

Fugl Fønix – det mangefasetterte sykehjem

Sammendrag

Vi omtaler hvilken pleiemessig og medisinsk-faglig standardheving og kvalitetsgevinst vi har oppnådd i et sykehjem etter en omfattende reorganiserings- og ombyggingsprosess. En aktiv og innsiktsfull administrasjon i godt samspill med kommunens politiske organer har sett verdien og nødvendigheten av både omstrukturering og bygningsmessig opprustning. Dette inkluderte omorganisering til små pasientgrupper, noe som ble tatt hensyn til ved de bygningsmessige endringene.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Olav Aga

olav.aga@c2i.net

Sten Erik Hessling

Hilde Tangen Lobben

Eikertun sykehjem

3300 Hokksund

Vi vil i det følgende beskrive hva vi i Øvre Eiker har oppnådd av omstilling og kvalitetsheving i sykehjemsdriften innen de ressursrammene som har vært tilgjengelige. Det kunne kanskje også vært noe å si om manglende ressurser og manglende satsing innen feltet, men det ligger utenfor oppdraget og vil derfor ikke bli nærmere omtalt.

Kommunen har ca. 15 000 innbyggere, ett sykehjem (fig 1) med 93 plasser samt 20 plasser for demente i et bofellesskap fordelt på tre avdelinger. Dette bofellesskapet har heldøgnsbemanning på sykehjemsnivå. I tillegg finnes 30 plasser i tre omsorgsboliger med bemanning kun på dagtid. Det er 745 innbyggere i kommunen som er 80 år eller eldre. Vi er derfor et stykke fra de 186 sykehjems- eller heldøgns plassene som vi etter «gamle normtall» burde hatt (25% av antall innbyggere over 80 år) (1). Sykehjemmet må derfor drives aktivt og effektivt. I perioder er det likevel umulig å unngå noe overbelegg (opptil 6–8 pasienter) og brudd på eneromsforskriften.

Historikk

Frem til 1982 hadde institusjonen ca. 20 aldershjems plasser og ca. 30 sykehjems plasser.

I 1982 fikk vi 80 nye enerom med eget bad/dusjbad og toalett, men uheldigvis fortsatt fire store avdelinger. Pleiepersonalet hadde alt for mange pasienter å forholde seg til, og legetimetallet var også for lavt. På grunn av problemer med å få rekruttert nødvendig fagpersonell var det generelle medisinsk-faglige kunnskapsnivå langt fra optimalt. Noe måtte gjøres!

Reddet av Handlingsplan for eldreomsorgen

Rådgivningsgruppen for alvorlig syke og døende i Øvre Eiker hadde siden 1994 arbeidet med å få opprettet en avdeling for lindrende behandling i sykehjemmet, og i 1999/2000 ble det utarbeidet planer for en slik avdeling.

En ressursgruppe blant ideelle foreninger satte dette på dagsorden for hele kommunens befolkning, slik at det ble en «folkebevegelse» synliggjort ved innsamlinger og donasjoner på 4 millioner kroner. Men for å realisere slike planer innenfor den eksisterende bygningsmassen og etter den standard som Husbanken krever for å yte lån, trengtes omfattende bygningsarbeider som også involverte resten av sykehjemmet.

Hvorfor ikke like godt bygge om og renovere hele sykehjemmet, ble spørsmålet. Dette muliggjorde økonomisk stønad fra Handlingsplan for eldreomsorgen. På få måneder ble det utarbeidet utkast til tegninger, ikke bare for avdeling for lindrende behandling, men for ombygging/nybygging av hele sykehjemmet. Så startet en spennende prosess med planlegging av hva vi ønsket oss både organisatorisk og medisinsk-faglig for det nye sykehjemmet, nå når vi kunne starte med blanke ark. Hovedmålsettingen var klar: Vi ønsket oss små selvstendige enheter der pasienter med samme helseproblemer kunne bli heget om av et nært personale, og der vi tok hensyn til de behov pasientene og hjemmesykepleieren hadde for å optimalisere bruken av plassene. I november 2001 var det nye sykehjemmet ferdig. De 93 enerommene er fordelt på 11 grupper som alle har kombinert kjøkken/stue.

Pasientgruppene

Hver av de 11 gruppene omfatter mellom fire og 11 pasienter. En gruppe er for somatisk syke på korttidsopphold, hvorav noen kommer inn for behandling for akutt sykdom, noen til diagnostikk for å se hvor i sykehjemmet de etter hvert får dekket sine behov best, og noen på rene avlastningsopphold. Denne gruppen har også fire trygghetsplasser (to store enkeltrom med to pasienter

på hvert). Dit kan hjemmeboende pasienter ringe og melde seg til en akutt plass på grunn av utrygghet, nyoppstått pleiebehov o.l.

