

Kompetansebygging i sykehjemsmedisin

AV MORTEN LAUDAL

Det synes ikke å herske tvil om at kvaliteten og omfanget av sykehjemsmedisinen bør heves. Begrunnelsene er flere:

1. Sykehjemsbeboerne får ikke godt nok medisinsk tilsyn.
2. Det er for mange unødvendige innleggelser fra sykehjem til sykehus, til ugunst for pasienter, sykehus og samfunn.
3. Sykehjemmene må forberedes til å takle flere og mer kompliserte pasienter etter hvert som demografien endres mot flere eldre.
4. Legevaktslegene kan ikke forventes å ta gode beslutninger om sykehjempasienter i så stort omfang som de nå gjør. Det kan sikkert nevnes flere.

Sykehjemslegen har flere roller:

1. (Utvidet) allmennlegetjeneste for pasientene.
2. I noen grad erstatter for spesialisthelsetjenesten for pasientene, og liasonfunksjon overfor spesialisthelsetjenesten.
3. Besitter og formidler av kunnskap i en ellers lite kunnskapstett organisasjon.
4. Eier av medisinske prosedyrer og systemer.
5. Fortolker av medisinske forhold mellom pasient, pårørende og organisasjon.
6. Bidragsyter i utviklingen, ledelsen og driften av organisasjonen.

Disse rollene krever kompetanse som ingen medisinsk spesialitet besitter eller har entydig rett til å erverve. Pasientene er riktignok ofte preget av multimorbiditet og polyfarmasi, men like lite som noen andre, kan hende heller mindre (!), bør de ha direkte tilgang til spesialist(-helsetjenesten). Det skulle i så fall bli en runddans mellom de mange spesialiteter! Vår ordning med primærlegen som første og koordinerende kontakt er hinsides all tvil knesatt som *det* fornuftige systemet. Dermed må sykehjemslegen ha rollen som allmennlege, og bør tilegne seg de kvalifikasjoner som kjennetegner allmennmedisin, spesielt i de tilfeller der sykehjemslegen i utgangspunktet innehar annen spesialitet. Dette er imidlertid ikke nok.

Klinisk kompetanse

Det er trivielt å være allmennlege for gamle, men når svært mange gamle med svekket prognose, kognisjon og moto-



