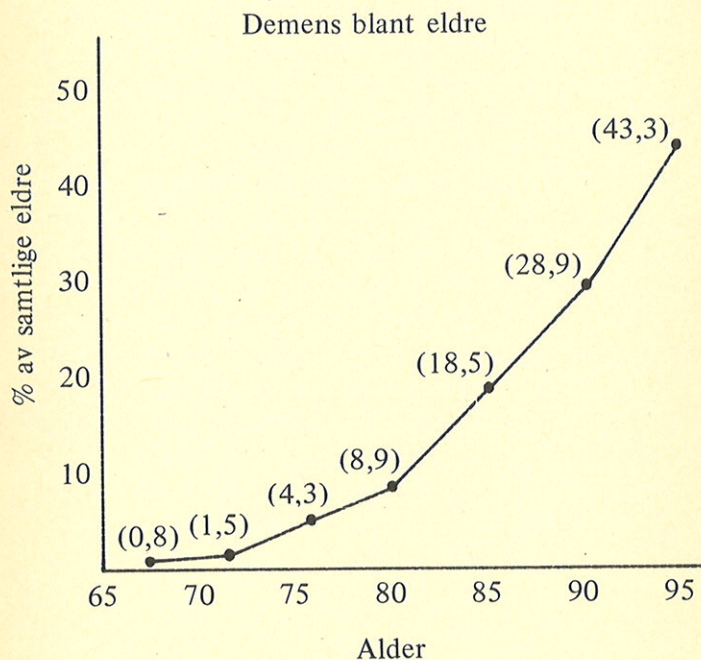
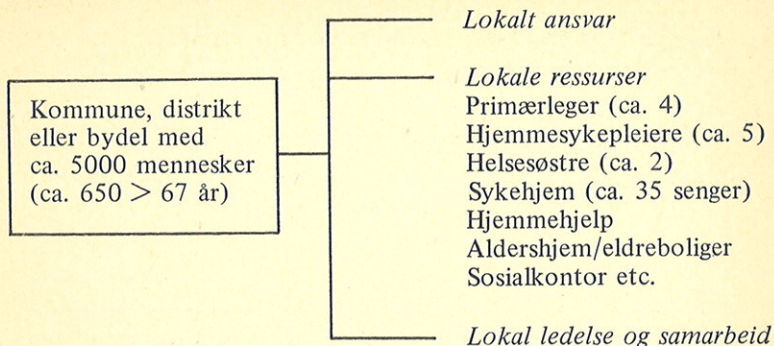


Fig. 2. Grunnheten i helse- og sosialtjenesten.



Motto: Dette er vårt bord.

REFERANSER

1. Schneider EL & Brody JA: Aging, natural death, and the compression of morbidity: Another view. *N. Engl. J. Med.* 1983, 309: 854-6.
2. Gottfries CG: Senildemens - demens av Alzheimer-typ. *Medicinsk årbog* 1984, 35-43.
3. Rutle O: Pasienten fram i lyset - analyse av legekонтaktar i primærhelse-tjenesta. Gruppe for helsetjenesteforskning, SIFF, Rapport nr. 1-1983, 222 s.
4. Norwegian Medicinal Depot: Drug utilization in Norway during the 1970's - increases, inequalities, innovations. Oslo 1983, 271 s.
5. Wium P: «Health for the old people are institutionalized. A survey from Oslo of the copability of patients in a nursing home compared with patients on a home nursing scheme. Nuffield Center for Health Services Studies, Leeds 1981, 75 s.