

Peter F. Hjort

Hva livet har lært meg om sykehjem

FORUM Sykehjemsmedisin

Sammendrag

Som en gammel lege med lang fartstid har jeg lært mye om livet og sykehjem. Artikkelen er en sammenfatning av min forelesning på Landskonferansen for Forum Sykehjemsmedisin i august 2008.

Summary

What life has taught me about nursing homes. As an elderly doctor with long experience, I had the privilege to learn from life and nursing homes. This article is based on a lecture on the annually national conference on nursing home medicine in august 2008.

Key words

Nursing Home. Life experience. Competence.

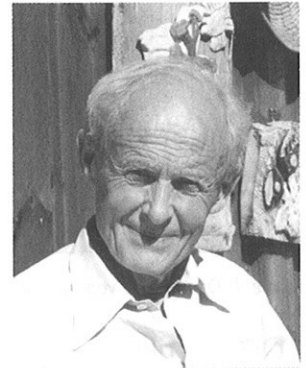
Temaet er sykehjemsmedisin. Jeg vet selvfølgelig at det er mange blant dere som kan mer om dette enn jeg, men det får stå til. Jeg var tilsynslege i en bistilling på to økter i uken ved Ullern alders- og sykehjem i nesten 20 år, fra 1975 til 1994. Senere har jeg holdt kontakt med faget så godt som mulig, ikke minst som professor II i geriatri i Tromsø fra 1994 til 1998.

Jeg har plukket ut en rekke deltemaer som jeg vil drøfte.

I Fremtiden for sykehjemmene

Men først vil jeg si noe om fremtiden. Vi kan vente en fortsatt jevn, men langsom økning i forventet levealder. Den gamle befolkningen vil leve og holde seg frisk lenger, og det blir antakelig tydeligere forskjeller mellom «the sick and the healthy survivors». Livsstil og fysisk aktivitet blir mer og mer anerkjent som avgjørende faktorer, ikke bare for hvor gamle vi blir, men også for helsen i alderdommen – se på tallene fra en stor undersøkelse av amerikanske leger, tabell 1. Det betyr at vi langt på vei har alderdommen i våre egne hender, og fysisk inaktivitet seiler opp som den store risikofaktoren. Men alle skal dø, og vi vet lite om sluttfasen. Noen drømmer om at vi skal klare oss med mindre sykehjem, men jeg tror vi bør holde oss til kravet om en kapasitet for heldøgns pleie og omsorg på 25 % av alle over 80 år.

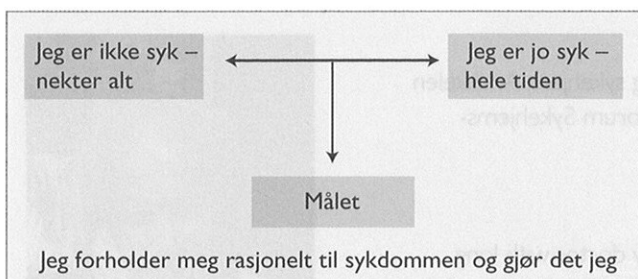
Jeg har også spekulert over folks holdning til kronisk sykdom og om vi kommer til å drukne i piller. Derfor har jeg laget ramme 1 (se neste side). Den illustrerer at den kronisk syke må finne sin plass på denne linjen. De to ytterpunktene er like ille, og det gjelder å finne sin plass omtrent på midten. Legen må hjelpe pasienten til dette.



Professor dr.med. Peter F. Hjort ble lege i 1950, professor i hematologi (Rikshospitalet) i 1969 og rektor ved Universitetet i Tromsø i 1972. Han var leder av gruppa for helsetjenesteforskning fra 1975 og av Samfunnsmedisinske avdeling ved Statens institutt for folkehelse i 1990. I perioden 1976–1994 var han tilsynslege ved Ullern alders- og sykehjem. Han ble pensjonist i 1994 og arbeider nå med prosjekter og undervisning.

41 % ble 90+			
Røyking økte risikoen:	Hazard ratio (HR)	2,10	
Diabetes	“ “ “	1,86	
Fedme	“ “ “	1,44	
Hypertensjon	“ “ “	1,28	
Regelmessig fysisk aktivitet reduserte risikoen		0,72	
God livsstil, inkludert fysisk aktivitet:			
– økte sjansen for å bli 90+			
– sykdom kom 3–5 år senere			

Tabell 1. Jeg er 70 år, blir jeg 90? En undersøkelse av amerikanske mannlige leger 1981–2006 (1).



Ramme 1. Dilemmaet ved kronisk sykdom

2 Diagnostikk

Det første deltemaet er diagnostikken ved sykehjemmet, fordi den er grunnlaget for det aller meste. Gamle mennesker har selvfølgelig akutte sykdommer, men grunnlaget er nesten alltid kronisk sykdom. Etter hvert som en blir eldre, blir det flere kroniske sykdommer. Her viser jeg en fersk og talende statistikk fra USA (tabell 2), og det er vanlig å si at en gjennomsnittlig norsk 80-åring har tre kroniske sykdommer. Tilfeldigvis passer det for meg også.