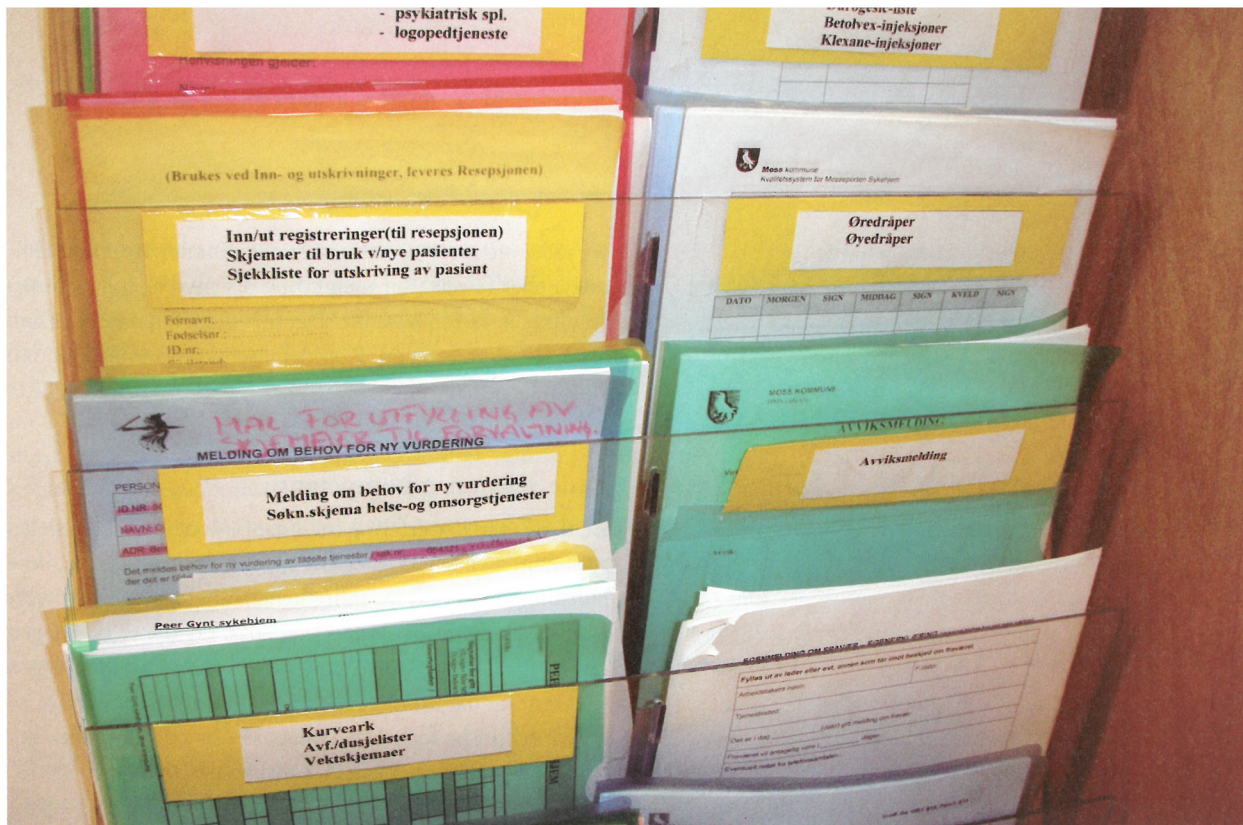
Morten Laudal

født 1953 i Oslo. Cand med Oslo 1979. Allmennlege i Sør-Varanger, Oslo og Son (fortsett). Kommuneoverlege i Vestby fra 1991. Sykehjemslege i Vestby fra 1991. Langvarig arbeid innen trygde- og sosialmedisin. Spes i samfunns- og allmennmedisin. Styremedlem NFA siden 2006.

rikk samles rundt en lege, endres forholdene. Da må det vurderes om det beste er det som vanligvis betraktes som best. Det er ikke sikkert at helt korrekt diagnostikk og behandling etter venting og ubekvem transport er bedre enn god lindring raskt. Ofte er det faktisk mye verre. Dette skyldes i hovedsak at pasientene ikke liker reising, ofte ikke erkjenner tidsbegreper og har en gjennomsnittlig forventet levealder på under to år. Oversatt til klinikk: Det er fornuftig at sykehjemslegen behersker oppstart av og kontinuering av behandling for en del sykdommer som normalt kunne vært henvist til spesialist. Noen få eksempler: Parkinsons sykdom, epileptisk anfall, hjertesvikt, kognitiv svikt, hallusinasjoner, uklare hudlidelser med kløe osv. De fleste sykehjemsleger med noe erfaring vil tilegne seg disse kunnskapene og pasienten behandles på stedet. Telefonkontakt med spesialist vil oftere være fornuftig enn i «normal» allmennlegepraksis.

Kvalitet ved livets avslutning

Uhyre sjelden skrives langtidsbeboere i sykehjem ut i live. De fleste dør i sykehjemmet. Sykehjempersonalet er vant til de fleste dødsprosesser, men mange av disse prosessene er vanskelige. Det er åpenbart at døende bør få bli i sykehjemmet, og det ligger kvalitet i dette. Det må være slik at legen og personalet til sammen har en slik kompetanse og trygghet i samhandling rundt terminalpleien, at flytting av døende pasienter blir et ekstremt unntak. Legens rolle er å understøtte de enkle situasjonene og være aktiv når det blir vanskelig. Smertelindring og annen symptomlindring er sentrale begreper, og kvalifikasjoner på dette området er uomtvistelig. Gode rutiner slik at personalet vet hva de skal og hva de kan, er sentralt. En kjent og kompetent lege må i slike situasjoner være å få tak i langt ut over normal arbeidstid.



For å sikre god behandling og oppfølging av pasienter på sykehjem, kan det være nødvendig med både et og flere skjemaer.

Medikamentell behandling

Sykehjempasienter bruker gjennomsnittlig ca. sju medikamenter hver. Dette forårsaker en betydelig sykkelighet og dødelighet. Å redusere unødig, uhensiktsmessig og skadelig medikamentbruk, er en stor utfordring. Som sykehjemslege er man ansvarlig for denne medisineringen. Behovet for kunnskap og erfaring er åpenbart.

