

Etiske avveininger som sykehjemslege

I denne artikkelen tar jeg opp de etiske problemer, bekymringer og overveielser som er en del av min hverdag som sykehjemslege. Jeg oppfatter det slik at jeg ikke kan løse de etiske konfliktene, men jeg må forholde meg til dem og leve med dem. Ofte dreier det seg om å se og sette grenser.

1. Lojaliteten til «systemet» — hvor langt går den?

Sykehjemmet er en del av kommunehelsetjenesten, eventuelt bydelshelsetjenesten. Sykehjemmet er avhengig av de andre leddene i omsorgstjenesten, nemlig hjemmehjelp, hjemmesykepleie og primærlege — med sykehuset som siste skanse. I de siste 10 år har det vært en sterk tro på at de hjemmebaserte tjenestene langt på vei kan erstatte sykehjem. Utbyggingen av disse tjenestene gjorde det også mulig å holde mange skropelige eldre hjemme. Etter hvert skilte det seg ut to grupper — de som var fysisk skropelige og de som var mentalt redusert. Den første gruppen klarte seg bra, men den andre klarte seg dårlig. Belegget på sykehjemmet har derfor endret karakter, og det er blitt stadig flere mentalt reduserte. Samtidig har presset på iallfall vårt sykehjem økt, fordi antall plasser på sykehjemmet ikke holder tritt med økningen i antall pleietrengende eldre.

Stadig oftere stilles jeg derfor overfor fortvilte konflikter. Vi møter korttidspasienter, dagpasienter og hjemmesykepleiens pasienter som ikke lenger kan klare seg hjemme, men vi har ikke noe plass til dem. Her er et karakteristisk eksempel:

«Herr E. var 83 år gammel og led av langtiden Parkinsons sykdom. Han bodde alene, var fysisk meget skropelig, mentalt redusert og redd. Han var dagpasient og bønnfalt om sykehjems-

plass. Til slutt fikk han en korttidsplass, og jeg måtte skrive ham ut etter fire uker til tross for at han sa: «Nå tar dere livet av meg». En uke senere måtte jeg som siste utvei legge ham inn til «akutt pleie» på sykehus. Sterke skriftlige protester til bydelen førte til slutt til at bydelen garanterte ham plass i sykehjemmet ved å flytte ham rundt på korttidsplassene inntil han døde. Både hans datter og jeg opplevde dette som en uverdig slutt på livet».

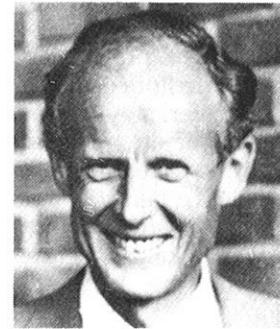
I dette tilfelle protesterte familien og jeg, men det er mange tilfelle i gråsonen hvor jeg ikke protesterer, og det er mange ressurssvake gamle og deres familier som presses til å bære større byrder enn de makter. I økende grad er det en etisk belastning å tjene et system som oppfører seg uverdig. Spørsmålene er: Hva kan tilsynslegen gjøre, og når har han gjort nok?

2. For liten tid — hvor går grensen?

Tilsynslegen er tilsatt i bistilling og har derfor også andre gjøremål. Tiden er begrenset og må brukes effektivt. Men sykehjemmet er et omsorgssystem som ikke egner seg for effektivitet. Tvertimot oppdager jeg ofte at alt går bedre når jeg glemmer effektiviteten. Jeg merker det på pleierne også: Det går forttere, når en somler. Det skyldes at enkle oppgaver blir uløselige når en «stresser opp» systemet og pasientene.

