

Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana?



Kommentar og debatt

Sykehjem utgjør med ca. 27 000 plasser landets største institusjonsnivå. Opprinnelig var sykehjemmenes virke konsentrert om de pleiemessige oppgavene. Betegnelsen sykehjem kom i bruk fra midten av 1950-årene samtidig som man ønsket at sykehjemmene skulle utvikles til mer aktive medisinske institusjoner med muligheter for aktiviserende terapi. Sykehjemmene har eksistert i 50 år og synes ennå ikke å ha funnet sin plass i helsevesenet.

Utviklingen har vært preget av manglende vilje til å realisere planene, til tross for at disse ved flere anledninger har vært bekreftet i offentlige dokumenter. Manglende dokumentasjon gjør det umulig å vurdere hvordan sykehjemmene som institusjonsenhet fungerer. I offentlig debatt er det til stadighet pleiefunksjonene som står sentralt. Også gjeldende kvalitetsforskrifter konsentrerer seg i stor grad om disse. Mange faktorer har bidratt til at sykehjemmene ikke har klart å fylle oppgaven som aktiv medisinsk institusjon – fravær av ideologisk forankring hos sentrale myndigheter ikke minst. Sykehjem og det klientell de skal ta seg av representerer en stor og variert utfordring i medisinsk sammenheng. Et velfungerende sykehjemsvesen er en nøkkelfaktor dersom helsevesenet skal kunne fungere tilfredsstillende.

Med medisinsk institusjon forstås her en institusjon hvor diagnostisering og behandling av sykdom i videste forstand er den primære målsetting. Det innbefatter også langtidsbehandling av kronisk sykdom som ikke kan behandles og tas hånd om på en forsvarlig måte på lavere omsorgsnivå.

Somatiske sykehjem er landets største institusjonsvesen og omfattet i 1998 27 045 plasser (1). De vanligste hoveddiagnosene for sykehjemspasienter er aldersdemens (40–48%), hjerneslag (15–19%), kronisk hjertesykdom (5–6%), lårhalsbrudd (3–4%) og slitasjegikt (3%) (2, 3). Andelen beboere med mental svikt har økt og utgjør nå omkring 80% (2–4).

Et historisk sideblikk

Oppfatningen av hvilken rolle sykehjem skal spille innen norsk helsevesen har svingt

Harald A. Nygaard

harald.nygaard@isf.uib.no

Seksjon for geriatri

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Ulriksdal 8 c

5009 Bergen

gjennom tidene. Initialt gikk de under betegnelsen pleiehjem, en betegnelse som var dekkende for hva disse institusjonene beskjeftiget seg med. Omkring 1955 kom betegnelsen sykehjem i bruk. Dette var samtidig et skifte i synet på sykehjemmets funksjon. Fra å vektlegge rene pleiefunksjoner signaliserte man at institusjonene også skulle tilby aktivitetstiltak som «øvelsesbehandling og arbeidsterapi». Sykehjem skulle ikke utelukkende være et forpleiningstilbud. Gjennom aktive tilbud skulle de legge forholdene til rette for å opprettholde ev. bedre beboernes fungeringssevne.

I Ot.prp. nr. 36 (1967–68) anføres det at sykehjem (pleiehjem) er særlig beregnet på eldre mennesker som trenger medisinsk pleie, og at behovet for plasser i pleiehjem er meget stort og økende pga. kommende demografiske forandringer. Man anslo at behovet i 1970 ville utgjøre ca. 20 000 plasser (5). Tre år senere ble det konstatert at «det er karakteristisk for utviklingen av helsetjenesten i Norge at den ikke har fulgt noen samlet plan» (6). Samtidig ble tidligere planer om bruken av sykehjem stadfestet, og man konkluderte «... En differensiert og rasjonelt utbygget helsetjeneste utenfor sykehus, koordinert med en velordnet hjemmesykepleie, og med sykehjem/pleiehjemtjenesten, antas i ikke liten utstrekning å kunne redusere behovet for sykehussengeplasser, eller sagt på en annen måte: Frigjøre slike senger til mer kvalifisert bruk...» (6).