Kvalifiserte sykehusinnleggelseser

Innleggelse i sykehus er heller ikke alltid et gode. Svært mange sykehjempasienter opplever å bli konfuse, få liggesår, sykehusinfeksjoner og behandling som ikke er tjenlig når de innlegges. Gevinsten av behandling i sykehus er ofte liten eller negativ i forhold til å bli værende i sykehjem med sykehjemslege som behandler. Dette stiller krav til å beherske en del av de normale tilstander som kunne tenkes lagt inn i sykehus. Eksempler kan være hjerteinfarkt, lungebetennelse, utredning av mulig alvorlig sykdom. Dermed må sykehjemslegen altså ta ansvar for å la være å iverksette innleggelse, henvisning, utredning og behandling. Det krever bedre kliniske kunnskaper å være trygg i denne rollen enn å handle «for sikkerhets skyld». Det er en del av kompetansen å vite at dette allikevel er best for pasienten. Når vi tar i betraktning de enorme kostnader vårt samfunn bruker til ofte meningsløse medisinske prosedyrer på befolkningens siste leveår, blir «for sikkerhets skyld»-medisinen direkte uforsvarlig. Som vi senere skal nevne, må denne kompetansen ha slike dimensjoner at også miljøet, de pårørende og pasienten oppfatter at en avventende holdning er best.

Pedagogisk kompetanse

I et sykehjem vil det for tiden være 100 eller flere ikke-leger ansatt per lege. Alle disse vil ha mer eller mindre velbegrunnede meninger om hva som er best for den enkelte pasient. Det er ikke gitt at disse meningene, heller ikke når de bæres av utdannet helsepersonell, sammenfaller med hva vedkommende sykehjemslege måtte mene. Det krever tid, arbeid, tydelighet og pedagogiske evner for å konvergere de mange meninger mot en omforent. Det innebærer også at legen må være villig til å revurdere egne synspunkter i åpen meningsbrytning med andre og at avvikende oppfatninger må tillates ytret. Alternativet til å få dette til, er et umulig arbeidsmiljø i hele organisasjonen. Sykehjemslegen må se dette som en svært viktig oppgave og aldri tape den av syne. Ikke alle liker en slik oppgave, og kanskje ikke alle kan ha den.

Systemteknisk kompetanse

Skal et sykehjem kunne drive rasjonelt og faglig forsvarlig må det finnes systemer og rutiner. Ikke bare for mottak av pasienter, tømning av søppel, renhold, innkreving av betaling for opphold og en rekke andre praktiske forhold, men også for rutinemessig laboratoriearbeid, håndtering av akutte situasjoner, hygiene og smittevern, strategier for medikamentell behandling, rutiner for tvangsbehandling, planlegging av behandlings- og utredningsforløp og mye mer. Slike rutiner må sykehjemslegen «eie». Det må gjerne være noen andre som har funnet dem opp, hentet dem fra naboen eller bidratt i etableringen, men legen må fullt og helt vite og mene og kommunisere at – ja – slik skal det være her! Avvik må kreves rapportert og håndteres. Der-

som legen ikke er tydelig på dette området, forvirrer systemet. Dersom den med størst kompetanse ikke fullt ut understøtter slikt, hvorfor skal da noen andre gjøre det? Sykehjemslegen må beherske denne rollen.

I systembyggingen er det mange hensyn som må ivaretas. Her nevnes kort etiske og juridiske forhold. Slikt er selvsagt viktig i forhold til enkeltbeslutninger også, men når systemer skal lages, bør både etikk og jus være solid konsultert. Sykehjemspasienter har varierende og ofte ikke samtykkekompetanse. Hele sykehjemmet og det som foregår der er offentlig tjenesteyting styrt av et omfattende og temmelig stramt regelverk, som sjelden har hatt de ansattes ve og vel som overordnet føring da de ble laget. Sykehjemslegen har et ansvar og en oppgave her som går langt ut over det fastleger normalt trenger å bry seg om.

