

En sykehjemslege krysser sine spor

– refleksjoner etter 25 års arbeid som «tilsynslege»

AV PER STEINAR STEINSVOLL

Tilfeldigheter i mitt liv gjorde at jeg i 1963 valgte solo allmennpraksis som mitt fremtidige virke og etablerte meg i Sel i Nord-Gudbrandsdal. Dette var i en tid da denne form for legevirksomhet hadde lav status, og lokalisert til et landsens distrikt disponerte det for faglig isolasjon og stagnasjon. Å arbeide i solopraksis uten faglig korrektiv kan i lengden være direkte farlig for pasientbehandlingen og destruerende for selve legevirksomheten.

Det var for å motvirke dette at jeg i april 1977 tiltrådte som «tilsynslege» ved det nyåpnede Sel sjukeheim, med åtte timer ukentlig tilsyn. Arbeidet som ansvarlig lege ved sykehjemmet bød på medisinske utfordringer i samarbeid med annet helsepersonell, som fikk innsyn i min faglige kompetanse og dermed ble et viktig korrektiv.

Sel sjukeheim er lokalisert sør for Otta og hadde ved åpningen i 1977 42 senger – i dag er det 44. Sel kommune har i denne perioden hatt et noe synkende folketall med et gjennomsnitt på 6500 innbyggere. I løpet av disse 25 årene har institusjonens funksjon og plass i behandlingsskjeden gjennomgått en betydelig utvikling – i likhet med sykehjemmene generelt her i landet. Som tilsynslege over så lang tid fikk jeg følge og føle utviklingen på godt og vondt. Det er på bakgrunn av dette at jeg her deler noen refleksjoner med Utpostens lesere – utviklingen fortsetter, og vi bør være med å styre den!

Timetallet for legetilsyn forble uforandret i disse 25 årene. Fordelingen var også uendret, med seks timer torsdag kl. 9–15 og to timer mandag kl. 18–20. Alle pasienter ble undersøkt, og journal ble skrevet ved innleggelsen og minst en gang årlig. Interkurrente alvorlige episoder ble tatt hånd om og journalført. Fram til vanlig sengetid kunne jeg hver dag som oftest nås per telefon, uten at jeg hadde noen formell vaktplikt. Dette var en rasjonell ordning som ble brukt ukentlig. Jeg kjente pasientene godt, og det meste kunne ordnes per telefon.

En faglig stimulans

Det var særlig to forhold som bidro til å gjøre arbeidet ved sykehjemmet faglig stimulerende for meg. Det ene var å utarbeide de medisinske årsmeldingene. Dette ga mulighet for selvevaluering, både gjennom rene tallmessige registreringer og gjennom refleksjon over ikke-målbare relasjoner



Per Steinar Stensvoll

70 år, 40% pensjonist og resten som fastlege i solopraksis i Sel (siden 1963)

til pasienter, pårørende og samarbeidende helsepersonell. Ved at jeg årlig sendte disse rapportene til lokalsykehuset, tilsynsmyndighetene, samarbeidende leger og annet helsepersonell i kommunen ble det åpnet for innsyn i og kontroll av en relativt isolert funksjon med stort individuelt ansvar. Årsmeldingene er ved siden av erfaringen det viktigste grunnlagsmateriale for mine refleksjoner her.

Det som også bidro til å gjøre arbeidet interessant, var forsøket på å heve det faglige nivået. Jeg bestemte meg for å undervise personalet i emner som angikk sykehjemmets pasienter direkte eller var av mer generell karakter. Dette var ikke improviserte forestillinger hvor tilfeldig tanke-spinn fant sin form, men – etter min mening – vel forberedte småforelesninger ledsaget av illustrasjoner i form av «overheads», med rik mulighet for spørsmål og diskusjoner. Jeg fant snart ut at forberedelsene til disse – som fant sted utenom min tilmålte arbeidstid – ga meg mye faglig sett, kanskje mer enn utbyttet pleiepersonalet fikk. Jeg var jo nødt til å sette meg skikkelig inn i de emner som var valgt, for å framstille dem på en ryddig og forståelig måte. Som takk for ekstraarbeidet fikk jeg også opplevelsen av at disse små faglige drypp gjorde arbeidsstedet triveligere og selve arbeidet mer meningsfylt for alle.

