

# Kasuistikk fra sykehjem

■ KARIN BRECKAN

Fastlege og sykehjemslege, gruppeveileder for turnusleger i kommunehelsetjenesten, Alstad legesenter, Bodø

■ HILDE TOMASLI • Turnuslege

Som gruppeveileder for ferske turnusleger, har jeg det privilegium å få møte nyutdannende kolleger med hodet fullt av siste nytt på de store kunnskapsfeltene som vårt fag omfatter, de fleste med stor entusiasme for nettopp ervervede smakebiter av praksis innen indremedisin og kirurgi fra turnustiden på sykehus. I kommunehelsetjenesten kommer de ut i en ganske annen virkelighet: overlatt mer eller mindre alene med pasientene, med varierende gard av støtte fra veileder.

I løpet av halvåret i kommunehelsetjenesten møtes vi tre ganger. I disse møtene legges det stor vekt på utveksling av erfaringer fra praksisfeltet og refleksjon rundt det de opplever. Et av kravene for godkjenning av denne delen av turnustjenesten, er at kandidaten skal ha gjennomført minimum 10

dagers tjeneste som sykehjemslege med veiledning. Min erfaring er at denne delen av tjenesten svært ofte blir omtalt som noe av det mest krevende de utsettes for i løpet halvåret i kommunehelsetjenesten. Veiledningen beskrives ofte som mangelfull og i praksis må turnuslegen ta vanskelige medi-

sinske beslutninger helt på egen hånd. Dette beskrives som krevende og ofte som en situasjon som utfordrer dem i ytterkant av det de føler akseptabelt og komfortabelt. Jeg lar meg likevel imponere over den grundighet og dyktighet som utvises av enkelte, og vil referere en kasuistikk (se under):

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



## Bakgrunn

88 år gammel sykehjemsbeboer med kjent hypertensjon, insulinbehandlet diabetes mellitus type 2 og to cerebrale infarkter. Første hjerneinfarkt hadde han i 2001 med sequele i form av venstresidig hemiparese. Nytt hjerneinfarkt i 2011 med sequele i form av afasi, dysfagi og høyresidig parese. Som følge av dette kommuniserte pasienten med blikk, håndtrykk og enkelte ord. Grunnet ernæringsvansker ble han initialt ernært via nasogastrisk sonde som etter hvert ble erstattet av PEG pga ubehag hos pasienten.

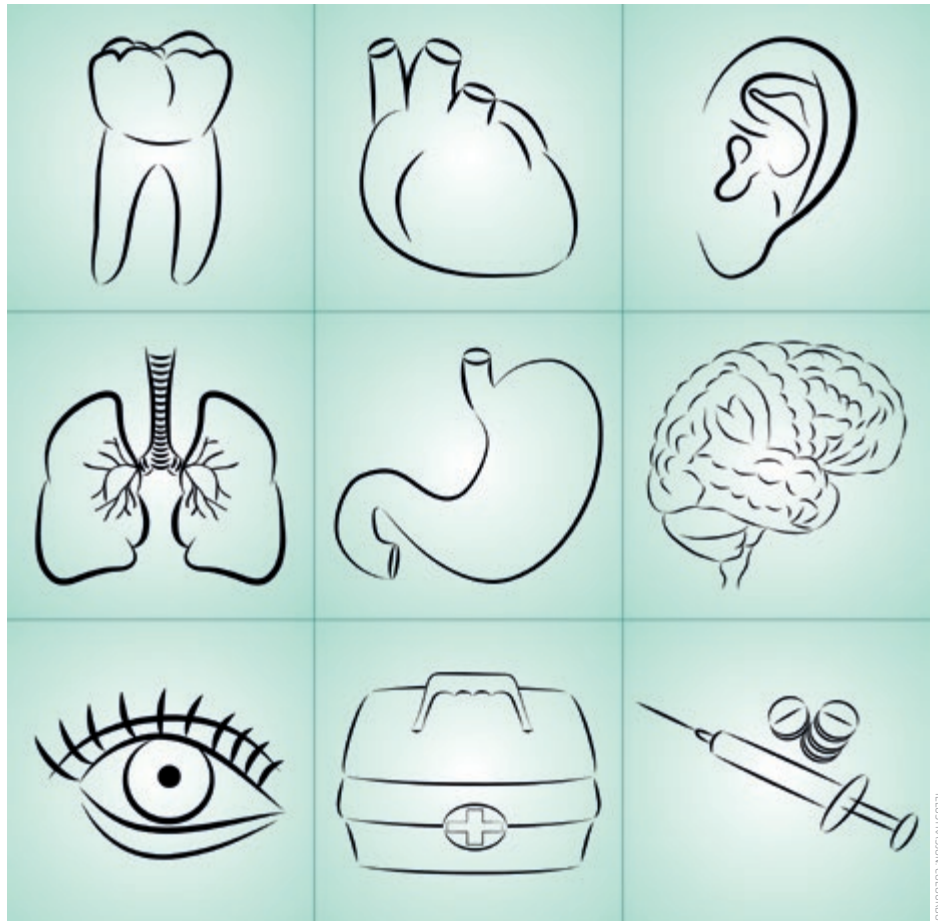
## Aktuelt

Grunnet pasientens situasjon hadde man på sykehjemmet jevnlig samtaler med pårørende. Pasienten gav stadig uttrykk for ubehag i forbindelse med måltid på PEG, og kastet tidvis opp etter måltidene. Sykehjemmet forsøkte å løse dette ved å gi mindre og hyppigere måltider samt gi kvalmestillende medikamenter ved behov.