Argumentasjonen var allerede for et kvart hundre år siden ganske moderne. Men ting tar tid. Fem år senere skjønte man at sykehjemsskuten ikke var så lett å manøvrere – man måtte igjen konstatere at sykehjem stort sett konsentrerte seg om pleiemessige oppgaver. Fra sentralt hold forsikret man riktignok at det hadde vært arbeidet for at sykehjemmene skulle få et bedre behandlingsmessig og diagnostisk apparat, særlig med atfføring (rehabilitering) i tankene. Oppgavene ble ytterligere konkretisert og man fastslo at fremtidig sykehjemsutbygging skulle dekke fire oppgaver: pleiefunksjon, atfføring, sosialfunksjon og forebyggende

virksomhet. Det presiseres i St.meld. nr. 9 (1974–75) at begrepet attføring skal tolkes vidt – «bedring (stor eller liten) i den fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsevne» (7). Stortingsmeldingen må forstås på en slik måte at det også forutsettes en tilfredsstillende faglig bemanning og tett samarbeid med sykehusene.

Med de nevnte viljeserklæringene burde man ha et godt fundament for å innlede en moderne drift av sykehjem. Denne fremdriften burde være uavhengig av eierforhold. Men unnfallenhet, vingling på sentralt hold og nye diskusjonsrunder kom til å prege sykehjemmenes virksomhet og bremse den tiltenkte utviklingen. Sykehjemmene fungerer i stor grad fortsatt som langtidsinstitusjoner med lav aktiv medisinsk innsats. Hvilke faktorer som til sjuende og sist har vært drivkraften i dette lammende spillet, kan man bare spekulere på. Men manglende interesse fra tyngre medisinske miljøer har helt sikkert vært av betydning. Pasienter med kroniske lidelser, og da særlig eldre, har aldri hatt noen stor appell i det medisinske miljø (8). Dette var de pasientgruppene som i første rekke ville profittere på det tiltenkte helsestetiltbud fra sykehjem.

I utredningenes lammende favntak

Til tross for, eller på grunn av at lite skjedde, følte man i Nasjonal helseplan i 1988 igjen behov for å bekjempe seg til tidligere planer (9). Dette skjedde kort tid etter at man hadde tatt til orde for at institusjonsomsorgen for eldre og funksjonshemmede burde nedbygges og erstattes av en økt satsing på åpen, boligfinansiert omsorg (10), et prinsipp som langt på vei ble videreført i en senere utredning (11). Til tross for at myndighetene ikke klarte å stimulere til å bruke sykehjemmene slik det var påtenkt, oppnådde man gjennom finansieringsordninger i perioder at det ble bygd nye sykehjem.

I 1999 måtte Sosial- og helsedepartementet (overraskende?) konstatere det triste faktum at rehabilitering var et arbeidsfelt med lav prestisje og at organiseringen var atskilleg dårligere enn ønsket. Riktignok så man at det var store forskjeller mellom kommunene. Man benyttet samtidig anledningen til å annonsere nok en utredning som skulle vurdere hvilke funksjoner sykehjemmene bør fylle for å møte behovene i dag og i fremtiden (12). Denne rapporten favoriserer den medisinske modell og en styrking av bl.a. lege- og sykepleietjenestene, men forutsetter at sykehjemmene utelukkende skal tjene til korttidsopphold. Med andre ord legges forholdene til rette for kommunale minisykehus (13, 14).

I denne sammenheng er det interessant å merke seg at Statens helsetilsyn (som i mellomtiden hadde kvittet seg med tilsynsansvaret for sykehjemmene) omtrent samtidig hevdet et syn som også gir rom for en mer differensiert bruk av sykehjem til langtidsopphold som er medisinsk begrunnet (15).

Er sykehjem fortsatt pleiehjem?

Offisielle muntlige og skriftlige dekreter er ingen garanti for at noe skjer. Sykehjemmets plass og funksjon innen helse- og sosialvesenet har vært diskutert i 50 år. Administrativ tilhørighet, utbyggingstakt og dekningsgrad i forhold til den demografiske utviklingen har variert, men brukbare normer eksisterer ikke. Med en slik vinglete ideologi kan det vel heller ikke forventes. Det finnes ingen tilgjengelige data som muliggjør en generell beskrivelse av hvorledes sykehjem brukes og i hvilken grad de fungerer etter målsettingen.

Enkelte steder har eierne forsøkt å legge forholdene til rette for en bruk i samsvar med intensjonene. Og mange steder har man i samarbeid med engasjert helsepersonell etablert ett eller flere av de tilbudene som er beskrevet. Det endrer likevel ikke det generelle inntrykket at sykehjem i en viss utstrekning fungerer som avanserte oppbevaringsanstalter hvor ressurstilførselen ikke står i forhold til beboernes behov, og at det er mangel på faglig dokumentasjon. I mediene er negativt ladede episoder kjente gjengangere: Gamle tvinges til sengs tidlig på ettermiddagen pga. dårlig bemanning, sykehjemspasienter får ikke komme ut av sengen i helgene, gamle blir neddopt pga. mangel på pleiepersonale osv. I ny og ne svinger mediene seg til å presentere en solskinnshistorie.