Forandring – ikke bare til det bedre

Sykehjemmets funksjon har endret seg mye i løpet av disse 25 årene. De første fem-seks årene bar preg av at opptil 70 prosent av sengeplassene var fast belagt med samme pasient i mange år. Disse hadde fått lovnad om fast plass fra starten, og mange var åndsfriske og fysisk spreke med lang forventet levetid. Det var stor aktivitet på arbeidsstuen de første fem-seks årene! Pasienten med lengst «liggetid» levde i sykehjemmet i nesten 13 år.

Det ble både et administrativt og et medisinsk problem å legge om til en mer effektiv driftsform som medførte større

sirkulasjon til beste for flere. Stort fast belegg med få senger til disposisjon for nye pasienter førte til betydelig innleggelsespress. I 1980 ble derfor tre senger øremerket for avlastningsformål, og dette ble økt til ti senger i 1988. Det ble samtidig avsatt en seng for øyeblikkelig hjelp-formål. Dette medførte en stor økning i den medisinske aktiviteten, og sirkulasjonen var maksimal i 1992. Kun 19 plasser var da opptatt av «fastboende», slik at 23 senger var ledig for sirkulasjon. Til sammen 131 pasienter ble behandlet i sykehjemmet i 1992, hvilket gir et «effekt mål» på 4,9 innleggelser per seng. Å kunne behandle akutt sykdom hos eldre i et sykehjem er særlig gunstig ved store avstander til nærmeste sykehus, som i vårt tilfelle er 110 km. Ofte gjaldt det interkurrente febrile tilstander, gjerne med kompliserende pneumoni, eller det kunne være forverring av astma eller av hjertesvikt med pusteproblemer. De fleste pasientene var gamle, bodde gjerne i utkanten av distriktet, ofte alene og med dårlig omsorgsnettverk.

Lov om kommunehelsetjenesten i 1984 førte til sterk utvikling av hjemmebasert omsorg, og denne ble ytterligere utbygget med nattdienst etter at kommunen hadde overtatt driftsansvar for sykehjemmet i 1988.

På begynnelsen av 1990-tallet var det stemning for å nedbygge sykehjemmene etter mønster fra Sverige. Der har man imidlertid geriatriske avsnitt ved de fleste lokalsykehus, så sammenligningen var ikke holdbar. Utover på 1990-tallet var det også økende press om at sykehjem kun skulle ha enerom. Ved tusenårsskiftet var sykehjemmet blitt utvidet med en toppetasje med 16 enerom beregnet for senil demente, samtidig som 14 dobbeltrom ble omgjort til enerom.

Fra siste halvdel av 1990-tallet var det blitt umulig å ha egne senger for avlastnings- og akuttfunksjoner. De fleste innleggelsene kom nå mer eller mindre akutt, og få ble innlagt etter venteliste. Innleggelsespresset var særlig stort fra lokalsykehuset om at ferdigbehandlede eldre pasienter skulle «rehabiliteres», og det ble innført dagbøter. Oftest var det her snakk om ren pleie. God utbygging av hjemmebaserte tjenester gjorde at mange fikk bo i sine hjem, men noen ble også værende i sykehjemmet til de døde. Samtidig ble effekten av sparetiltak ganske merkbar. For eksempel skulle rengjøring sløyfes i helgene på grunn av nedbemanning. Økt arbeidsmengde med tidspress medførte at det heller ikke lenger ble mulig for meg å få til kursing av de ansatte. Nedbemanning og økt arbeidspress gikk ut over trivselen på arbeidsplassen, og sykefraværet blant alt personell var økende.