Tiden strekker som regel til for de medisinske oppgavene, for diagnose og behandling, men den strekker aldri til for menneskelig omsorg, for trøst, for hyppige samtaler med de pårørende og for oppmuntring til personellet. Her er et typisk eksempel:

«Fru T. er 91 år, barnløs enke. Fysisk er hun ganske kjekk, men hun er glemesk, forvirret, dypt deprimert, ensom og føler seg forlatt i denne verden. Hver dag sitter hun like innenfor inngangsdøren til sykehjemmet og speider



Prof. Peter F. Hjort f. 1924. Forskningsleder ved SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning. Cand.med Oslo 1950. Dr.med Oslo 1957. Spes. indremed 1963. Professor klinisk hematologi 1969. Formann interimstyret for Universitetet i Tromsø 1969–73. Rektor Univ. i Tromsø 1973. Formann i Nasjonalforeningen for folkehelse 75–81.

etter «sine» med tårer i øynene. Problemets er at hun ikke har nære slekninger, og hun glemmer fort at niesen har besøkt henne. «Jeg har jo ingen familie» gråter hun og klager over smerter i rygg og hofte. Jeg vet at det eneste som hjelper er å sette meg ned, ta henne i hånden og snakke om hennes liv og det hjem som brennte ned. Men tiden strekker ikke til, i allfall ikke hver gang, og hennes ulykkelige tårevåte øyne følger meg ut av sykehjemmet».

Hvordan bruker en tiden, hva prioritiserer en, hva gjør en når tiden ikke strekker til? Svaret er like enkelt som fortvilet: En gjør så godt en kan. Når det ikke er godt nok, står en i et etisk dilemma. Avveiningene må en forsøke å leve med.

3. Faglig kvalitet — hvordan sikrer en den?

Tilsynslegen har en ensom jobb. Alene har han eller hun ansvaret for

den medisinsk-faglige kvaliteten. Pasienter, pårørende og pleiepersonell har små muligheter for å øve faglig kritikk. En gjør klokt i å lytte til forsiktige spørsmål, men de representerer intet sikringsnett. En kan studere epikriser, og en kan forelegge spesielle spørsmål for mer erfare kolleger. En må selv følgelig lese, og en sjeldent gang kan en få gjennomført en obduksjon. Men det daglige, løpende ansvar må en bære alene. Her er et eksempel:

«Fru K. var 88 år, barnløs enke.

Hun var lagt inn for senil demens, og jeg har selv følgelig lest om differensialdiagnosen ved denne sykdommen. I mange år har jeg lett optimistisk etter de 10–15 % som skal ha årsaker som kan behandles — jeg kan årsakene på rams. Men jeg finner dem sjeldent og er nødt til å slappe av. Spesielt har jeg følt at CT kunne droppe, i lys av sykehjemmets vanskelige økonomi. Fru K. begynte til slutt å klage over hodepine og ble svak i venstre side. CT avslørte et meningom, men det var for sent å operere henne. Dessuten var det kanskje sannsynlig at hun var dement også, og hun døde til slutt av pneumoni, med sitt meningom og sin demens».

Pårørende og personalet — og jeg selv også — følte at dette var en faglig svikt. Likevel har vi ikke begynt å ta CT av alle senile, for vi sparer til oppussing som vi tror er viktigere. Er dette rett?

4. Diagnostikkens krav — hvor langt går de?

Sykehjemmet er sårbart for kritikk. Det forrige avsnittet tok opp faglig kvalitet som et generelt problem. I dette avsnittet drøfter jeg diagnostikken spesielt, fordi jeg opplever det som et imperativ: «Du skal vite hva som feiler pasientene». Derfor går vi langt i diagnostikken, for langt mener mange. Vi sender eldre gamle mennesker til gastroskopi, ultralyd og röntgen og får ofte overbærende kommentarer. De kan vi bære, men diagnostikk kan være en påkjenning for pasientene og kan oppleves meningslös av de pårørende.

Jeg opplever diagnostikken som viktig. Slapper vi av på den, kan vi ende med dette synet: «Det er ikke så farlig, pasientene er jo så gamle». Da rakner hele moralen, føler jeg,

fordi jeg tror at stolthet på institusjonens vegne er viktig: «Her på dette sykehjemmet vet vi hva som feiler folk».

Men hvor langt skal vi gå? Vi gjør nokså fullstendige kontroller hvert halve år av alle pasientene. Hvor stort skal dette programmet være? Når skal pasientene få være i fred uten diagnose? Jeg tror svaret er: «Du skal vite hva som feiler dem».

5. Behandlingens krav — hvor langt går de?

Det er rimelig å skille mellom to former for behandling: aktiv behandling som skal løse eller fjerne et problem og symptomatisk behandling som skal redusere et problem.