En medisinsk institusjon skapes ikke på papiret. Sykehjemmene kan heller ikke på egen hånd beslutte at de skal fungere som medisinske institusjoner. Ambisjonsnivået for sykehjemmene er lagt høyt (6, 7, 9). Regelverket som legges til grunn for sykehjemmenes funksjon representerer i så måte et antiklimaks. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie krever «en administrativ leder, en lege som skal ha ansvar for den medisinske behandling, en sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien og det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand» (16). Det hersker et åpenbart misforhold mellom ambisjonsnivå og den minimumsstandard man er villig til å akseptere med hensyn til faglig bemanning for å drive en medisinsk institusjon med de skisserte oppgavene. Selvsagt nektes ingen kommune å overskride forskriftens bestemmelser med hensyn til bemanning, men den er ikke et incitament til å oppfylle intensjonene bak de fagre målsettingene.

For å bøte på og forebygge forskjellige former for omsorgssvikt, rettes myndighetenes oppmerksomhet mot kvalitet og kvalitetssikring (17–19). Selvfølgelig er dette vesentlige forhold, og et regelverk for å sikre kvaliteten på den pleien som tilbys, burde være selvsagt. Man har inntrykk av at det sentrale er sikringen av pleie- og omsorgsfunksjonene innen rammen av sykehjem som bolig for skrøpelige. Det dreier seg om alt fra hjelp til å komme på toalettet når man har behov for det, til forskjellige former for

krenkelser og overgrep, forebygging av skader ved sengeleie og sederende behandling i mangel av nok og kvalifisert personale og sikre legemiddelrutiner. Når det gjelder bemanning med fagpersonell, henvises det kun til uforpliktende forskrifter. Den delen som omfatter sykehjemmets funksjon som aktiv medisinsk institusjon, synes å ha forundstet.

Sykehjemmet som medisinsk institusjon

Helhetlig pleie og omsorg bør være selvsagt i en medisinsk institusjon. Men når vil man i en konsertert aksjon gå løs på de oppgavene som skiller et pleiehjem fra et sykehjem. Korttidsopphold skal ikke være en kortversjon av langtidsdeponi. Korttidsopphold har flere formål – avlastning, rehabilitering og kontinuering av behandling som ikke lenger nødvendigvis må utføres i sykehus. I mange tilfeller vil dette innebære en viss grad av aktiv utredning og institusjonering av behandling av ledsagende lidelser, det være seg av kronisk natur eller ny sykdom. For den gamle kan det være bedre å få dette utført i forbindelse med et korttidsopphold i sykehjem.

All erfaring tilsier at pasienter som kommer fra sykehus, ikke alltid er «ferdig utredet» når de overføres til sykehjem. Utredning er derfor en viktig oppgave i sykehjem. Den bør selvsagt skje i tett samarbeid med det lokale sykehus (i den grad man får tilgang på adekvat hjelp). Dette er ikke et forsøk på å etablere en halvannenlinjetjeneste. Det er spørsmål om å utøve god allmennpraksis når situasjonen tilsier det. En grundig undersøkelse av disse pasientene vil sannsynligvis gi stort utbytte (20, 21).

Rehabiliteringspasienter trenger også medisinsk overvåking og forløpsvurdering. Rehabilitering er en tverrfaglig oppgave, til dels ganske spesialisert, og ikke utelukkende på annenlinjenivå. Det krever fagfolk fra forskjellige yrkesgrupper. Tekniske fremskritt har gjort sitt til at mange personer med funksjonssvikt i dag kan ha et bedre liv i eget hjem. Muligheten for å nyttiggjøre seg tekniske fremskritt kan ikke begrenses til pasienter som slipper til i spesialisthelsetjenesten.

Det finnes eldre som har behov for langtidsopphold i sykehjem pga. kronisk sykdom. Det gjelder først og fremst enkelte slagpasienter og personer som lider av aldersdemens. Demenspasienter utgjør den største gruppen. Behandlingen forutsetter et egnet miljø og kunnskap hos pleie- og omsorgsstaben. Her er mye ugjørt (22). Det samme kan sies om slagpasienter med så store sekveler at de ikke kan bo i eget hjem.