	18–34 år	35–54 år	55–64 år	65+ år
Ingen kronisk sykdom	63,6	41,8	22,7	8,5
Én kronisk sykdom	22,0	24,8	20,3	14,9
To eller flere kroniske sykdommer	14,4	33,4	57,0	76,6

Tabell 2. Kronisk sykdom (%) i USAs befolkning 2005 (2)

Det betyr at sykehjemslegen har en diagnostisk utfordring, og jeg ville vite så meget som mulig om alle sykdommene. Dere kan si det slik at jeg ikke ville bli tatt med buksa nede og måtte si: «Søren, det har jeg ikke tenkt på!» Men det hang nok mer sammen med mine år i indremedisinen og hematologien, hvor det er et ube-

tinget krav til presis diagnose. I hematologien er det for eksempel ikke nok å si «kronisk leukemi», for du må også vite hvilken celletype som er involvert. Men på sykehjemmet likte jeg heller ikke å få upassende spørsmål fra sykepleierne: «Vet du egentlig hva som feiler henne?» eller fra pårørende som kunne spørre: «Er hun egentlig dement?» Det hendte også at jeg måtte gjennom ubehagelige samtaler med sykehuskolleger når jeg rekvirerte for eksempel gastroskopi på en gammel dame som kastet opp, for å få vite om hun hadde kreft. Da kunne de si: «Hvorfor skal du vite det? Det har jo ingen terapeutisk konsekvens». Da svarte jeg at for det første kunne jeg ikke vite noe om terapeutisk konsekvens før jeg visste resultatet av undersøkelsen, og for det andre er det også andre viktige konsekvenser enn de terapeutiske. For eksempel er det stor forskjell på pårørende og pleieres holdning til en pasient med vanlig demens og en pasient med hjernetumor.

Derfor er min konklusjon at du som sykehjemslege skal vite hva pasientene dine feiler. Jeg avslutter dette kapitlet med en historie om en eldre kvinnelig apoteker som kom til sykehjemmet fra et stort sykehus med diagnosen senil demens og et utfylt MMS-skjema som bekreftet diagnosen. Men da jeg skrev journal på henne, svarte hun klart og greit på alle mine spørsmål, og til slutt sa jeg: «Jeg forstår ikke dette, for du har diagnosen senil demens, men når jeg snakker med deg, er du jo helt klar». Da svarte hun: «Jeg likte ikke ham som snakket med meg på sykehuset!»

3 Medisinsk behandling (legemidler)

Det neste avsnittet handler om legemidler. Jeg opplever at jeg er imot legemidler til eget bruk. Hvert halvår møter jeg til kontroll hos en førsteklasses kardiolog på Rikshospitalet. Når han har sjekket EKG og gleder seg over at han hører min diastoliske bilyd, tar han på seg en sørgmodig mine og sier: «Du vil vel ikke ha Marevan nå heller?» «Nei», sier jeg, «for da må jeg slutte å sykle om vinteren». Jeg tenker ofte på et gruk som lyder slik: «Unnfly alle gode råd. Det er det eneste råd!» Så jeg er imot legemidler av alle slag til eget bruk, og jeg har merket den samme holdningen hos mange eldre kolleger.

Derfor er jeg i tvil om pillekulturen på norske sykehjem. Jeg har lest at gjennomsnittet er syv forskjellige legemidler per pasient. Som sykehjemslege kunne jeg ikke være negativ til legemidler, men jeg fikk sykepleierne med på en praksis som hadde to regler: Færrest mulig legemidler og lavest mulig doser. Det førte til at vi ofte måtte enten sepo-

ner eller redusere dosene for nye pasienter. Det kunne skape problemer både overfor pasienter og pårørende, og vi måtte ofte bruke litt tid på å få dem med på det. Men jeg tror at denne filosofien er riktig, og jeg tror at den beste legen ikke er den som starter med et nytt og genialt medikament, men den som seponerer noen av de gamle.

Dette gjelder selvfølgelig særlig medisiner som gir ustøhet og falltendens eller tretthet og uklarhet. Jeg besøkte nylig en gammel kvinne som er lagt inn på sykehjem. I flere år har familien overtalt både henne og fastlegen til at hun skal bruke Arisept for å forebygge demens. Hun er alltid trett og ligger mye og sløver, men hun fins ikke dement. I mine øyne er dette misbruk. Jeg tror at sykehjemslegene må tenke over disse problemene hver eneste dag, og jeg avslutter dette avsnittet med den kjente figuren om «Olympia-syndromet», som jeg tror ofte er medikamentelt utløst, se figur 1.

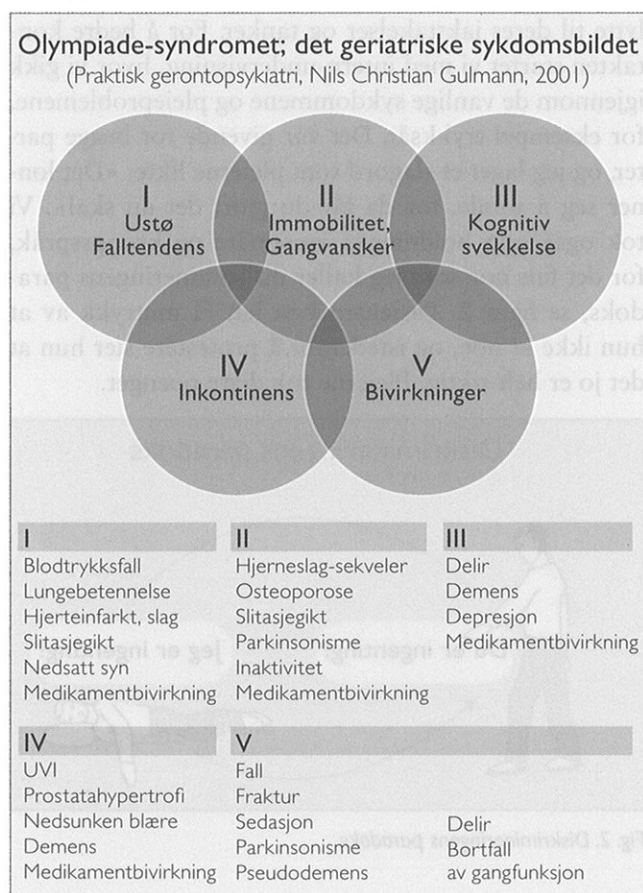


Fig. 1. «Olympia-syndromet» i geriatrien (3)

4 Innleggelse i sykehus

Jeg må si noe om innleggelse i sykehus. Det er to typer av innleggelser. Den ene er gjennomtenkte innleggel-

ser bestemt av sykehjemslegen for undersøkelser eller behandling. Den andre er bestemt av en tilkalt legevaktslege, og vi vet at mange av disse innleggelsene kunne og burde vært unngått.