Den aktive behandlingen byr sjeldent på etiske problemer, med ett viktig unntak som gjelder sluttfasen av livet (se nedenfor). Det er som regel enighet om å fjerne en operabel cancer, operere en smertefull hofte eller behandle en B_{12} -mangel. Men det hender at pasientene ikke ønsker behandling:

«Frøken S. var sykepleier, 86 år. Hun kom på sykehjemmet for senil demens. Etter et års tid ble det oppdaget en kul i brystet. Den vokste og ble adherent til huden. Det var rimelig å fjerne den, men hun nekta hårdnakket. Sykepleierne overtalte henne så noenlunde, men den dagen hun skulle legges inn, satte hun mat i vrangen og døde av det. Dette førte til en uløselig selvtransakelse i sykehjemmet. Vi følte at vi hadde handlet i beste mening, men likevel var vi antakelig skyld i hennes død».

Juridisk er det klart at en pasient har krav på at hennes oppfatning blir respektert, selv om den virker faglig urimelig. Men — grensene er sjeldent skarpe.

Den symptomatiske behandlingen byr på daglige problemer. Det gjelder særlig smertestillende midler, sovemidler, beroligende midler, antidepressive midler og antibiotika. Hver for seg er indikasjonene gode nok, men summen blir ofte for stor, og bivirkningene blir problematiske. Hvert kvartal gransker jeg legemiddelstatistikken for alle sykehjemmene i vår sektor og føler — paradoksal nok (?) — glede når vårt forbruk ligger lavt. I praksis er det vanskelig:

«Fru H. er 93 år og har gjennom

flere år bygget opp et system med smertestillende og beroligende midler og sovemidler. Det har ikke vært åpenbare bivirkninger, men forbruket er klart over det en ansvarsbevisst tilsynslege kan godta. Under en halvårskontroll ble det høytidlig avtalt reduksjon av pilleforbruket, men dette utløste en krise. Hun følte seg forrådt av et uforstått og ufølsomt personale, ble syk og sengeliggende. Først da alt var brakt tilbake til det gamle, og jeg hadde tatt henne i hånden på at det aldri skulle gjenta seg, sto hun opp og var som før.»

Spesielt er det et problem med smertestillende midler, og problemet er ofte slik: Gamle kvinner med sterke smerter behandles av en langt yngre mann som ikke vet hva smerter er, men som kjenner bivirkningene av smertestillende midler. Sykepleierne presser også ofte på, dels fordi de ser pasientene hele dagen og vet at hun har vondt, og dels fordi de har lært meget om «smertetrappen» (dvs. skjema over smertestillende midler). De opplever det som kynisk hvis pasienten ikke får smertestillende. Jeg for min del opplever ofte at smerter kan være «eksistensielle» mer enn fysiske, dvs. betinget i en tung og vanskelig livssituasjon. Det betyr at en over i legekunstens sfære, og der møter en også etikken.

6. Innleggelse i sykehus — som regel ikke et problem

De fleste pasienter har liten lyst til å legge seg inn i sykehus, men de protesterer heller ikke når det er nødvendig. Vi legger bare inn de pasientene som sykehuset kan gjøre noe aktivt for — som regel kirurgi. Pasienter med hjerneslag, hjerteinfarkt og infeksjon blir vanligvis ikke innlagt. Pasienter bør aldri flyttes i sluttfasen av livet. Etter min erfaring oppstår det sjeldent problemer med innleggelse, men det er viktig å ha et sykehus i ryggen som kan og vil samarbeide og som forstår tilsynslegens situasjon og problemer. Det krever både en viss overbærenhet og lojalitet fra sykehushets side. Det kan oppstå problemer — begge veier:

«Herr S. var 93 år, fysisk skrøpelig, men klar i hodet. Han var

Forts. side 9

mett av dage, spiste lite og så frem til døden. Så fikk han koldbrann i en fot. Tilsynslegen og pleierne rådet ham til amputasjon for å unngå store smerter, men han ville ikke «sette av benet». Sønnen ble tilkalt, og saken ble drøftet i fellesskap. Konklusjonen ble at han skulle slippe amputasjon, og han fikk en god død i sykehjemmet».