Medikamentforbruket avspeiler endringer

Fra 1984 ble medikamentell behandling dataregistrert av Norsk Medisinaldepot via det lokale apotek i definerte



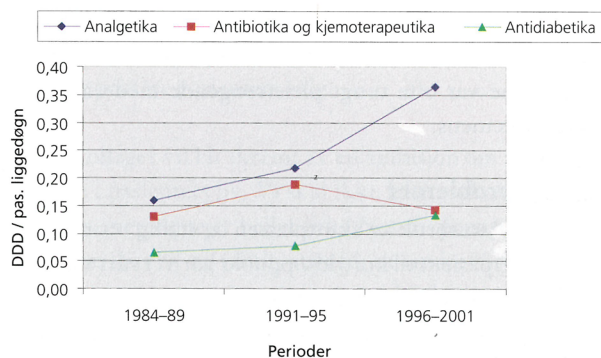
døgnoser (DDD) og kronebeløp. (Dessverre ingen registrering i 1990). Det årlige totalforbruket og forbruket av enkeltmedikamenter ble tatt med i årsmeldingene. En kunne da se utviklingen av legemiddelkostnader per liggedøgn og i prosent av totalbudsjettet. Kostnadene har i hele registreringsperioden holdt seg under 2 prosent av totalbudsjettet:

TABELL
Legemiddelkostnader (årgjennomsnitt for periodene I–III)

Perioder	Legemiddelkostn. i kr. pr. liggedøgn	Legemiddelkostn. i prosent av totalbudsjett
1984–89 (I)	10.98	1.92
1991–95 (II)	15.79	1.88
1996–2001 (III)	23.31	1.94

I løpet av disse 25 årene har det skjedd en gradvis økning i den aktive medisinske behandlingen, i tillegg en økt palliativ behandling og pleietyngde. Disse forhold illustreres med eksemplene i følgende diagram:

Medikamentforbruk 1984–2001



I de siste årene økte prevalensen av diabetes og pasienter med behov for intensiv smertebehandling. Antibiotikabruket var størst i midtre del av perioden da akuttplassen fungerte maksimalt.

Om bruk og misbruk

I retningslinjene for bruk av akuttplassen heter det at innleggelsen foretas av lege i samråd med ansvarlig sykepleier. Innleggende lege har det fulle medisinske ansvar inntil tilsynslegen har sitt regulære tilsyn. De tilstander som innlegges, skal det være medisinsk forsvarlig å behandle på primærmedisinsk nivå. Oppholdet skal være maksimalt tre døgn, og innleggende lege skal være med i «frigjøringspro-

sessen». Dette kunne fungere godt, men akutt-plassen ble også misbrukt. Det ble lagt inn pasienter med problematikk som egentlig krevde omgående innleggelse i sykehus, og å frigjøre plassen ble sykehjemets problem alene. Spille-reglene ble ikke fulgt. I årsmeldingen for 1991 står det:

Bruken av akuttinnleggelse har økt i takt med utbygging av hjemmesykepleien. Dette gjelder ofte pasienter med sykdomsproblemer som krever overvåking og aktiv medisinsk behandling. Pasientene har gjerne noe uklar sosial og medisinsk problematikk, og den medisinske utredning har ofte vært mangelfull før innleggelsen. Sykehjemmet benyttes derved til en medisinsk akutt- og utrednings-funksjon som det ikke er beregnet for. Personellet får økt arbeidsbelastning i form av overvåking og intensivbe-handling, og det er behov for svært hyppig legetilsyn. Praksis har vist et økende behov for akuttfunksjoner, men da må sykehjemmet tildeles faglig kompetanse og det ut-styr disse oppgaver fordrer. Pleiefaktoren må reguleres opp, og legetjenesten må styrkes.

Avlastningsplassene kunne også «misbrukes». I 1994 var en og samme pasient innlagt åtte ganger og to pasienter seks ganger. I årsmeldingen for dette året heter det:

Effektivitet betyr ikke det samme som kvalitet. Ønsket om maksimal ressursutnyttelse kan komme på kollisjons-kurs med myke og lite målbare verdier som trivsel, omsorg og trygghet for den enkelte pasient. Det finnes en grense her Det hevdes ofte, og kanskje med rette, at vi trenger flere institusjonsplasser til avlastnings-/korttids-formål. Hensynet til familien tilsier ofte hyppige avlast-ningsopphold, men det kan gå utover livskvaliteten til den enkelte pasient. Det å stadig skifte omgivelser og forholde seg til nye personer virker forvirrende og skaper gjerne utrygghet og angst hos pasienten.

