

Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet



Kommentar
og debatt

Sykehjemmene i Norge har nesten tre ganger så mange senger som de somatiske sykehusene og er en viktig arbeidsplass. Hvert enkelt sykehjem må bygge opp en kultur som preger institusjonen på godt eller vondt.

Legen kan ha en nøkkelrolle i denne kulturbyggingen, og i denne kronikken drøfter jeg de forskjellige elementene i kulturen. Legen kan velge mellom to roller: Enten å stå på siden av institusjonen og begrense seg til medisinsk tilsyn med pasientene eller å gå inn i de enkelte elementene og være med på å skape kulturen. Jeg argumenterer for at det siste er en langt nyttigere og mer givende rolle.

Enhver institusjon har sin egen kultur. Den er spesielt tydelig og viktig i helsetjenestens institusjoner. Kulturen preger både personalet og pasientene på godt eller vondt. Den preger rutiner, holdninger og vaner. Den preger også arbeidsmiljøet – hvordan personalet møter hverandre, og den preger deres møte med pasienter og pårørende. Den sitter i veggene, henger i luften og viser seg i personalets humør, arbeidsglede og «spirit».

Den besøkende har ikke vært mange minutter innenfor dørene før hun merker kulturen på utallige små trekk: Er det rent her, blir jeg møtt på en vennlig måte, hvordan er ansiktsuttrykk og kroppsspråk hos personalet, føler jeg meg velkommen? Er det en institusjon i fremgang eller forfall? Får jeg lyst til å komme igjen? Vil jeg ha moren min her?

Kulturen krever fellesskap, samarbeid, samhold og bevisst ledelse. Den må bygges opp over år, og den må dyrkes med omtanke og kjærlighet av ledere som har grønne fingrer og sans for menneskelig vekst.

Sykehusene kan – iallfall i noen grad – overleve på teknologi og effektivitet. Men sykehjemmene er avhengige av sin kultur og blir bedømt etter den.

Legen er tilsatt ved sykehjemmet som én av mange. Legen har ingen lederfunksjon, og tittelen «tilsynslege» antyder at legen ikke har noe eget ansvar for institusjonens drift og kultur, legen fører bare «tilsyn» med pasientene.

Jeg mener at dette synet er helt feil. Legen har tvert imot en avgjørende innflytelse på hele sykehjemmet og den kulturen som preger det. Grunnen er at legens arbeid, vurde-

Peter F. Hjørt
Bjerkåsen 32
1356 Blommenholm

ringer og holdninger er grunnleggende for driften. I denne kronikken begrunner jeg dette synet og diskuterer hvordan legen kan påvirke og bidra til å forme kulturen i sykehjemmet.

Møte pasienten

Begrepene «beboer» og «bruker» er blitt moderne og har fortrent det gamle begrepet «pasient» i offentlige utredninger (1) og ved mange sykehjem. Hensikten har vært god, for disse nye ordene skulle understreke beboernes autonomi og at sykehjemmet skal være et hjem for beboerne og ikke en kald institusjon. Jeg foretrekker likevel det gamle ordet pasient (dvs. en som lider), fordi alle beboerne er syke og som regel i livets siste del. Det understreker også at beboerne ikke først og fremst kommer for å få hjemmekos, men for å få pleie, behandling og omsorg. Ordet pasient presiserer også legens ansvar.

Legen er en viktig person for pasientene, ikke sjelden den aller viktigste, og det første møtet skjer kort etter innleggelsen. Det er avgjørende at pasienten føler seg møtt og forstått. Det ligger i legens vesen og holdninger, men også i rent praktiske forhold: Setter legen seg ned, hilser, presenterer seg, får øyekontakt og viser tydelig at møtet er viktig, også for legen selv? Den beste oppskriften har jeg funnet hos den romerske keiser Marcus Aurelius. Da han døde, ca. 170 e.Kr., ble manuskriptet til boken *Til meg selv* (2) funnet, og her sier han: «Tren deg opp til å høre på det en annen sier med udelte oppmerksomhet, og sett deg inn i den talendes personlighet så vidt det er mulig.» De tre ordene «med udelte oppmerksomhet» er grunnleggende, og de gjelder alle pasienter, også demente. Hvis pasienten føler seg møtt, er det lagt et godt grunnlag for alt som følger senere. Føler pasienten seg ikke møtt, er det nesten uopprettelig.