På Ullern brukte vi to tiltak mot dette problemet. Det ene var at sykepleierne alltid skulle prøve å få tak i meg først, for da kunne vi ofte løse problemet sammen i telefonen, og eventuelt tok jeg en ekstra tur til sykehjemmet. Jeg syklet forbi sykehjemmet på hjemvei hver dag, så det var ofte fort gjort. Det andre tiltaket var at jeg prøvde å skrive i journalen om hva som eventuelt skulle gjøres hvis det ble problemer. Sykepleierne sørget alltid for at legevaktslegen fikk lese journalen, og det hendte at det sparte innleggelser.

Sykehusinnleggelsene er et stort og vanskelig problem, og jeg er imponert over det samarbeidet Ullevål sykehus har oppnådd med sykehjemmene i sektoren. Det har spart mange innleggelser.

Jeg vil nevne to spesielle problemer. Det ene gjelder akutte kirurgiske problemer. Ofte må slike pasienter selvfølgelig innlegges, for eksempel ved fallskader. Men noen ganger, på slutten av livet, kan det være rimelig å la pasientene få dø i fred på sykehjemmet med for eksempel hematemes, gangren eller akutt abdomen. Dette er selvfølgelig vanskelige situasjoner, og de krever et nært og trygt samarbeid med de pårørende, og dette er det andre problemet. Sykehjemmet må bygge opp tillit hos de pårørende. Det krever et systematisk arbeid over lang tid, og her er legens rolle viktig. Vi merket en endring over tid hos de pårørende. De første årene sa de alltid: «Hun må sendes på sykehus». Men etter hvert skiftet holdningen, og de pårørende begynte å si: «Vi håper at hun kan få bli her».

1. Kan være vanskelige, uvitende, uforstandige, krevende og arrogante, fordi de er fortvilet. (Noen er arrogante)
2. Men de er pasientens viktigste ressurs
3. Må få til lagspill i trekanten: Pasient – Pårørende – Personell
4. Veien til pasienten kan gå gjennom de pårørende
5. Bygg relasjonen, slik at de føler seg møtt: Kommuniser!

Ramme 2. Om pårørende

5 Pårørende

Det neste temaet er både stort og vanskelig, og det gjelder de pårørende. Pårørende er jo av alle slag, og noen er til og med truende eller arrogante, se ramme 2. De er

ofte vanskelige og mer krevende for travle sykepleiere. Det hendte ikke så sjelden at det skar seg mellom de pårørende og pleierne, som regel datter mot pleier – kvinne mot kvinne. Det er lettere for den mannlige legen, både på grunn av kjønn og autoritet, men legen må se den store betydningen av samarbeidet med de pårørende. Her ser dere målene for de pårørende, slik jeg ser det (ramme 3).

Er glad i pasienten, og forholdet er godt
Besøker pasienten regelmessig
Forstår sykdommen og problemene
Forstår og godtar behandlingen og pleien
Deltar og samarbeider godt
Har et personlig forhold til personalet
Tar opp problemer tidlig og på en åpen og vennlig måte
Gjør seg kjent med de andre pasientene og deres pårørende

Ramme 3. Den gode pårørende

En god måte å fremme disse målene på er å gjennomføre regelmessige pasientkontroller hvor både pasienten, pårørende, pleier og legen deltar. En går igjennom problemer, behandling, pleie og muligheter, justerer regime og legemidler og sørger for enighet om plan og program. Disse kontrollene bør skje minst hvert halvår og ellers ved behov.

Og nå må jeg fortelle hva samarbeidet med de pårørende kom til å bety for vårt sykehjem. Plutselig vedtok Bydelsrådet at sykehjemmet skulle legges ned og pasientene overføres til andre sykehjem. Ullernhjemmet er et tradisjonsrikt gamlehjem. Det ligger på en av byens vakreste tomter, som i sin tid ble gitt til Oslo kommune av eieren av Ullern gård. Jeg er vokst opp i nærheten, og verken jeg, personalet, pasientene eller de pårørende kunne godta dette. Vi blåste til politisk kamp og samlet de mest ressurssterke pårørende i en venneforening, som ble ledet av min tallrike familie og familien til moromannen Rolf Kirkvaag, som begge hadde gamlemor på sykehjemmet. Vi fikk inn over 3000 underskrifter, holdt folkemøter, og en av de pårørende, som eide et lite fly, fløy over bydelen med en lang hale etter seg hvor det sto: «La Ullern leve!» Administrasjonen forsøkte å stoppe oss, ved for eksempel å nekte de ansatte å uttale seg til avisene. Men vi sto på, mobiliserte jurister som så på donasjonsdokumentet for tomten osv., og enden på det hele ble at Bydelsutvalget måtte gjøre om sitt vedtak og i stedet bygge ut sykehjemmet for 30 millioner. Uten de pårørende hadde vi ikke klart det, og Venneforeningen lever videre.

6 Personalet

Legen har en ganske ensom posisjon på sykehjemmet. Jeg var mann blant nesten bare kvinner, jeg hadde bare en liten deltidsjobb, og jeg var vant til å tenke medisin, ikke pleie og omsorg. Sjefen var selvfølgelig sykepleier og tenkte i andre baner enn jeg var vant til. Men jeg fikk stor beundring for pleiernes engasjement og dyktighet. Mange av dem var hjelpepleiere eller ufaglærte, men hadde lang fartstid i sykehjemmet. Det gjorde inntrykk på meg å se deres tålmodighet når de dag etter dag stelte språkløse demente, smilte og sa: «Jeg har kontakt med henne, forstår du. Jeg ser det på øynene hennes». Jeg leste nylig en setning som gjorde inntrykk på meg: «Dementia is not a death-sentence, but a life-sentence».