Sosial kompetanse

Sykehjemspasienten er i mye mindre grad enn allmennlegens vanlige pasient et distinkt isolert vesen. Det er alltid pårørende. Pårørende har meninger, ønsker, krav og rettigheter. Alle disse sider ved pårørende kan stå i grell kontrast til hva som er fornuftig, mulig eller forsvarlig. Allikevel skal det håndteres, og helst slik at alle blir fornøyd og lokalavisen ikke får de mest uhensiktsmessige oppslag, eller fylkeslegen blir kontaktet for ofte med klager. Nå er de fleste pårørende foreløpig ganske fornøyde og greie å ha med å gjøre, men det finnes trender der ute som tyder på at kravmentaliteten som noen av oss har merket som økende, også vil komme til sykehjemmene. De få situasjoner som vi nå opplever som vanskelige, kan tenkes å øke, og uansett må de takles. Det er ikke gitt at slike oppgaver er trivielle for en sykehjemslege. Her må øvelse, erfaring og modning inn. Jeg er ikke kjent med at noen tilbyr systematisk trening på dette, og de fleste har vel gått den tunge veien uten å tenke at dette kunne vært lært et sted. Her har vi en utfordring som nok vil øke. Personlig opplevde jeg et kvantesprang den dagen jeg ble så trygg (jeg var gammel da) at jeg gikk inn i slike situasjoner uten å ha bestemt meg for hvor

Blodsukkermåling.

jeg ville, men rent mentalt være åpen for at pårørende kunne ha eller få rett. For meg kostet det mye og tok tid, men resultatene er frapperende. Det blir sjelden annerledes enn jeg synes er rimelig nå. Kompetanse i kommunikasjon om vanskelig temaer må vi ha.

Ledelsesmessig kompetanse

De fleste med noe erfaring fra organisasjoner vet at det sjefen er opptatt av blir viktig, og det sjefen ikke bryr seg om, ikke blir tillagt mye vekt av andre heller. Vi gjør det vi blir målt på. I sykehjem er det ikke annerledes. Og det er ikke legen som er sjef. Det er ikke en gang sikkert at ledelsen liker legen eller synes at medisinske forhold har så stor betydning. Da vil ikke medisinske forhold bli tillagt så stor vekt i organisasjonen, med de følger det kan få, kanskje spesielt for sykehjemslagens handlingsrom. Det kan jo hende at miljøet og trivselen er stor allikevel og at dette ikke er så farlig, men holder vi fast ved at et sykehjem er en medisinsk institusjon, og i økende grad forventes å bli nettopp det, blir det ugreit. Sykehjemslagens posisjon er ikke tydelig definert i forhold til administrasjon og ledelse i de fleste sykehjem. Det er kanskje ikke å forvente at legen blir sugd inn i varmen hos sjefen heller, til fortrensel for klinisk arbeid, som det oftest er nok av. Kompetansen viser seg der medisinske forhold og legens veloverveide synspunkter allikevel finner veien inn i organisasjonens ledelse og blir gjenstand for måling og vurdering i alle ledd. Parallellen til de detroniserte distriktsleger som i slutten av 80-årene klagde over ikke å få være med å bestemme, er slående. Mange sykehjemsleger får ikke til å posisjonere seg slik at de rutinemessig blir spurt, hørt og sett. Men dette må vi få til skal kvaliteten bli god. Og det nytter ikke å kreve plass og være arrogant. Vi må skaffe oss ledelsesmessig kompetanse, være faglig solide og trygge og by på oss selv.

Løsningene

Når kravene til kompetanse og kvalitet i sykehjemsmedisinen nå er skissert, hvordan kommer vi dit at dette blir en realitet?

For det første er det ikke sikkert at vi skal helt dit. Innen alle disipliner kan en liste opp ideelle fordringer, uten at virkeligheten alltid gjenspeiler visjonen. Selvfølgelig skal vi leve godt med dagens sykehjemsleger og deres etterfølgere med bare deler av denne kompetansen på plass i lang tid. Men vi må begynne å legge til rette.

Myndighetene

Regjeringen har satt som mål at antall årsverk for sykehjemsleger skal økes med 50 prosent ila. de nærmeste fire



til fem årene. Videre er det i de siste offentlige dokumenter om saken, tatt til orde for betydelig hevelse av kvaliteten i alders- og sykehjemsmedisin. Det er en god begynnelse. Videre er det nå bestemt at alle turnusleger skal ha tjeneste i sykehjem. Det kan spørres hvor betydningsfullt dette er, men som signal er det tydelig. Samhandlingsreformen ser ut til å innebære at mer av det arbeidet som nå utføres i sykehus, skal foregå i kommunene, og da fortrinnsvis i sykehjem. Det ligger i denne sakens natur, at det vil kreve en kvalitativ og kvantitativ opprustning av sykehjemsmedisinen av betydelige dimensjoner. Det er forespeilet at kommunene vil få økonomiske incitamentter til at så skjer. Det er svært lovende for sykehjemsmedisinen.

