

To gode grunner til å unngå akuttinnleggelses i sykehjem

■ MORTEN LAUDAL *fastlege og sykehjemslege i Vestby*

Jeg har gleden av å være både fastlege og sykehjemslege. Tidvis er det fristende å benytte posisjonen til å legge inn pasienter direkte i sykehjemmet. Meget sterke politiske føringer, som tildels er på trappene til å bli forskrifts- og avtalefestet, sier at dette er noe det må bli mer av i tiden fremover. Det er kamouflert under begrepet «samhandling», hvilket det jo faktisk ikke er, snarere det motsatte. Nylig hadde jeg anledning til å reflektere over dette for to av mine gamle pasienter med mange kroniske sykdommer. Det var dessverre fullt på sykehjemmet. «Han» ville det vært naturlig å legge inn litt tidligere enn det planlagte korttidsoppholdet da han ble dårlig. «Henne» var det naturlig å legge inn etter som hun helt nylig hadde vært på sykehus, og man regnet med at diagnosen var avklart da hun igjen ble syk og ikke klarte seg. Jeg skal redigjøre for dem begge.

Kasuistikk «han»

«Han» er 82 år og nyretransplantert pga nefrosklerose. Han har atrieflimmer, hjertesvikt og tidvis pleuraeksudat som har vært tappet med normale cytologiske funn. Dessuten har han premaligne hudkeratoser og myriader av kontroller hos 3.-linjehelsetjeneste. Dermatolog, kardiolog og nefrolog kommuniserer ikke med hverandre, men tidvis haltende gjennom meg. Det finnes 75 epikriser i min journal fra de siste 10 år. Han er medisinert ganske rasjonelt og kontrollerer INR regelmessig. Han har skrantet en del de siste månedene og ba nylig om å få komme på sykehjemmet en tur fordi kona var sliten. Dette ble innvilget. Noen dager før oppholdet ringte kona og fortalte at han var blitt tung i pusten. Få dager etter telefonen til meg orket han ikke å stå opp og komme på kontoret fordi pusten var så dårlig. «Perfekt for innleggelse i sykehjem», tenkte jeg.

Kasuistikk «henne»

«Hun» er 89 år og har massiv familiebelastning for arteriosklerotisk sykdom. Journalen inneholder 40 epikriser datert etter 2000. Hun er operert for oblitererende arteriosklerose i låret allerede på 80-tallet og i -00. Hun har angina pectoris, diabetes type 2, DVT x 2, TIA, hypertensjon, nyresvikt, hyperkolesterolemi og for noen år siden quadricepsruptur. Hun ble operert og trent seg opp og hun har fungert aldeles utmerket med brukbart intellekt i egen omsorgsbolig. Hun går stadig tur med rullator og er til månedlig konsultasjon for diverse samt INR-kontroll hos meg. Marevan har vært kontinuert i det uendelige pga massiv risiko.

To måneder før det aktuelle steg INR uforståelig til over fem. Det var den fortsatt noen uker senere til tross for justering, da hun ble allment dårlig med vondt over hele seg og økende CRP til over 200. Jeg forsto ikke hva dette var og seponerte Marevan, behandlet resultatløst med antibiotika i to forskjellige former for mistenkt infeksjon uten kjent fokus, og la henne inn i sykehus etter en uke. Der ble hun funnet å ha gastorintestinal-blødning med Hb på 7-tallet. Hun ble skopert fullstendig i begge ender uten funn av blødningsfokus, men funn av divertikler i colon. Hun ble transfundert og forsøkt prednisonbehandlet pga mistenkt polymyalgi. Det var det ikke. CRP falt og sykehuset mistenkte ikke infeksjon – hun ble hjemskrevet i ganske dårlig forfatning.

Få dager etter utskrivelsen kom hun innom legevakten med mistenkt hjertesvikt og ble behandlet med Diural i tillegg til Burinex (!). Dagen etter er jeg på sykebesøk og skriver:

«Slapp, sover mye, dør. Blek, klinisk anemisk. Vil ikke på sykehus, bør på sykehjem. Ikke tegn til hjertesvikt i form av funn over lunger, ødem eller venestuvning. Vondt i magen, blødning pr rectum. Skopert til 80 prosent av colon uten funn. Mye smerter, effekt av Voltaren, som jo ikke er så lurt. Fortsetter allikevel og forsøker å få henne inn i sykehjem. Prøver å få målt Hb i løpet av et par dager.»