Møte pårørende

De pårørende er pasientens viktigste ressurs. De møter som regel sykehjemmet med blandede følelser. Dels er de taknemlige over at sykehjemmet nå overtar et ansvar som har ligget tungt på dem, dels er de bekymret for

at det kanskje ikke blir godt nok for den gamle, og dels har de nesten alltid dårlig samvittighet over at de nå sender den gamle på sykehjem. Disse følelsene gjør at legens møte med dem kan være spesielt vanskelig, og mistenksomhet og aggresjon ligger ofte i luften. Sykehjemmene har på sin side ofte lite toleranse for de pårørende og deres krav, og det skal ikke mye til før de pårørende får merkelappen «vanskelige pårørende». Den merkelappen går aldri bort.

Legens møte med dem er ofte helt avgjørende: Føler de seg møtt og hører legen på dem med interesse og forståelse? Tar legen seg tid til å forklare og begrunne sine synspunkter? En klok lege tar ofte selv initiativet til å snakke med de pårørende. Det er nesten flaut hvor takknemlige de blir for det.

Pårørende som er leger kan være spesielt vanskelige å takle på en god måte, og sykehjemslegen bør lytte grundig til dem.

Møte personalet

Det er mange ansatte i et sykehjem. Mange av dem arbeider deltid, og det er ofte stor sirkulasjon blant de ansatte. Det er viktig at legen møter personalet med anerkjennelse og respekt, at han forsøker å huske navn og at han aktivt lytter til deres synspunkter. Mer enn én gang har jeg opplevd at unge pleiemedhjelperes observasjoner har vært viktige.

Jeg vil også nevne at jeg som pårørende til en alvorlig syk kone fikk stor respekt for hjelpepleierne.

Diagnostikk

Sykehjemspatienten har nesten alltid flere kroniske sykdommer. Mer enn én gang har jeg opplevd at sykepleierne forsiktig har spurt: «Vet vi egentlig hva som feiler henne?» Ikke sjelden avviser sykehus søknader om undersøkelser, f.eks. gastroskopi, «fordi undersøkelsen ikke får noen terapeutiske konsekvenser» hos et så gammelt menneske. Jeg er uenig i dette synet, dels fordi det er vanskelig å vurdere konsekvensene av en undersøkelse før man vet resultatet, dels fordi en fullstendig diagnose er grunnlaget for all behandling og pleie, og dels fordi det er en menneskerett – også for gamle – å få en fullstendig diagnose. Dessuten påvirker diagnosen både personalets og de pårørendes atferd. F.eks. spiller det stor rolle om en pasient er dement pga. Alzheimers sykdom eller pga. en hjernesvulst. Diagnostikken er derfor en viktig del av sykehjemets kultur. Den viser om sykehjemmet tar pasientene på alvor.

Det er selvfølgelig grenser for diagnostikk, og man bør ha meget sterke grunner for å utsette pasientene for plagsomme eller risikable undersøkelser.

Behandling

Sykehjemspatientene har nesten alltid flere kroniske sykdommer og får ofte mange medikamenter. Det øker faren for bivirkninger, og legen står ofte overfor vanskelige avgjø-

relser. Det kan være rimelig å seponere medikamenter som pasienter har brukt lenge, og det kan være vanskelig å få pasientene med på det. Pasienter som kommer fra sykehjem, har ofte med seg mange medisiner, og sykehjemslegen føler ofte behov for å sanere listen. Det er velkjent at sovemidler, beroligende midler og smertestillende midler øker risikoen for fall, og derfor er det viktig å være forsiktig med slike medikamenter. Ikke sjelden er det behov for kirurgisk behandling, og alder alene er som regel ingen kontraindikasjon.

Over tid bygger det seg opp en behandlingskultur i sykehjemmet. Med skiftende leger kan det bli konkurrerende kulturer. Det er viktig at sykehjemslegen tar et samlet grep for all behandling og samarbeid med tilsynsfarmasøyten og sykepleierne om den delen av kulturen.