Det er jo legens oppgave og ansvar å drive med diagnostikk og behandling og å lede omsorgen ved livets slutt. Jeg måtte lære meg å høre på det pleierne sa og lytte til deres iakttagelser og tanker. For å bedre kontakten startet vi med intern-undervisning, hvor vi gikk igjennom de vanlige sykdommene og pleieproblemer, for eksempel trykksår. Det var givende for begge parter, og jeg laget et slagord som pleierne likte: «Det lønner seg å somle, for da får du gjort det du skal». Vi tok også opp holdninger, væremåte og kroppsspråk, for det fins noe som jeg kaller diskriminerings paradoks, se figur 2. Pasienten kan lett få inntrykk av at hun ikke *er* noe, og istedenfor å protestere sier hun at det jo er helt riktig. Pleierne tok dette poenget.

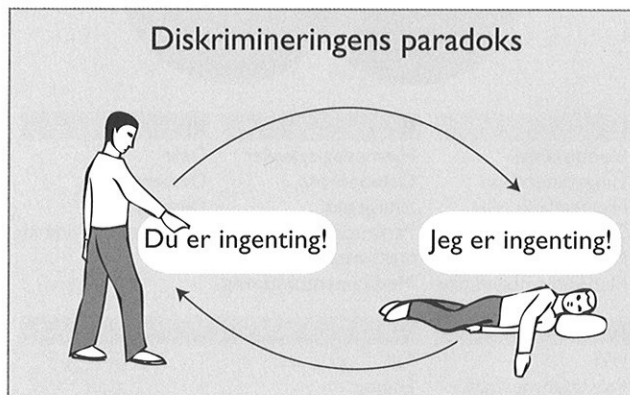


Fig. 2. Diskriminerings paradoks

Jeg vil fortelle om et eksempel på det nære forholdet mellom pleierne og legen. Vi hadde en mann på 80 år som tok til sengen og sluttet nesten helt å spise. Alle undersøkelser var normale, og jeg skjønnte ikke hva som feilte ham. Da kom en 18-årig jente og sa til meg: «Jeg vet hva som feiler ham!» «Da må du fortelle meg

det», sa jeg, «for jeg vet det ikke». Så fortalte hun at mannen hadde betrodd henne at han som ung mann var blitt spådd av en sigøynerkone, som hadde sagt to ting. For det første ville han møte to kvinner og gifte seg med den gale, og det hadde stemt. For det andre ville han bli 80 år og ikke mer. Derfor var han nå gått til sengs for å vente på døden. Vi klarte ikke å få ham ut av denne vrangforestillingen, og han døde.

Jeg slutter dette avsnittet med en tegning av sykepleier-idolet, se figur 3. Den er inspirert av en gammel artikkel i American Journal of Nursing. De hadde bedt 25 sykehus om å plukke ut deres beste sykepleier. Disse sykepleierne hadde noen felles trekk, som dere ser her. De tre første er kanskje selvsagte, men trekket «mot» var uventet: «The courage to act on the spur of the moment» – motet til å ta vanskelige avgjørelser, motet til å gå inn i vonde samtaler og motet til å hevde sine meninger. «The young must learn to speak up, and the old must learn to listen» – begge deler krever mot. Endelig må den gode sykepleieren stå på to ben som er like lange: Hun må kunne faget sitt, og hun må forstå at det er medmennesker – ikke sykdommer – hun steller med.

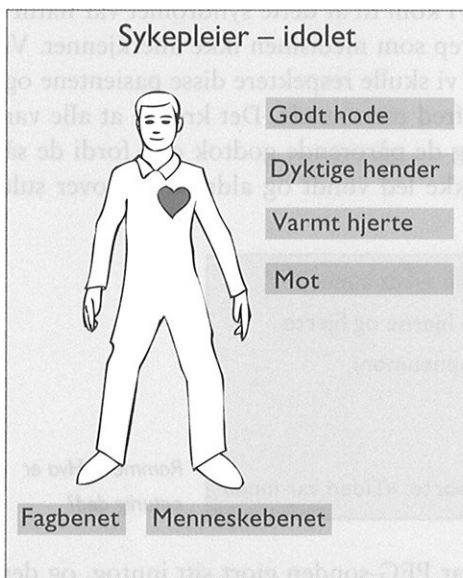


Fig. 3. Sykepleier-idolet

7 Mine erfaringer som pårørende

Og nå vil jeg belyse dette temaet fra et annet ståsted, nemlig som pårørende. I 1998 ble min kone operert for et meningiom på hjernestammen. Operasjonen var vanskelig, varte i ti timer, og hun ble helt lammet, inklusive svelglammelse, og helt språkløs – nesten et komplett såkalt «locked-in syndrome». Jeg tilbrakte først flere uker på et pårønderom på sykehuset, og

så kom hun hjem som pleiepasient. I tre år var jeg hennes pleier, sammen med hjemmesykepleien som stelte henne morgen og kveld.

På pårønderommet er alle i samme båt, og vi delte håp og fortvilelse. Det viktigste temaet var personellet, og jeg lærte at alt kokte ned til tillit – om den var der eller ikke. Her ser dere betingelsene for tillit, slik jeg lærte det på pårønderommet (ramme 4). Og jeg lærte én ting til, nemlig at jeg kunne dele alt personell – fra professorer til hjelpepleiere – i to grupper. Den ene gruppen hadde «grepet», den andre hadde det ikke. Når «grepet» var der, hadde pasientene det trygt og godt, og de pårørende småsov på rommet sitt. Når «grepet» ikke var der, var pasienter og pårørende urolige og utrygge. Det slo meg at jeg hadde sett dette før, men ikke forstått, for det angikk på en måte ikke meg. Når jeg kom på sykehjemmet om morgenen, var alt som regel fredelig og godt, men noen ganger var det uro og engstelse, nesten kaos. Og det som avgjorde det, var hvem som hadde hatt nattevakten.

Tillit er ikke noe du automatisk har i din posisjon
 Tillit er noe du selv skaper og må fornye hele tiden
 Tillit har to betingelser:
 – at pasient og pårørende forstår at du kan faget ditt,
 – at du viser at du bryr deg om pasienten.