Sykehjemsbeboere utgjør også den skerpeligste delen av de eldre, og interkurrente sykdommer forekommer hyppig. Dertil er symptomatologien i denne populasjonen ofte ukarakteristisk. Å avgjøre om sykehjemspasienten med akutt sykdom best tas hånd om i kjente omgivelser på sykehjem eller om innleggelse i sykehus er påkrevd, er ikke et spørsmål en tilfeldig vaktlege nød-

vendigvis er kompetent til å avgjøre. Verken diagnostisering eller behandling av sykehjemspasienter er plankekjøring. Det kreves geriatriisk kompetanse (som ikke er forbeholdt geriater) og kunnskap om den enkelte pasient for å ta hånd om disse på en tilfredsstillende måte.

Sykehjemsbeboere utskrives dessuten ofte fra sykehus på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløpet enn andre, fordi de per definisjon har en bopel hvor man forventer at det finnes helsepersonell som kan ivareta behandlingen. Legemiddelbehandling av eldre, og spesielt hos skrøpelige eldre med multimorbiditet og polyfarmasi, representerer en betydelig medisinsk utfordring som krever kunnskap og erfaring. Det finnes holdpunkter for å hevde at sykehjemspasienter ikke får optimal behandling av kroniske lidelser, f.eks. hjertesvikt (23).

Klientellet i sykehjem utgjør derfor et segment av befolkningen hvor behovet for medisinsk ekspertise er av største betydning. Betydningen begrenser seg ikke utelukkende til å ta hånd om pasienter som til enhver tid måtte oppholde seg i sykehjem. Betydningen er like mye av sosialpolitisk karakter. At sykehjem får mulighet til å fungere etter sin hensikt, er en forutsetning for at helsevesenet som sådan skal fungere tilfredsstillende. Sykehjemmene må fylle sin rolle som medisinske institusjoner på primærhelsetjenestens premisser. Dette oppnår man ikke ved å omdanne sykehjem til «sykehusannekser», slik man kan få inntrykk av i nylig fremlagte planer (13).

Hva med legers engasjement?

Jeg er av den oppfatning at en medisinsk institusjon ikke kan drives uten leger og legers engasjement. Legers interesse for å arbeide i sykehjem har ikke vært påtrengende stor. Primært skyldes det nok ryktet om at arbeid med eldre er lite medisinsk utfordrende og derfor lite prestisjefyllt (8). Men det er vist at en stor del leger som først ble pålagt å arbeide i sykehjem, senere godt kunne tenke seg å arbeide der (15). Selvsyn øker interessen. I den samme rapporten fremkommer det også at kun 18 % av sykehjemslegene mente at legetjenesten fungerte meget bra, 62 % mente at den fungerte brukbart (15). Hadde man vært tilfreds med en slik evaluering av somatiske sykehus? Stort forbruk av legevaktleger tyder dessuten på at legetjenesten i sykehjem er utilstrekkelig. En medisinsk tjeneste som ikke meritterer i noen spesialistutdanning er lite attraktiv. Ved ikke å la tjeneste ved sykehjem merittere har Legeforeningen bidratt til å befeste sykehjemmenes omdømme som mindreverdige praksissteder i medisinsk sammenheng. Legestanden har på denne måten spilt seg selv utover sidelinjen når det gjelder aktiv deltakelse i utvikling og drift av sykehjemmene.

Det er utvilsomt en sammenheng mellom forskning og prestisje. I Norge har det generelt vært liten interesse for systematisk

forskning for å dokumentere og beskrive sykehjemsklientellets sammensetning, beboernes medisinske, fysiske og psykiske tilstand, rasjonell bruk av legemidler, pårørendes situasjon, behovet for og nytten av utredning og registrering av endringer over tid. Kort sagt, det har vært liten vilje til å utarbeide grunnlagsmateriale til bruk i fagutvikling og i utvikling av institusjonene. I databasen Medline finnes det under nøkkelordet «nursing home» i Tidsskriftet 24 og i Sykepleien 63 publikasjoner for tidsrommet 1966–2001. Publikasjoner i internasjonale tidsskrifter er også av begrenset omfang.

Hva med sentrale myndigheter?

Sentrale myndigheter behersker kunsten å sende tvetydige signaler. På den ene side svekker man sykehjemmenes medisinske forankring ved i 1998 i all stillhet å overføre ansvaret fra helseministeren til sosialministerens pleie- og omsorgsavdeling. På den annen side og omtrent samtidig sjøsettes prosjektet undervisningssykehjem i regi av Nasjonalt geriatriprogram – et tiltak med utspiring i Statens helsetilsyn. Dette prosjektet har mange fasetter og tiltaket kan forhåpentligvis bidra til en styrking av sykehjemmene som medisinske institusjoner.