Mat, drikke og måltider

God mat og trivelige måltider er en svært viktig del av kulturen. Noen pasienter spiser og drikker mindre og mindre mot slutten av livet, og de blir stadig tynnere. Det kan skyldes vantrivsel eller et uheldig opplegg for måltidene, men kan også skyldes at pasienten har gått inn i sluttfasen. Av og til kan slike pasienter bli ekstremt tynne («muselmenn») (3). Erfaringen er at de likevel ikke lider av sult og tørst. Det er paradoksalt at vi som leger ikke anerkjenner begrepet naturlig død, fordi døden alltid skal ha en årsak og en diagnose. Naturlig død er imidlertid ikke sjelden på sykehjem, og stadig mindre mat og drikke er et ledd i den naturlige dødsprosessen. Disse pasientene er selvfølgelig en stor bekymring både for personalet og pårørende. Legen må engasjere seg i disse pasientene, utrede dem og ta ledelse og ansvar i sluttfasen. Spørsmålet om intravenøs væskebehandling kan komme og kan bli meget vanskelig. Som regel er det ikke rimelig å starte slik behandling.

Pleie og omsorg

Pleien er selvfølgelig sykepleiernes ansvar, men uerfarne pleiere kan trenge råd og støtte fra legen, f.eks. om sårbehandling, munnstell, obstipasjon og trykksår. Spesielt i sluttfasen er teamarbeid viktig.

Kvaliteten på pleien bidrar vesentlig til sykehjemets renommé.

Rehabilitering

Målet med rehabiliteringen er å gjenvinne funksjon, og mange sykehjem får innlagt pasienter til korttids rehabilitering, f.eks. etter lårhalsbrudd. Dette er en viktig oppgave, og sykehjemmet må bygge opp kompetanse, ressurser (spesielt fysioterapi) og rutiner for dette. Legen er en del av rehabiliteringsteamet og må bidra med sine kunnskaper. Disse erfaringene kommer også langtidspatientene til gode, for det er viktig for dem å opprettholde funksjoner så lenge som mulig. F.eks. er enkel styrketrening viktig for å be-

vare gangfunksjonen. Derfor er samarbeidet med fysioterapeut viktig.

Dødspleie

Ca. 37% av dem som dør i Norge, dør i sykehjem (1), og denne andelen har vært stigende de siste 20 år. Jeg tror at denne andelen vil fortsette å stige, fordi de travle og effektiviserte sykehusene vil egne seg dårligere for dødspleie. I fremtiden tror jeg det er rimelig å lage små hospice-enheter på noen sykehjem, slik det f.eks. er gjort i Øvre Eiker kommune (4).

Det er fire viktige mål i dødspleien:

- God lindrende behandling for alle plager
- God sykepleie
- God menneskelig omsorg for pasient og pårørende
- God sjelelig omsorg for pasient og pårørende.

Dødspleien er nesten enda viktigere for de pårørende enn for den døende, for de skal leve videre med minnene om det som foregikk. For de pårørende er det faktisk «et liv etter døden». God dødspleie er selve hjørnesteinen i kulturbyggingen på sykehjemmet. Derfor er det viktig at sykehjemslegen skaffer seg kompetanse og erfaring (5) og bygger opp det nødvendige teamarbeid på sykehjemmet. Det er viktig å understreke at det er legen som har ansvaret for dødspleien. Samarbeidet med presten er også viktig.

Avlastning og korttidsopphold

Sykehjemmet bør ha kapasitet til å ta imot korttidspatienter, men praktisk erfaring viser at disse pasientene ofte blir permanente, fordi det er så vanskelig å få skrevet dem ut. Det er lettere å lykkes med dette vanskelige arbeidet hvis sykehjemmet organiserer et nært samarbeid med hjemmesykepleien. Det er viktig å lage en plan for oppholdet på forhånd og sikre at alle parter er enige i planen.

Dagsenter

Mange sykehjem har dagsenter for hjemmeboende brukere med fysiske og/eller mentale lidelser. De hentes og bringes fra en til fem dager i uken. Dette er et viktig tilbud både for den enkelte bruker og for de pårørende. Legen må skrive en fullstendig journal for alle brukerne og være tilgjengelig for oppfølging.

Det er viktig at dagsenteret drives godt, for det blir ofte sykehjemets utstillingsvindu. Dessuten kan et godt dagsenter utsette permanent innleggelse i sykehjemmet og bidra til å holde motet oppe hos de pårørende.

Skader

Skader er hyppig på sykehjemmene, og det forebyggende arbeid er både viktig og vanskelig. Alle skader bør registreres, med overveielse om årsak. Med mellomrom bør staben drøfte problemet for å finne frem til forebyggende tiltak.