Tre grupper for somatisk syke har åtte til ti langtidsplasser hver. Her er det pasienter med langtkommet kronisk sykdom som av pleiemessige eller sosiale grunner ikke kan bo hjemme. Fem grupper er for demensomsorg og psykogeriatri, én for rehabilitering og én for lindrende behandling.

Dette gir oss mindre, spesialiserte grupper som hegner om pasienter med mest mulig like problemstillinger, der utrustningen er tilrettelagt og personalet skolert til å ta seg av de utfordringene som de respektive pasientgrupper stiller oss overfor.

Personalet

De fleste gruppene har tre pleiere på dagtid og to på kveldstid og i helgene. Bemanningen om natten består av fem pleiere foruten to fra hjemmesykepleien som har sin base i sykehjemmet og hjelper til der når de ikke er på hjemmebesøk. Pleiepersonalet har fått en helt annen arbeidssituasjon etter ombyggingen til mindre grupper. Det gir åpenbare fordeler at de har færre pasienter å forholde seg til. De kommer nærmere både pasientene og arbeidskollegene i sin gruppe og har fasiliteter som gjør det lettere å skape et miljø med trivsel for pasientene. Tiden brukes i all hovedsak sammen med pasientene og i liten grad på vaktrom unntatt ved nødvendig møtevirksomhet.

Men pleiepersonalet trenger også pleie. Det bør være mulig ut fra egen faglig bakgrunn å få faglig påfyll gjennom året. Forholdene må være tilrettelagt slik at personalet får anledning til å ta videreutdanning, gjerne parallelt med arbeidet i sykehjemmet. Etter hvert har vi fått et verdifullt tilskudd ved at flere erfarne hjelpepleiere med mange års tjeneste i institusjonen har fått permisjon for å videreutdanne seg og nå er tilbake igjen som sykepleiere. De fleste pleierne har etter hvert skaffet seg spesialutdanning i geriatri,



Hovedbudskap

- Sykehjem bør organiseres i smågrupper med mest mulig like problemstillinger innen hver gruppe
- Faglig videreutdanning av personalet gir full sykepleier- og hjelpepleierdekning
- Personalet må ha overordnede mål å strekke seg etter



Eikertun sykehjem. Foto Olav Raddum

palliasjon, demens, psykiatrisk sykepleie eller rehabilitering, slik at vi har en stab som er faglig langt bedre kvalifisert enn det som har vært vanlig i norske sykehjem. Alle pleierstillingene er nå besatt.

Vi har to pasienter per legetime, eller ett legeårsverk per 75 pasienter, mens landsnittet for sykehjem er ett legeårsverk per 180 pasienter (2). Tre leger deler det medisinske ansvaret. Hver lege har sine grupper. Vi er i stor grad tilgjengelige på mobiltelefon utenfor vanlig arbeidstid, men har ikke noen formell organisert vaktordning. En slik oppdeling av stillingshjemlene gjør at det praktisk talt alltid er én eller to leger til stede i sykehjemmet vanlige ukedager, og det gir god kontinuitet i tjenesten i ferier og permisjoner. Legevakten benyttes kun unntaksvis.

Betingelser for å lykkes

Hvis gruppetenkningen skal lykkes, må de forskjellige plassene brukes til det de er tiltenkt. Vi må hele tiden «ta oss råd til» å avvente hvilket behov for de ulike plassene som meldes inn til det ukentlige inntaksmøtet, slik at ikke ledige plasser fylles opp på feil grunnlag. Hvis det blir behov for innleggelser som øyeblikkelig hjelp, må pasienten raskt flyttes videre til egnet gruppe.

Avdeling for lindrende behandling

Avdelingen for lindrende behandling har fem plasser som er øremerket for palliativ medisinsk behandling og pleie. Avdelingen har stillerom for samtaler og refleksjon, pårønderom med mulighet for overnatting samt stor kombinert stue og kjøkken. Personalet består av sykepleiere, hjelpepleiere og fast lege. Pleiefaktoren er den samme som ellers i sykehjemmet.

Det er dannet et frivillighetskorps for avdelingen. Korpsmedlemmene har gjennomgått kurs og går inn i en turnus. De deltar blant annet i matserving, sosiale aktiviteter, hyggekvelder, stell av blomster samt kontakt med biblioteket vedrørende lydbøker. De frivillige må ha oppfølging, og en av avdelingens personale har ansvaret for dette.