«Herr P. var 87 år, fysisk og mentalt sterkt redusert. Han ønsket å dø og fikk ikke antibiotika da han fikk pneumoni. Sønnen var til å begynne med enig, men angret og forlangte til slutt innleggelse i sykehus dagen før farene døde. Sykehjemmet var opprørt, men vi valgte å bøye oss».

«Kulturen» i sykehjemmet er viktig, og tillitsforholdet i trekanten pasient, pårørende og personell er avgjørende. Det grunnleggende etisk problem var vel det samme i disse to tilfellene. Tilliten holdt i det første, men ikke i det andre. Slike tillitsbrudd er heldigvis sjeldne.

7. Doping — driver vi med det?

Vårt sykehjem er gammelt og trangt og har nesten bare to-manns rom. Mange pasienter er urolige, vandrer, roper og kan være litt aggressive. Særlig er nattlig uro et problem. Det er tre grunner til å dempe de som er mest urolige: de sliter ut seg selv, de plager med-pasientene, og det går på nervene til hele sykehjemmet. Er vi heldige, finner vi et middel og en dose som er akkurat passe, men det hender at doses må være forholdsvis stor — iallfall i en periode. Det hender også at pasientene ikke er klar over at de får slike medisiner. Alle forstår de etiske problemene, og hundre ganger har jeg hørt: «Hadde vi bare hatt mer plass, flere enerom og mer personale, men det har vi jo ikke». Pasientenes vern er vår dårlige samvittighet.

I samme gaten er belter som hindrer pasientene i å reise seg fra stol eller rullestol. Vi bruker det når vi må, for vi har mer enn nok lår-halsbrudd i sykehjemmet. Men vi føler de etiske bekymringene.

8. Alkohol og røyk — må vi leve med

Alkohol er et merkelig lite problem. Det skyldes dels at mange alkoholikere dør før de er modne for sykehjem og dels at de fleste drikker mindre med årene. Når vi får alkoholikere, er det alltid mulig å forhandle om en daglig fast kvote som alle kan leve med. Det er interessant å se at et problem kan løses ved at man ikke gjør det til et problem.

Røyk er derimot et problem. Mange gamle slutter å røyke og savner det ikke. Men mange fortsetter og er avhengig av sin røyk. De får røyke, men det skaper to store problemer. Det ene er brannfare. Vi forbyr folk å røyke alene, fordi det er farlig:

«Herr s. var 82 år, hadde Parkinsons sykdom, var nesten ubevegelig i rullestolen sin og var mentalt redusert. Pleierne hjalp ham med røyken, men en dag han var alene på rommet tente han røyken selv og mistet fyristikken i fanget. Det tok fyr i bleien han satt på og han kunne intet gjøre selv. Til slutt så pleierne svart røyk sive ut under døren, og de klarte å slukke brannen. Han var alvorlig forbrent og døde av sine brannsår noen måneder senere — etter store lidelser».

Det første selvfølgelig til innskjerpelse av reglene og bruk av brannsikre røykeforklær, men reglene brytes stadig.

Det andre problemet er at sykehjemmet er gammelt og trangt. Det er nesten ingen enerom, og ordeningen med røykerom fungerer ikke. Derfor røykes det i gangene og i oppholdsrommene, og det er en stor plage for mange pasienter. Vi har ikke klart å løse dette problemet, og det representerer både en stor bekymring og en stor plage som vi må leve med.

9. Juridiske problemer — som regel små

Det har ofte forbauset meg at taushetsplikten skaper så lite problemer, til tross for at det snakkes mye i helsetjenesten. Jeg har aldri opplevd kritikk fra pasienter eller pårørende for brudd på taushetsplikten.

En sjeldent gang ber pasienter og eller pårørende om å få se journa-

len. Jeg tilbyr meg da å oversette fremmedord og drøfte innholdet, og dette har aldri skapt problemer.