Legeforeningen

Legeforeningen har foreslått at sykehjemsmedisin skal bli et kompetanseområde. Det innebærer at vedkommende lege etter oppnådd spesialistkompetanse, via formell og uformell etterutdanning og krav til tjeneste og veiledning, dokumenterer kunnskaper og ferdigheter i overensstemmelse med nærmere spesifiserte krav. Omfanget er ikke tenkt å være så stort som en grenspesialitet, men et stykke på vei. Det er tenkt at flere forskjellige spesialiteter kan ligge til grunn. Det er bestemt at et utvalg fra flere fagdisipliner skal oppnevnes for å utrede saken. Forslaget er per 10. januar ikke bifalt av myndighetene, men det er grunn til å tro at så vil skje, gitt den interesse for faget som vises fra myndighetene. Dersom dette realiseres noe i nærheten av det som er tenkt, vil det bane vei for økning i kurstilbudet innen sykehjemsmedisin. Allerede er det i noen miljøer stor interesse for denne fagutviklingen, og det lanseres stadig nye og bedre kurs. Fra allmennlegene er det foreslått at sykehjemsleger bør være allmennleger med slik tilleggskompetanse og stillingsstørrelse ikke mindre enn 30–40 prosent. En slik utvikling vil bidra til at kvaliteten kan heves. Dersom vi skal realisere de ønsker som foreligger, må rammevilkårene for sykehjemsleger også bedres, men dette vil måtte foregå via forhandlinger. Med det fokus som er på feltet, burde det ligge til rette for bedring.

Sykehjemslegene – vi selv

Vi bør nok ta inn over oss at tidligere tilsynsleger som stakk innom og fikk kaffe og kake en gang i uken ikke lenger er gangbar vare. Vi må selv ta signalene fra myndighetene som krever kvalitet og kompetanse og formodentlig også fornuft i alders- og sykehjemsmedisinen. Vi må gripe ballen der den nå er og spille med. Det er mye «styringsfart» i dette feltet nå, og god anledning til å forme og påvirke rollen og faget. Hver enkelt kan med sine valg, krav og prioriteringer, bidra til at kvaliteten øker. Når en sykehjemslege



Gode rutiner for medisin håndtering er bare en av mange rutiner som må kvalitetssikres.

(det heter det nå, ikke tilsynslege!) skal ansettes, går det an å kreve forsvarlige arbeidsvilkår, med full ryggdekning i myndighetskrav. Stillingsstørrelsen må være slik at jobben kan gjøres, faget tilegnes, tilstedeværelse ut over nødvendig klinisk arbeid påregnes, og romslig tid til ubunden arbeidstid, slik at telefontilgjengelighet sikres og honoreres. Videre må utstyr og fasiliteter foreligge, slik at jobben kan gjøres ordentlig. Likedan må det legges til rette for at fastlegepraksis kan drives forsvarlig ved siden av. Ved at jobben krever tilstedeværelse på sykehjemmet mer enn en av ukens dager, vil omfanget bli så pass at det blir ubekvent ikke å følge med i fagutviklingen. Dermed vil rent strukturelle forhold bidra til at sykehjemslegene får lyst til å utvikle seg faglig. Ved at den ulykksalige 7,5-timersregelen i dette scenarioet ikke har relevans, vil lønnsforhold også måtte forhandles, ikke dikteres. Og til alle dere som ikke kan forstå at sykehjemsmedisin er noen ønskelig aktivitet: Flott. Dere skal selvsagt gjøre noe annet, men med den skisserte utviklingen, vil jobben bli interessant og fokuset både politisk og i offentlig debatt. Utviklingen mot bedre kompetanse og høyere kvalitet er uomgjengelig. Fastlegevirksomheten scorer nå høyest i rekken av alle offentlige tjenester. Det er nesten ikke mulig å bli bedre (nå ja...). Men innenfor alders- og sykehjemsmedisin vil det måtte komme et merkbart løft de nærmeste årene. Hiv dere med!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
morten.laudal@bluezone.no