Avdelingen har egne inntakskriterier, men plassene fordeles vanligvis ved det ukentlige inntaksmøtet. Også denne avdelingen tar imot øyeblikkelig hjelp. Pasienter kan ha

korte opphold for justering av symptomlindrende behandling eller for at pårørende skal få avlastning. Om lag 50 % av pasientene dør i avdelingen, mens de øvrige kommer hjem og følges opp av hjemmesykepleien og fastlegen. Avdelingen ønsker også å være en arena for opplæring og forskning innen praktisk, palliativ medisin i primærhelsetjenesten.

Avdeling for psykiatri og demens

Avdelingen brukes både til langtidsopphold og til kortere opphold for utredning, vurdering, behandling og avlastning. Dagavlastning organiseres foreløpig som en improvisert frivillig ekstrainsats fra personalets side. Dette tilbudet har fortrinnsvis vært gitt til pasienter som tidligere har vært innlagt i avdelingen, slik at familien skal kunne make hjemmesituasjonen noe lenger. For disse pasientene har vi også vært fleksible mht. «akuttavlastninger» enten som ekstra dagavlastning eller korttidsopphold når pårørende er blitt for slitne, er blitt syke, må ut for gjøre nødvendige innkjøp, til tannlege, lege osv. Det er nylig vedtatt at det skal etableres et dagtilbud for demente samt et oppsøkende demensteam for tidligere utredning og diagnostikk av demens. Det skal også utarbeides et prosjekt for et nytt døgnbemannet bofellesskap for aldersdemente i bygningsmessig nærhet til sykehjemmet. Her vil det også bli planlagt nye lokaler for dagtilbudet for demente.

Demensomsorgen i sykehjemmet fungerer langt mer optimalt etter at vi har fått mindre enheter kombinert med høyere kompetanse blant pleierne. Forekomsten av atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) er blitt merkbart redusert og lettere å håndtere med ikke-farmakologiske tiltak. Dette har også medført lavere forbruk av antipsykotiske og angstdempende legemidler. Sovemidler brukes omtrent ikke på disse postene. Det at vi i samme periode har fått tilgang til kolinstesterahemmere og memantin, har nok også hatt betydning. Hva som har betydd mest, mangler vi grunnlag for å si noe bestemt om.

Det er også stimulerende for personalet at vi er engasjert i en del forskningsprosjekter. Vi har nylig sluttført et samarbeid om bru-

ken av CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) i diagnostikken av smerteproblemer hos demente, og er i startfasen av en produsentavhengig medikamentstudie ved APSD og en europeisk multisenterstudie om behandling av alvorlig demens.

Rehabilitering

Denne gruppen er bemannet med ergoterapeut, fysioterapeut, lege, sykepleiere og hjelpepleiere. Andre faggrupper (logoped, trygdeetat osv.) trekkes inn etter behov. Pasientenes gjennomsnittsalder har vært 70–80 år, men i den senere tid har det vært økende innslag av langt yngre pasienter. De dominerende problemstillingene er bruddskader, proteseoperasjoner, amputasjoner, degenerative neurologiske sykdommer, hjerte- og karlidelser, hjerneslag (ofte med omfattende kognitive utfall) samt pasienter som etter ulike kirurgiske inngrep har fått redusert sitt funksjonsnivå vesentlig.

Diskusjon

Det er et overordnet mål å sikre den pleiefaglige og medisinske kompetansen i sykehjemmet. Vi skal hegne om etikken og gi en best mulig dødspleie, slik at pasient og pårørende skal føle seg maksimalt ivaretatt. For å oppnå disse målene må vi ha en behandlingsskjede som fungerer på tvers av nivåene, der sykehjemmet er en sentral enhet i kommunehelsetjenesten sammen med hjemmesykepleien. Dette forutsetter også et velfungerende samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Etter at sykehjemmet ble reorganisert, er det virkelig blitt det som tittelen antyder, nemlig det mangefasetterte sykehjem. Det er blitt en langt mer spennende arbeidsplass med kvalifisert personale og uten vakante stillinger. Gruppens profilering innen generell geriatri, psykiatri, rehabilitering og palliasjon gir spennende medisinske utfordringer, og det føles tilfredsstillende å gi god profesjonell omsorg som kommer pasientene og deres pårørende til gode.

Litteratur

1. St.meld. nr. 50 (1996–97). Handlingsplan for eldreomsorgen.
2. Hjort PF. Døden i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2876.