Hb ble målt til 11,2. Både jeg og pårørende var enige om at løpet syntes å være kjørt. Dette kom neppe til å gå bra, men det var greit. Sykehjem fremsto som ideelt.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Utgangspunktet

Vi har her med to multisyke gamle pasienter å gjøre. Begge er ganske typiske, med et mangfold av diagnoser, mange involverte spesialister og sykelige tilstander som til dels er forårsaket av behandlingen av de andre tilstandene. På et tidspunkt glir det over i det uetiske å piske organspesialistene til å utforske dem enda mer. Fred, god pleie og skipperkjønn fra sykehjemslege er kanskje bedre. Disse to pasientene mente jeg hadde moderat dårlig prognose, han noe bedre prognose enn henne. Begge ville blitt lagt inn i sykehjemmet primært, dersom jeg hadde funnet plass til dem. Det fant jeg ikke.

Resultatet

«Han» måtte tas hånd om, og jeg la ham inn pr telefon. På sykehuset fant de en sannsynlig pneumoni, men også pleuravæske og en nyttilkommen sannsynlig malign skygge på rtg thorax, samt stor glandel i mediastinum. Han ble ikke utredet videre. Det kom oppvekst i blodkultur og antibiotika-behandlingen ble endret. Han frisknet til og ble overført til sykehjemmet etter nesten tre ukers opphold. På sykehjemmet skrantet han. Det virket som om han hadde gitt opp. Han ville ikke stå opp, ville ikke spise og var stort sett negativ til alt, også til egen prognose. Vi skjønte etter hvert at dette gikk dårlig. Han fikk, sannsynligvis pga sepsisbehandlingen, svær soppinfeksjon i øvre gastrointestinal-traktus, som vi knapt rakk å behandle før han døde etter to uker. Vi drøftet situasjonen nøye med pårørende flere ganger underveis og var enige om at det ikke var hensiktsmessig å satse ut over palliasjon. Pårørende var informert om at han sannsynligvis hadde kreft i lungene.

«Hun» mente jeg kunne klare seg hjemme inntil det ble ledig på sykehjemmet. Pårørende var enige og skulle bli hos henne. Første natt ble hun urolig og forvirret. De dro til legevakt med henne, og hun ble lagt inn i sykehus. Der ble hun behandlet for nyresvikt og en kraftig urinveisinfeksjon, med bredspektret intravenøs antibiotika. Hun kom seg og ble utskrevet til sykehjemmet. Etter 14 dager på sykehjemmet er hun i sin habitualtilstand og reiser hjem.

Diskusjon

For begge disse pasientene har sykehusoppholdet, som jeg mente var unødvendig, utgjort en vesentlig forskjell. «Han» fikk en diagnose som gjorde at det ble lett å akseptere forløpet, som sannsynligvis var gitt. Uten sykehusopphold ville det vært svært ugreit å se på en mann som nettopp hadde vært ganske frisk, dø i løpet av kort tid uten å skjønne hvorfor. Med diagnosen ble det avklart, fredelig og forståelig. Direkte innleggelse i sykehjem som fører til uforklarte, om enn



«korrekte» dødsfall, skal vi ikke ha for mange av før tiltaket kommer i miskreditt.

«Hun» ville sannsynligvis risikert å ikke bli behandlet for sin infeksjon, dersom hun var blitt lagt rett inn i sykehjemmet. Det ville nok gitt oss med tro på dårlig prognose, rett. Et evt dødsfall ville vært akseptert, og ingen ville vært klandret, men det ville altså vært et helt unødvendig dødsfall. «Hun» har nå en prognose som er vesentlig bedre enn den har vært på mange måneder, selv om sykehistorien og alderen selvsagt setter noen begrensninger.

Jeg synes ikke at disse innleggelsene bekrefter på noen urovekkende måte at mye helseressurser brukes i pasientens siste leveår. Det er temmelig klart at vi er mest syke rett før vi dør, og at dette må håndteres. Unnlattelse av å utrede lungefunnet videre, ser jeg som et kvalitetstejn fra sykehuset. Behandlingen av urinveisinfeksjonen kan neppe sies å være overbehandling. Pasienter som er skrøpelige, og for hvem undersøkelser og utredning vil fremstå som uforståelig, plagsomt og på grensen av etisk forsvarlig, skal få være

i fred. Slike pasienter vil vi ofte finne i sykehjemmene. Jeg er ikke tilhenger av å legge pasienter inn i sykehus fra sykehjem før det er overbevisende sannsynlig at de vil tjene på det, hvilket de ofte ikke gjør. Men en tur innom sykehus før sykehjemmet, for å gjøre diagnostikk i et miljø som har nødvendige diagnostiske ressurser, synes jeg er på sin plass. I hvert fall for pasienter som får en akutt forverring. Å diagnostisere og vurdere forverring hos multisyke, er nok noe av det vanskeligste vi kan drive med. Drevne sykehjemsleger kan mye om det, men det hjelper svært mye med et godt utgangspunkt fra sykehusdiagnostikken.

Jeg mener disse to pasientene belyser dilemmaene ved direkte innleggelse i sykehjem. De bør nok bli få, og forbeholdt pasienter med avklart diagnose og behandling? Det politiske budskap er neppe godt faglig forankret.

 morten.laudal@bluezone.no