«Tillit er noe som gror i hengiven gjensidighet.
 Det er noe en må gjøre seg fortjent til»
 Inge Eidsvåg

Ramme 4. Om tillit

Hva beror «grepet» på? Her ser dere det jeg tror er de avgjørende egenskapene (ramme 5):

Faglig kompetanse og engasjement
 Trygghet på seg selv, både faglig og menneskelig.
 Den trygge er ikke skråsikker
 Menneskelig kompetanse og engasjement
 Intuisjon, dvs. taus kunnskap ervervet gjennom praksis
 Evne og vilje til å kommunisere
 Tar seg nødvendig tid
 Vennlighet, sjenerøsitet, karisma, empati, humor
 Kontinuitet

Ramme 5. Grunnlaget for «grepet»

Jeg vil særlig understreke én ting, som jeg illustrerer med et sitat fra den romerske keiser Marcus Aurelius i boken *Til meg selv* (4). Manuskriptet ble funnet etter hans død i 180 e.Kr., og her sier han blant annet dette:

Tren deg opp til å høre på det en annen sier med udelte oppmerksomhet, og sett deg inn i den talendes personlighet så langt det er mulig

Er det noe jeg har savnet som pårørende, så er det nettopp dette, og jeg understreker «udelt oppmerksomhet», for jeg har opplevd så mange håpløse, trippende samtaler. Jeg tror at vi har fått to ører og to øyne, men bare én munn for at vi skal lytte og se før vi begynner å snakke. Jeg har lett etter en modell for «grepet», og jeg er blitt stående ved den svenske legen Axel Munthe (1857–1949). Han var hele Europas superlege, og han mente selv at det skyldtes: «the ability to inspire confidence». Han føyde til at: «The doctor who has this gift can almost raise the dead» (5).

Jeg vil avslutte dette avsnittet med noen ord om balanse i sinn og væremåte. Det er ord jeg noterte på pårørenderommet, og jeg tror de er viktige, se ramme 6:

Sur	Vennlig	Overstrømmende
Guffen	Søt	Klisset
Kjedelig	Kjekk	Kjekkas
Avvisende	Lyttende	Pratsom
Uengasjert	Engasjert	Masete

Ramme 6. Pass balansen

8 Ernæring og væske

Ernæring og væske er et stort problem med mange sider. Det hevdes ofte at sykehjemspasientene er skammelig underernærte. Personalet skylder på stress og mas, og det er vanskelig å prioritere gode og rolige spise- og matesituasjoner. Desto viktigere er det at sykehjemmet forsøker å få til akkurat det. Noen har funnet at musikk til maten gir mer ro, men jeg har ingen erfaring med det.

Da jeg begynte på sykehjemmet, drev pleierne med nesesonde og til dels med intravenøs væske på slutten av livet. En pårørende sa til meg: «De vet jo det, dok-

tor Hjort, at man skal ha intravenøst når man dør». Jeg leste det jeg kunne finne om dette, og vi bestemte til slutt i fellesskap at vi skulle slutte med det. Vi skulle anstrenge oss for å skape gode spisesituasjoner, og vi skulle hjelpe pasientene med mat og drikke så lenge de ville ha det. Men når de ikke lenger ville og dyttet bort pleiernes hender, skulle vi slutte. Da hendte det ikke så sjelden at pasientene tok noen slurker, men altfor lite, og de ble tynnere og tynnere – til pleierne og de pårørendes store fortvilelse. De døde til slutt, og vi var alle bekymret.

Så hendte det noe merkelig. Jeg møtte plutselig Norges beste nevropatolog,

Aagot Christie Løken. Hun sa: «Jeg er blitt pensjonist, og jeg kjeder meg. Kan ikke du finne på noe jeg kan gjøre?» «Jo», sa jeg, «du skal obdusere 100 sykehjemspasienter i Oslo og fortelle oss hva vi kan lære av det». Så gjorde hun det, og vi lærte mye om dårlig og ufullstendig diagnostikk, men ett funn var uventet. En fjerdedel av disse pasientene hadde noen felles trekk, se ramme 7 (6). Disse 25 likene veide alle under 40 kg, og vi som hadde fulgt dem, hadde sett at livsgnisten var borte. Vi kom til at dette syndromet var naturlig død, et begrep som medisinen ikke anerkjenner. Vi kom også til at vi skulle respektere disse pasientene og la dem få dø i fred uten sonde. Det krevde at alle var enige i dette, og de pårørende godtok det, fordi de så at pasientene ikke led vondt og aldri klaget over sult eller tørst.

1. Ingen spesielle sykdommer
2. Alderssvikt i hjerne og hjerte
3. Ofte bronkopneumoni
4. Avmagring
5. Inntørring
6. Livsgnisten borte: «Tiden var inne»

Ramme 7. Hva er naturlig død?

Etter min tid har PEG-sonden gjort sitt inntog, og det har gjort problemet vanskeligere fordi mange pasienter blir lagt inn i sykehjemmet med sonde. Jeg har forsøkt å lese meg opp i litteraturen om dette problemet, og jeg tror fremdeles at disse pasientene er best tjent med å få dø i fred.

9 Omsorg ved livets slutt

Dermed er jeg kommet til det store spørsmålet om omsorg ved livets slutt eller «dødspleie» som vi sa før.

Det er to grunner til at dette temaet er så stort og viktig. Den ene er at det hvert år dør cirka 18 000 pasienter i sykehjemmene, eller nesten 40 % av alle dødsfall i Norge. Den andre grunnen er at denne dødspleien – «care of the dying» – er det aller viktigste området for å bygge opp en god kultur og gode holdninger i sykehjemmet.

Dette temaet er så stort at det egentlig krever et eget seminar, eller iallfall en full forelesning. Det kan jeg jo ikke her, og dessuten er det mange andre her som kan mer om dette enn jeg, for eksempel Bettina og Stein Husebø. Likevel vil jeg legge frem noen viktige punkter for dere.