Pasientens generelle helsetilstand forverret seg gradvis. Grunnet kontrakturer

Kasuistikken viser på en god måte hvordan legen må evne å resonnerer medisinsk-faglig ut fra den klinisk svært sammensatte problemstillingen: flere uheldelige sykdomstilstander som henger sammen og gjensidig påvirker hverandre, samtidig som forverring gradvis inntreer og pasienten er ute av stand til å uttrykke egen vilje på annet vis enn via kroppsspråk som er sterkt svekket, men likevel gir uttrykk for protest mot deler av behandling som gis, særlig ernæring via PEG. De etiske utfordringene for sykehjemslegen er store: hensynet til pasient og pårørende, holdningen hos pleierne som har den daglige omsorgens for pasienten – alt skal forenes til en konklusjon som legen kan stå inne for, så vel medisinsk-faglig som etisk. Livets avslutning er lite vektlagt som tema i undervisningen av legestudenter. Turnuslegers tjeneste i sykehjem kan derfor bli et svært krevende møte med en naturlig del av livet som de er lite forberedt på. Sykehjemsmedisin som fag bør derfor styrkes i grunnutdanningen.

Kasuistikken er også en god påminner om at samtlige helseforetak har klinisk etisk komite (KEK) som vurderer innmeldte problemstillinger knyttet til pasienter som er i sykehus. Komiteen kan også kontaktes for pasienter i primærhelsetjenesten, som i dette eksemplet, der problemstillingen er assosiert med behandling som har vært gitt i sykehus.



■ KBRECKAN@ONLINE.NO

hadde han mye smerter. Det ble utfordrende å gi tilstrekkelig smertelindring. Han brukte både smertepaster (Norspan) og Paracet fast i tillegg til Oxynorm ved behov. Han gav likevel uttrykk for smerter, spesielt i forbindelse med stell, der det hendte at han gråt med tårer. Han utviklet også et sacralt liggesår. Til tross for trykkavlastning og sårstell, økte såret i omfang. Kontrakturene gjorde det vanskelig å få til god avlastning da han var sengeliggende hele dagen og fikk smerter ved forflytning. Det tilkom etterhvert antydning til flere begynnende liggesår i skulderregionen og på en hæl.

Pasienten hadde insulinbehandlet diabetes og den siste tiden, hadde blodsukkerverdiene vært betydelig forhøyet. Dette medførte hyppige blodsuktermålinger og pasienten gav uttrykk for ubehag ved blodprøvetaking. Hans munnhigiene ble dårligere da han puster med åpen munn og det utviklet seg etter hvert skorper på tungen. Under stell forsøkte pleierne å fjerne disse, men pasienten nektet gjentatte gange å

åpne munnen. Ved en episode aspirerte han sannsynligvis noe av dette belegget og fikk pustevansker. Han ble behandlet med saltvannsløsning på forstøver og kom seg etter dette.

Under legevistittene formidlet sykepleierne at de syntes det var vanskelig å gi pasienten god pleie. Flere sykepleiere oppfattet at pasienten ikke ønsket å få sondemat. Dette begrunnet de med at han flere ganger dyttet vekk personell når de kom for å koble til sondeernæringen. Sykepleierne gav uttrykk for at de syntes det var etisk vanskelig å utføre mating på sonde og stell når pasienten gav uttrykk for sterkt ubehag. De oppfattet at vi forlenget en lidelse der det ikke var utsikt til bedring. Ved sykehjemmet var det fra tidligere etter samtale med pårørende besluttet å sette HLR minus og at pasienten ikke skulle behandles med antibiotika dersom han utviklet infeksjoner.

Som fersk turnuslege i distrikt var møtet med denne pasienten utfordrende. Det var mange aspekter ved pasienten og hans sykdomsforløp som gjorde at det å skulle av-

gjøre om man skulle slutte med ernæring via PEG var vanskelig. Sykehuset hadde besluttet at pasienten skulle få anlagt PEG i 2011, og jeg oppfattet ikke at det hadde skjedd en drastisk forverring av pasientens allmenntilstand den siste tid. Men pasienten hadde over tid hatt store plager og sannsynligvis ingen god livskvalitet.

Jeg tok kontakt med klinisk etisk komite på sykehuset og ble invitert til å komme til neste planlagte møte for å fremlegge kasuistikken og få belyst de etiske utfordringene som var knyttet til denne. Der ble jeg godt tatt i mot og fikk belyst flere aspekter ved saken både fra helsepersonell, jurist og prest. De fattet sammen en konklusjon og kunne gi meg råd til hvordan jeg kunne håndtere saken videre. Medlemmene i komiteen var alle enige om at pasienten var i en palliativ setting og at det ikke hadde vært feil å avslutte med ernæring via PEG.

Det ble ikke nødvendig å ta noen endelig beslutning om å avslutte behandlingen med PEG, da pasienten døde kort tid før møtet i klinisk etisk komite.