Hvorfor har ikke myndighetene interesse av å vite hvilke klienter man har i sykehjem og hvordan det går med dem? Hvorfor har man aldri funnet det nødvendig med en pasientstatistikk for sykehjem, et sykehjemsregister? Det finnes internasjonale styrings-systemer, f.eks. Resident Assessment Instrument (RAI) (24), som i tillegg hadde gitt muligheten til sammenlikninger med andre land, noe vi jo her til lands ellers er meget opptatt av. Innføring av slike tiltak ville også bidratt til oversikt over klientellet i våre sykehjem og gitt oss mulighet til å påvirke sykehjemmenes medisinske funksjon og utvikling på en bedre måte.

Oppsummering

Sykehjemmene var tiltenkt rollen som en aktiv partner i norsk helsevesen. Vinglete sykehjemspolitikken gjennom 50 år har virket lammende med hensyn til å utvikle sykehjem til å bli de medisinske institusjoner de var tiltenkt å være. I et land som Norge, med store geografiske og demografiske forskjeller må det nødvendigvis finnes rom for betydelige forskjeller mellom kommunene når det gjelder utforming av sykehjemsfunksjonen. Det endrer likevel ikke på helhetsinntrykket av at sykehjemmene først og fremst fungerer som pleieinstitusjoner. At sentrale myndigheter med jevne mellomrom finner grunn til å stadfeste intensjonen med sykehjem, samtidig som man tydelig signaliserer at tingene ikke er som forventet, styrker denne oppfatningen ytterligere.

Sykehjemmene er en utgiftspost for samfunnet. Økonomiske motiver har ofte vært drivkraften til alternative løsninger. Dette er motiver som til dels har funnet sitt argumen-

tasjonsgrunnlag i vekslende sosiologiske teorier og i håpet om at helseforebyggende tiltak ville føre til en økning i forventet levealder med en komprimering av avhengighetsfasen ved livets slutt. I sum ville det overflødiggjøre sykehjem og redusere kostnadene. Der er ingenting som tyder på at målsettingen som ble uttalt i St.meld. nr. 9, (1974–75) har tapt sin aktualitet.

Litteratur

1. Helsestatistikk. www.ssb.no/emner/03/00nos_c611/tab/T-7_7.html (27.6.2001).
2. Nygaard HA, Naik M, Ruths S. Mental svikt hos sykehjemspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3113–6.
3. Romøren TI. Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 1999.
4. Nygaard H. Permanente opphold i sykehjem: endring i innleggelsesmønster fra 1979 til 1989. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1941–3.
5. Ot.prp. nr. 36 (1967–68). Om lov om sykehus m.v. 1968.
6. St.meld. nr. 85 (1970–71). Om helsetjenesten utenfor sykehus.
7. St.meld. nr. 9 (1974–75). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.
8. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127–33.
9. St.meld. nr. 41 (1987–88). Helsepolitikk mot år 2000. Nasjonal helseplan.
10. St.meld. nr. 34 (1988–89). Om boligpolitikk for 90-åra.
11. Norges offentlige utredninger. Trygghet – verdighet – omsorg. NOU 1992: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1992.
12. St.meld. nr. 21 (1998–99). Ansvar og mastering: mot helskapleg rehabiliteringspolitikk.
13. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
14. St.meld. nr. 34 (1999–2000). Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år.
15. Waaler HM, Nilsen J. Legetjenester i sykehjem – en nasjonal kartlegging 1999. Helsetilsynets utredningsserie 8–99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
16. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988 med endringer av 1997). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
17. Rundskriv I-13/97. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Sosial- og helsedepartementet 1997.
18. St.meld. nr. 28 (1999–2000). Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000.
19. St.meld. nr. 50 (1996–97). Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet.
20. Nygaard HA, Birkedal L. Rehabilitering i sykehjem. Erfaringer fra en treårsperiode. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 34–7.
21. Shah S, Harris MF, Conforti D, Dickson H, Fisher R. Elderly care. A pilot project on opportunistic geriatric assessments in general practice. Aust Fam Physician 1997; 26: 275–9.
22. Eek A, Nygård A-M. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Sem: INFO-banken, 1999.
23. Ruths S, Straand J, Nygaard H, Hodneland F. Drug treatment of heart failure – do nursing-home residents deserve better? Scand J Prim Health Care 2000; 18: 226–31.
24. Sørbye LW, Grue EV. RAI for sykehjem. Vurdering og planlegging for eldre som trenger – behandling, omsorg, pleie. Oslo: Forskningsavdelingen ved Diakonhjemmets høgskolesenter, 1999. ○