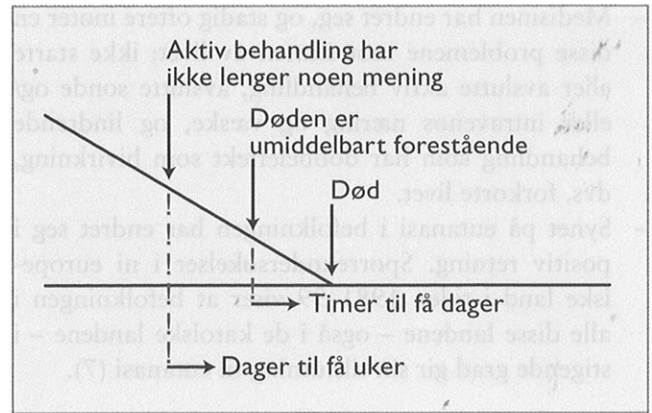
Det er viktig å snakke med pasient og pårørende om døden i god tid, slik at det er en felles forståelse å bygge på når tiden nærmer seg. Det var min erfaring at dette var gode samtaler, og som regel måtte jeg ta initiativet til dem, for pasient og pårørende gjorde det sjelden eller aldri.

Et hovedsynspunkt er det jeg kaller dødspleiens paradoks, det vil si at dødspleien er enda viktigere for de pårørende enn for pasienten. Pasienten dør, men de pårørende skal leve med minnene om det som foregikk, resten av livet. Derfor skal den nærmeste pårørende få tilbud om en seng ved siden av pasienten når tiden er inne, slik at han eller hun kan være der hele tiden og delta i stedet. Jeg begynte med dette opplegget på Hematologen på det gamle Rikshospitalet, og erfaringene var gode. Her kommer ett eksempel: En gammel enkemann lå for døden på sykehjemmet, og jeg inviterte datteren, som var sykepleier, til å komme og ligge ved siden av faren. «Det kan jeg dessverre ikke», sa hun, «for jeg har ansvaret for en stor hund». «Ta med hunden», sa jeg, og så kom hun med en stor schäferhund. Hunden kjente faren og krøp under sengen hans. Og så lå de tre der en hel uke, for det tok lengre tid enn jeg trodde. Da alt var over, sa datteren: «Dette er det største jeg har opplevd».

Et hovedspørsmål er: «Når er tiden inne til å starte dødspleien?» Egentlig er det to tidspunkter, se ramme 8. Selve dødspleien starter ved det første tidspunktet.

Målene for dødspleien er enkle:

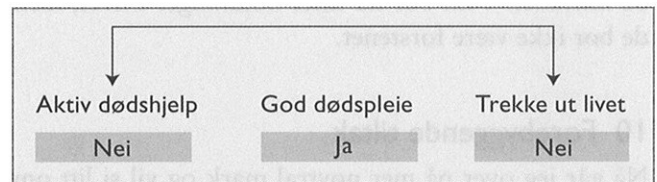
- god palliativ behandling: lindring av alle plager
- god sykepleie
- god menneskelig omsorg for pasient og pårørende
- god sjelelig omsorg for pasient og pårørende



Ramme 8. Dødspleien: Når er tiden inne?

Disse målene krever påpasselighet og omtanke, spesielt sykepleien og den lindrende behandlingen – ikke for mye og ikke for lite.

Dagen etter skal det være to viktige samtaler. Den ene er med pleierne, og spørsmålet er: «Fikk vi det til? Er det noe å lære?» Den andre samtalen er med de pårørende, som alltid har viktige spørsmål og kommentarer. Jeg møter av og til pårørende mange år etterpå, og det gjør inntrykk på meg at de gjengir ordrett det som ble sagt. For en stund siden holdt jeg et kåseri i en pensjonistforening – jeg driver med slikt, og etterpå kom det en mann bort til meg og sa: «Du var doktor for min mor, da hun døde for 40 år siden, og jeg glemmer det aldri». Så viktig er dødspleien.



Ramme 9. De store spørsmålene i dødspleien

Jeg har gjemt et hovedspørsmål til slutt i dette avsnittet. Min filosofi har vært enkel, se ramme 9. Jeg har alltid vært imot eutanasi eller aktiv dødshjelp, men nå er jeg kommet i tvil. Grunnen er at jeg fikk en bok til anmeldelse (7). Den er på 600 sider med nesten 2000 noter og handler om aktiv dødshjelp i Nederland, Belgia og seks andre europeiske land, inklusive Norge. Den er ufattelig grundig og argumenterer for at tiden har endret omtrent alt i Europa gjennom de siste cirka 40 årene, fra 1968, og særlig:

- Kulturen har endret seg fra nøysomhet, fellesskap og kristne verdier til rikdom, individualisme og verdslige verdier.

- Medisinen har endret seg, og stadig oftere møter en disse problemene mot slutten av livet: ikke starte eller avslutte aktiv behandling, avslutte sonde og/eller intravenøs næring og væske, og lindrende behandling som har dobbeffekt som bivirkning, dvs. forkorte livet.
- Synet på eutanasi i befolkningen har endret seg i positiv retning. Spørreundersøkelser i ni europeiske land i tiden 1981–99 viser at befolkningen i alle disse landene – også i de katolske landene – i stigende grad gir sin tilslutning til eutanasi (7).

Alt dette har sendt meg inn i tenkeboksen, og det er mulig at jeg kommer ut med nederlandske verdier. Her er vilkårene for aktiv dødshjelp (dvs. eutanasi eller legeassistert selvmord):

- Pasienten og familien må ønske det.
- Pasienten må være på slutten av livet.
- Pasienten må ha store lidelser.
- To uavhengige leger må være enige.
- Rapport må sendes til en uavhengig kommisjon.

Cirka 2 % av dødsfallene i Nederland skjer ved eutanasi, og dette tallet har ikke steget de siste fem årene.