Bare noen ganske få pasienter er formelt erklært umyndige, til tross for at flertallet er mentalt redusert. Det hender at tilsynslegen må avgjøre erklæringer i forbindelse med slike saker. De jeg har opplevd, har vært enkle og har — så langt jeg kunne dømme — tjent pasientens interesser. Derimot opplever jeg ikke så sjeldent at pårørende utnytter den gamle økonomisk, eller at pårørende spiller mot hverandre i arvesaker før den gamle er død. I slike saker er det vanskelig å vite om og evt. når tilsynslegen burde gripe inn. Det hender at jeg lukker øynene med dårlig samvittighet.

10. Dødspleien — er blitt enklere

Før var de etiske avveininger på sykehjemmet i det vesentlige knyttet til dødspleien. Ved vårt sykehjem er dødspleien blitt enklere, lettere og bedre. Vi har arbeidet oss gjennom temaet både prinsipielt og i praksis. Vi har erfaring og følger trygghet, og det er enighet om princippene:

- Vi er imot enhver form for aktiv eutanasi
 - Vi forsøker å avgjøre «når tiden er inne», slik at vi ikke trekker ut livet og døden på en unaturlig måte. I disse avgjørelsene har tilsynslegen det formelle ansvaret, men det er alltid enighet mellom den gamle selv (ofte basert på tidligere samtaler), pårørende og personale. Når tiden er inne, avslutter vi aktiv livsforlengende behandling og konentrerer oss om symptomatisk behandling og pleie.
 - Symptomatisk behandling drøftes løpende, særlig smertestillende behandling.
 - Pleien er viktig, særlig munnstell og profylakse mot trykksår. Vi bruker ikke kunstig ernæring og intravenøst, og vi presser ikke mat og drikke på en pasient som ikke vil ha det.
 - Menneskelig kontakt med pasient og pårørende er viktig.
- «Kulturen» i sykehjemmet er slik at vi snakker om døden daglig. Vi kjenner pasientenes synspunkter gjennom mange samtaler. De fleste sier at de er rede til å dø, og mange ønsker det, men likevel har de et ambivalent forhold: «Jeg vil dø, men

ikke akkurat i dag». Det er personalets utfordring og kunst å forholde seg til dette. Vi opplever at vi klarer det: Sykehjemmet er i praksis «dødens venteværelse», men det er likevel — merkelig nok — ikke et trist sted. Tvertimot opplever vi inspirasjon, arbeidsglede og ofte munterhet. Jeg har utdypet problemer og erfaringer om dødspleien i en annen artikkel (1).

11. «Heartsinkers» — det store problemet

Jeg har gjemt det største problemet til slutt. Det er uten tvil de pasiente-ne som *har* det vanskelig og er enda vanskeligere. De oppleves som sure, bitre, negative, kritiske, arrogante og destruktive. De sliter ut seg selv, sine pårørende og pleier etter pleier. De lever i onde sirkler som ender i en ond spiral. De er urimelige, beskylder alt og alle for de utroligste ting, er aldri tilfreds og kjenner ikke takknemlighet. De har bare rett i én ting: «Alle unngår meg».

Alle kjenner slike pasienter. Engelske leger kaller dem «heartsinkers», fordi de får ens hjerte til å synke (2). Men — de har den samme rett til behandling og omsorg, og det er tilsynslegens plikt å sørge for det. Oppgaven er uløselig, men må likevel løses. Det gjelder å unngå isolering, sette grenser, støtte personalet, forsøke å bryte igjennom og oppnå menneskelig kontakt med et menneske som tørster etter omsorg, men støter alle bort.

12. Slutt

Livet på sykehjemmet er merkelig og fascinerende. En kan velge å se det som trist, problemfylt, et sorgens avskjedens sted. Men en kan også se det som et sted fylt av varm resignasjon, menneskelig omsorg og omtanke, glede og nærbet:

«Herr K. var 86 år og var plaget av svær osteoporose med mange brudd, angina pectoris, og hjertesvikt, men han hadde sin humor i behold. På mitt spørsmål om hvordan han hadde det, svarte han: «Det behøver du vel ikke spørre om, for du ser jo at jeg har det fært. Men når jeg først har det fælt, har jeg det godt her».

Det slo meg at dette er sykehjemmet i et nøtteskall.