Uheldige hendelser

Slike hendelser er definert som et uønsket og utilsiktet resultat av undersøkelser, behandling og pleie (6), f.eks. skader eller legemiddelfeil. Det er viktig å ha gode rutiner som skal forebygge slike hendelser, men det er umulig å sikre seg hundre prosent. Slike hendelser må håndteres på en åpen og ærlig måte uten forsøk på å skjule noe for pasient og pårørende. Dette er en viktig del av kulturen på sykehjemmet, og legen bør engasjere seg når de hender. Hvis det er begått feil, må hendelsen drøftes, og personalet trenger ofte hjelp og støtte.

Rettsvern

Pasientene har et lovbestemt krav på rettsvern. Tvangsbehandling er ikke tillatt, men reiser ofte problemer og konflikter på sykehjemmet: Hva er f.eks. mest humant – la være å bade eller dusje en pasient som motsetter seg det, fysisk tvang eller 10 mg valium? Slike konflikter er ikke sjeldne. De er i prinsippet uløselige, men må likevel få en løsning i praksis. En klok lege kan spille en avgjørende rolle i dette problemfeltet.

Journal

Legen er ansvarlig for sykehjemmets journaler. Det er viktig at de er fullstendige, oppdaterte og gode. De bør leses av alt personale, og derfor bør de beskrive både sykdommene og personen. Journalene skal oppdateres minst én gang årlig, og det bør lages notater om alle viktige hendelser. Journalene er et mål på kvaliteten i legearbeidet ved sykehjemmet.

Intern undervisning

Legen bør delta i denne undervisningen ved sykehjemmet. Det er rimelig å drive både enkel klinisk undervisning om de viktigste sykdommene og deres behandling og å ta opp spesielle problemer. Undervisningen er en viktig kulturell påvirkning på personalet.

Vaktordning

Legene har arbeidsavtaler med sykehjemmet, men de inkluderer sjelden en vaktordning. Mange sykehjemsleger har imidlertid en avtale om at sykehjemmet alltid først ringer sykehjemslegen. Det er rasjonelt, fordi sykehjemslegen – som kjenner både pasientene og personalet – ofte kan løse problemet i telefonen eller ev. ved et kort besøk. Alternativet er legevakten, og da ender det ofte med innleggelse i sykehus, noe pasientene ofte ikke er tjent med.

Ressurser og bemanning

Ett av de vanskeligste spørsmålene på sykehjemmet er knyttet til bemanning og ressurser. Ikke sjelden er bemanningen for lav, spesielt om nettene og i helgene, og legens lojalitet settes på prøve. Skal den gå først og fremst til ledelsen og byråkratiet eller til pasienter og pleiere? Legen må ofte overveie slike konflikter og engasjere seg.

Konklusjon

Kulturen i sykehjemmet er viktig for pasienter, pårørende og personell. Målene er høy faglig og profesjonell kvalitet, trivsel for alle og et godt omdømme i befolkningen. Disse målene henger nær sammen.

Legen kan velge mellom to roller. Den ene rollen er å stå på siden av sykehjemmets organisasjon og begrense seg til medisinsk tilsyn. I praksis kan det bety at legen begrenser seg til å fornye resepter. Den andre rollen er å engasjere seg som en aktiv medspiller og premissleverandør i den samlede driften av sykehjemmet. Jeg mener at det er denne rollen legen bør tilstrebe, og jeg har forsøkt å vise at legen kan ha stor innflytelse på de fleste av de oppgavene jeg har nevnt. Betingelsen er at legen føler seg som medlem av teamet og medansvarlig for kulturen og dermed for sykehjemmets omdømme. Dette krever engasjement og lang fartstid i sykehjemmet, ofte år. Til gjengjeld får legen del i en spesiell og givende arbeidsplass og møter stor takknemlighet fra pasienter og pårørende og stor anerkjennelse fra personell og befolkning.

Litteratur

1. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
2. Marcus Aurelius. Til meg selv. Oslo: Grøndahl Dreyer, 1997.
3. Løken AC, Hjort PF, Anker-Nilssen J, Brochmann A, Halvorsrud JR, Herzog AO et al. Obduksjon av 100 alders- og sykehjemspasienter i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1197–203.
4. Norges offentlige utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
5. Husebø BS, Husebø S. De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Oslo: Medlex, 2001.
6. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.

○