Jeg føler at tiden er inne for en ny debatt i Norge, og jeg tenker på Oliver Cromwells (1599–1658) brev i 1650 til kirkelederne i den skotske kirken: «I beseech you, in the bowels of Christ, think it possible you may be mistaken». En bør ha faste holdninger i livet, men de bør ikke være forstenet.

10 Forebyggende tiltak

Nå går jeg over på mer nøytral mark og vil si litt om forebyggende tiltak. Jeg er i tvil om to tiltak:

- Det ene er fortsatt medikamentell behandling av høyt blodtrykk og høyt kolesterol på slutten av livet. Jeg tror at nytten er beskjeden, og det bidrar til den store pillekulturen.
- Det andre er vaksinasjon mot influensa for sykehjemspasienter. Hvis jeg selv må på sykehjem, ser jeg ikke poenget ved at oppholdet skal vare så lenge som mulig. Som sykehjemslege vaksinerte jeg dem som ba om det, men ikke de andre.

Derimot er jeg ikke i tvil om tiltak som gjør livet bedre og morsommere, for eksempel et godt samarbeid med de pårørende, kulturtiltak, rimelige doser alkohol og slike ting.

11 Aktivitet

Aktivitet skal være en del av opplegget ved sykehjemmet, og den store klagen på de fleste norske sykehjem er at pasientene bare sitter eller ligger og sløver. Det er viktig å drive aktivisering, dels med individuelle tilpassede aktiviteter og trim, og dels gjennom generelle tiltak av alle slag, fra trening til dans. Det er klart at legens entusiasme spiller stor rolle. Det er ingen lett jobb, og en gammel pasient sa til meg: «Nå orker jeg ikke mer av den aktiviseringa di!» Men det nytter ikke å gi opp.

12 Dilemma

Det siste jeg har nevnt, illustrerer et generelt problem i sykehjemmet, og det er dilemmaer. Dilemma er et gresk ord, og forstavelsen *di-* betyr «to». Det betyr en valg-situasjon med to eller flere mulige valg, men det fins ingen fasit, for alle mulighetene er uønskede. Likevel må en velge. Her er et typisk eksempel – sengehestens dilemma. En gammel pasient på sykehjemmet begynner å vandre om natten og forstyrrer de andre pasientene. Sykepleierne ber henne slutte med dette, men hun fortsetter. Da er det tre muligheter. En kan la henne fortsette å vandre, en kan dope henne, eller en kan sette opp en sengehest. Velger en sengehesten, sier pasienten: «Jeg vil ikke ha den. Ta den vekk!» Hvis sykepleierne likevel lar den bli stående, er det stor risiko for at hun kravler over sengehesten, faller og brekker lårhalsen. Det har jeg opplevd flere ganger.

Mitt poeng er at vi ofte står overfor dilemmaer i sykehjemmet, men vi tenker for lite over dem. Vi handler på grunnlag av rutiner og gamle erfaringer uten å tenke oss nok om. Særlig gjelder det når vi har gode hensikter og driver med skjult tvang. I slike situasjoner er det viktig å ta seg en liten «time-out» og tenke seg om. Kanskje er det ikke viktig nok det jeg vil gjøre, og kanskje fins det andre utveier? Her er et eksempel. Den gamle pasienten skulle dusje, men hun nektet, og pleieren hentet en annen pleier for at de skulle ta henne i dusjen sammen. Da sa den andre pleieren: «Gå ut du, så skal jeg klare det alene». Etterpå spurte vi henne: «Hva var det du gjorde?» «Jo», svarte hun, «da jeg så den trassige gamle damen, måtte jeg tenke på meg selv da jeg var liten og trassig. Da pleide mor å synge for meg, og da ble jeg snill. Så jeg sang henne inn i dusjen».

Poenget er at sykehjemmet er fullt av dilemmaer, og at vi som regel tenker for lite over dem. Selvrefleksjon

er et viktig, men ofte ganske smertefullt redskap, se ramme 10:

Dialogen med meg selv etter møtet med pasienten:
– Klarte jeg å forstå og møte pasienten som en person og ikke bare som en sykdom?
– Hva sa jeg, og hvordan sa jeg det?
– Hvordan var kroppsspråket mitt?
– Hvilke valg hadde jeg (og pasienten), og klarte jeg å formidle det?
– Fulgte jeg opp?

Det er tilgjengelig å feile, men utilgjengelig ikke å reflektere over feilene

Ramme 10. Forsikring mot asymmetrien: selvrefleksjon

13 Religion

Et spesielt dilemma er religion. Det ligger i alderdommen at en blir mer interessert i de store spørsmålene i livet. Det opplevde jeg ofte på sykehjemmet, og jeg har også merket det i mitt eget liv. Jeg har dessverre aldri fått troens gave, men jeg bruker mye tid på å lese om og tenke over disse spørsmålene.

Det er to helt forskjellige dilemmaer her. Det ene dukker opp når en pasient vil snakke om religiøse spørsmål med en som selv ikke er troende. Hvis jeg forsøkte å vri meg unna og foreslo presten, sa pasientene ofte: «Jeg vil heller snakke med deg som jeg kjenner, enn med en fremmed prest». Erfaringene var at det ble gode samtaler. Det andre dilemmaet er når dypt troende personell tar initiativet til slike samtaler. Det tror jeg en bør fraråde.

Det er dukket opp en ny interesse for sammenhengen mellom tro og helse, og jeg vil anbefale en bok fra Nord-Trøndelag (8).

Det er også plass for humor her. En dypt troende jødisk kvinne med kreft ba sin ikke-troende lege om å be til Gud for henne. Han avviste henne, men hun ga seg ikke, og til slutt sa han: «OK, what do you want me to ask God for?» Hun svarte: «You shall ask God to give my doctor wisdom». Da svarte han bare: «Amen!»