Referanser

1. Hjort PF. Gamle mennesker og eutanasji — hvor står vi, og hvor går vi? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2230–2.
2. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. BMJ 1988; 297:528–30.

Forts. fra side 27

barn mens foreldrene var på ferie. Vi tror denne type forebyggende helsearbeid for eldre bør utgå om sommeren mens pensjonistene synes å ha det travelt med andre positive gjøremål.

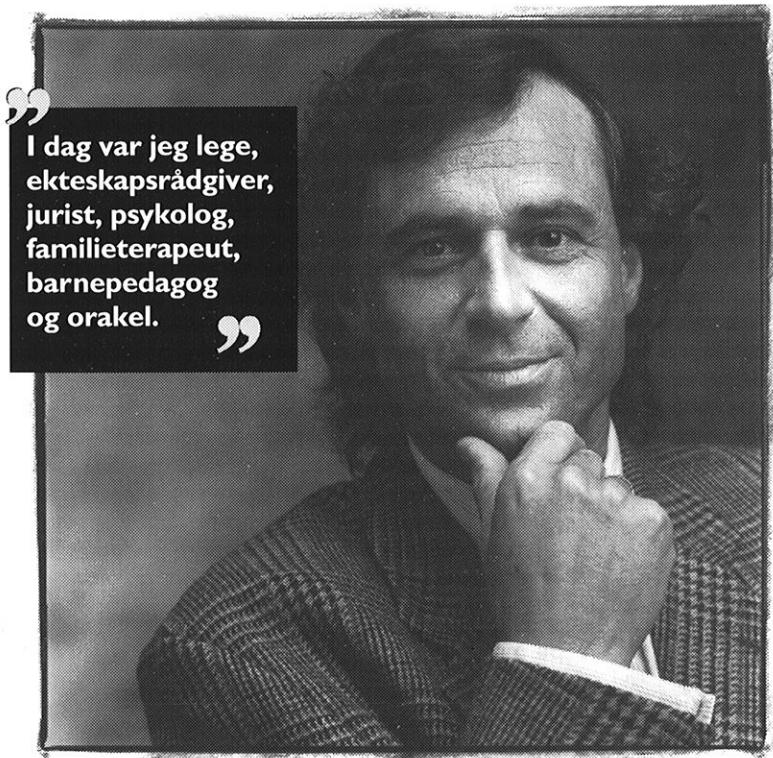
KONKLUSJON: Prosjektet «Helsedag for eldre» har vært en positiv og

allsidig arbeidsform i det forebyggende helsearbeidet for eldre. Ved siden av at vi har kunnet drive et mangesidig forebyggende helsearbeid i et inspirerende tverrfaglig samarbeid, har prosjektet også gitt større og riktigere bruk av eldresenteret.

Det var et betydelig større arbeid å administrere innkallingsrutiner m.m. enn vi hadde forestilt oss på forhånd.

Referanser:

1. Karlsen L-M, Natvig B. Ergoterapi i forebyggende helsearbeid for eldre. Ergoterapeuten (under publisering)
2. Natvig B, Setså B. Tannpleieren i forebyggende helsearbeid for eldre. Tannstikka 1991;17,(1),6–8.



ALF GUNDERSEN AS - AG2

Det skulle bare mangle at det ikke fulgte privilegier med et så krevende yrke!

Tror du et forsikringsselskap uten videre vil la sjansen gå fra seg til å få 12.000 nye kunder? Det tror ikke Den norske Lægeforening heller. Dette gir forhandlingsstyrke vis-à-vis forsikringsselskapene, og trygghet for deg om at den avtalen Lægeforeningen går god for, er den best oppnåelig.

Vår omfattende avtale med Lægeforeningen inkluderer en rekke forsikringstyper tilpasset dine behov. Dette gjør det enklere — og også langt rimeligere — å sørge for god forsikringsdekning for deg og din familie.

Det er en frivillig sak om du vil stå tilsluttet ordningen eller ikke. Men hører du til de siste, er du i beste fall dyrt forsikret, i verste fall dårlig forsikret.

I et krevende yrke har du rett på visse privilegier. Kontakt oss!

Lars Hillesgate 22, 5020 Bergen — Tlf. (05) 17 87 00