Pasientene var ofte tungt pleietrengende med varierende grad av demens.

Etiske problemer

I tillegg til misbruk av akutt-plassen og stadig resirkulasjon av samme pasient til korttidsopphold har vi i vårt sykehjem hatt to andre underprivilegerte grupper: den unge pleie-trengende og den gamle åndsfriske, somatisk uføre pasient. I tidsrommet 1978–1992 hadde vi tre MS-pasienter: en mann på 38 år som levde i ti år og to kvinner på 32 og 35 år som levde hos oss i fire–fem år. Alle ble innlagt som rulle-stolpasienter og utviklet gradvis pareser til full pleietyngde, og de døde hos oss. Det er en skam for vårt velferdssamfunn at unge mennesker som er ute av stand til å verge seg eller gjøre anskrik, er henvist til å leve i et miljø med overveiende demente gamle mennesker. Hvilken fortvilelse og hvilken angst når fremmede personer roter omkring i rommet til den som ligger i sengen fullstendig forsvarsløs!

De åndsfriske eldre som på grunn av somatisk sykdom og funksjonshemning må tilbringe sin siste tilmålte tid blant et

flertall senil demente, lider også ofte i stillhet. I årsmelding for 1997 heter det:

I et miljø hvor 67 prosent lider av alle grader av aldersde-mens, vil det være vanskelig for åndsfriske gamle og uføre å finne trivsel i fellesskapet. Dette gjelder mennesker som på grunn av fysisk sykdom og uførhet trenger pleie og omsorg i et somatisk sykehjem. De er i sine siste leveår henvist til å leve i et lite stimulerende miljø sammen med til dels støyende og vandrende medpasienter. Enkelte kan til tider være voldelige og truende i sin adferd.

Når demens er så utbredt at det setter sitt preg på institusjon-en som helhet, er det et spørsmål om ikke åndsfriske burde få bo i atskilte boenheter. Ved påbygging av toppetasjen med 16 senger var jeg stemt for å øremerke denne for de åndsfriske, men det ble i stedet egen post for de mest utage-rende senil demente.

Sykehjemslegen – nåtid og fremtid

I løpet av disse 25 årene skjedde det altså ingen oppjustering av legens arbeidstid ved sykehjemmet, til tross for en bety-delig økning av den aktive medisinske behandlingen som fant sted i institusjonen. Fagutvalget i APLF har utarbeidet minimumstall for legetid i sykehjem som innebærer en radikal oppjustering i forhold til dagens normtall (1). Lege-foreningen gir i en utredning anbefalinger om normtall som går utover disse igjen, og som gir mulighet for etterut-danning og forskning og derved kvalitetsforbedring i det kliniske arbeidet (2). Dersom dette etter hvert får gjennom-slag, vil det utvilsomt medføre bedre kvalitet av legearbei-det i sykehjem, statusheving av virksomheten og dermed også økt rekruttering til legestillinger ved sykehjem.

Sykehjemslegen har et medisinsk sett ensomt yrke med stort personlig ansvar. Det må ofte tas avgjørelser vedrø-rende pasienter hvor det ikke finnes noen enkel fasitlø-sning. Behandling eller ikke-behandling av kompliserende pneumoni hos terminalt syke pasienter krever for eksempel grundig og helhetlig vurdering i hvert enkelt tilfelle – og det er legens ansvar. Utbygging av områdegeriatri med mu-lighet for kollegial rådgiving og assistanse i vanskelige kli-niske spørsmål bør realiseres i alle deler av landet.

Litteratur:

1. Fagutvalget i APLF. Bedre legetjeneste i sykehjem. www.lege-foreningen.no. APLFs hjemmeside 15.05.2003.
2. Juul Andersen E. Eldre var tema i møte med Stortingets sosial-komite. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1744.

Jeg takker Allmennt medisinsk forskningsutvalg for tildelt allmenn-praktikerstipend og dr. med. Mette Brekke, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, UiO for inspirerende veiledning