14 Kulturen i sykehjemmet

Dette bringer meg over til kulturen i sykehjemmet. Dette begrepet har to betydninger for meg. Den ene betydningen er kunst, musikk og alt det vi legger i begrepet «reminisens» – minner om fortiden. I over ti

år var jeg med i et prosjekt om «Kultur og helse» i regi av Norsk kulturråd, og jeg er overbevist om at det er en sammenheng mellom kultur og helse. Det var for eksempel rørende å se hvordan de gamle pasientene i sykehjemmet våknet til liv når de hørte de gamle og kjente sangene – «En liten gyllen ring» for eksempel. Derfor er det viktig at sykehjemmet har en holdning til dette, og jeg synes Audun Myskja er et positivt og viktig eksempel (9).

Den andre betydningen er mye videre og omfatter alt det sykehjemmet står for av verdier og holdninger – både faglig og menneskelig. Dette er viktig, og for noen år siden ble det gjort et forsøk i et amerikansk sykehjem. To like poster ble sammenlignet. På den ene posten fikk pasienten velge bildene på veggen, blomstene i vinduskarmen, menyen til middag og filmene på kinoen om kvelden. På den andre posten var det ingen valg, og alt ble bestemt av velmenende personell. Etter tre uker var allmenntilstanden bedret hos 93 % i prosjektgruppen og hos 21 % i kontrollgruppen. Etter 18 måneder var 15 % døde i prosjektgruppen og 30 % i kontrollgruppen.

Kulturen omfatter alt, fra renhold til diagnostikk, pleie, behandling og omsorg til tonen i sykehjemmet. En merker kulturen i løpet av noen minutter: Er det rent og pent her, blir jeg møtt med et vennlig smil, hvordan er tonen? Og den besøkende spør seg selv: Kunne jeg tenke meg å være pasient her eller å plassere moren min her?

Legen er en del av denne kulturen og spiller en avgjørende rolle, både gjennom sitt eget arbeid og gjennom påvirkning og undervisning. Det er viktig at legen tar denne delen av oppgaven alvorlig (10).

15 Uheldige hendelser

En del av kulturen er holdningen til uheldige hendelser, det vil si ting som ikke skulle ha skjedd. Viktige eksempler i sykehjemmet er legemiddelfeil, fallulykker og infeksjoner. Alle disse hendelsene må rapporteres, analyseres, og det må treffes forebyggende tiltak. Her har legen en avgjørende rolle og bør studere denne boken, som kom i fjor (11).

16 Legens utdanning og stilling

Det siste og kanskje aller viktigste temaet er legens utdanning og stilling. Det skal ikke mye fantasi til for å se at sykehjemmene vil bli stadig viktigere. Progno-

sen for eldrebølgen er overveldende. Samtidig blir det stadig flere leger i Norge, og for tiden studerer 5000 unge nordmenn medisin rundt om i verden. Det betyr – iallfall etter mitt skjønn – at sykehjem må bli det store nye satsingsfeltet i norsk medisin.

Jeg har i mange år argumentert for at geriatrien må deles i to – sykehusgeriatri og omsorgsgeriatri, aldersmedisin eller sykehjemsmedisin. Jeg tror at vi trenger minst 500 slike spesialister. Det kan tenkes at vi bør gå samme vei som Nederland og gjøre sykehjemsmedisin til en egen legespesialitet, og jeg føler at dette er den store utfordringen både for Forum og for Legeforeningen. Samtidig må en argumentere for mye større stillingsbrøker på sykehjemmene, og jeg ser for meg en ordning hvor sykehjemslegene har fulle stillinger og samtidig driver en poliklinikk for eldre. Jeg tror at dette ville være et spennende arbeidsfelt, og jeg ønsker meg en engasjert debatt om dette.

17 Slutt

Dermed har jeg sagt alt det jeg ville si om alle underemaene mine. Det er umulig å lage en slutt som summerer opp og konkluderer på alle disse punktene. Derfor har jeg valgt en helt annen og uventet slutt, som sammenfatter det viktigste, nemlig et dikt av Halldis Moren Vesaas. Vakkere kan det ikke sies, synes jeg.

Det heiter ikkje eg – no lenger.

Heretter heiter det: vi.

Eig du lykka så er ho ikkje lenger berre di.

Alt det som bror din kan ta imot av lykka di, må du gi.

Alt du kan løfte av bora til bror din, må du ta på deg.

Det er mange ikring deg som frys. Ver du eit bål, strål varme ifrå deg!

Hender finn hender, herd stør herd,

Barm slår varmt imot barm.

Det hjelper da litt, nokre få forfrosne, at du er varm!

Litteratur

1. Yates, L.B, Djoussé, L, Kurth, T, Buring, J.E., Gaziano, J.M. Exceptional longevity in man: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Arch Int Med* 2008; 168 (nr. 3): 284–90.
2. Machlin, S., Cohen, J.W., Beauregard, K. Health care expenses for adults with chronic conditions. Med Expend Panel Survey. *Statistical Brief* nr. 203, May 2008.
3. Sommer, O.H. Psykofarmaka på sykehjem – tenk bivirkninger! *Demens og alderspsykiatri* 2007; 11 (nr. 4): 8–13.
4. Marcus Aurelius. *Til meg selv*. Oslo: Grøndahl Dreyer, 1997.
5. Munthe, A. *The story of San Michele*. London: John Murray, 1929.
6. Løken, A.C, Hjort, P.F. mfl. Obduksjon av 100 alders- og sykehjemspasienter i Oslo. *Tidsskr Nor Legeforen* 1984; 104: 1197–1203.
7. Griffiths J, Weyers, H, Adams, M. *Euthanasia in Europe*. Oxford: Hart Publishing, 2008.
8. Kjølsvik, I., Holmen, J. *Helse – Frelse. Samfunnsmedisin og livssyn – et møte*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2008.
9. Myskja, A. *Den musiske medisin. Lyd og musikk som terapi*. Oslo: Cappelen, 2003.
10. Hjort, P.F. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122: 1586–1588.
11. Hjort, P.F. *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal, 2007.