

Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle

Sammendrag

Sykehjemmene er en av de viktigste grunnpilarene i helsevesenet. En faglig god legetjeneste i sykehjem er av stor betydning. For å oppnå dette må legens rolle og betydning som fagperson og premissleverandør styrkes. Det haster med å utarbeide konkrete prosedyrer for den medisinske virksomheten i sykehjem.

I Tidsskriftet nr. 8–13-14/2005 publiseres en serie artikler om sykehjemsmedisin. Serien er initiert av Torgeir Bruun Wyller og Harald A. Nygaard.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 993

Johannes Høie

jhoie@online.no
Borge Sykehjem
Roald Amundsens vei 72
1654 Sellebakk

Sykehjemmene, med sine ca. 35 000 plasser, er den klart største institusjonsformen i norsk helsevesen, men det er ingen klare retningslinjer for hvordan vi best skal bruke denne ressursen. Sykehjemmene er en viktig del av den kommunale helsetjenesten og forventes å være mer enn bare et bo- og pleie-tilbud for de innbyggere som ikke kan gis nødvendig pleie i sitt eget hjem.

Korttidsplasser

For å ivareta kommunehelsetjenestens behov må sykehjemmene ha en viss andel korttidsplasser. Terminal pleie, avlastningsopphold og opphold for utredning av begynnende funksjonssvikt hos eldre er eksempler på oppgaver som i mange tilfeller best kan ivaretas av kommunehelsetjenesten, forutsatt tilstrekkelig tilgang på korttidsplasser. Den medisinske utviklingen og endringene i befolkningens alderssammensetning fører til at andelen eldre med behandlingsskren-

de sykdom øker. Sykehjemmene bør ha mulighet for å yte enkel diagnostikk og behandling og kunne fortsette allerede iverksatt sykehusbehandling. Det daværende Sosial- og helsedepartementet foreslo i en rapport i 1999 at sykehjemmene burde tilføres tilstrekkelige ressurser til å kunne ivareta disse oppgavene (1).

Det er ingen klare retningslinjer for hvor stor andel av sykehjemsplassene som bør avsettes til korttidsoffhold. I 1997 ble kun 10 % av plassene benyttet til dette (1). Andelen korttidsplasser bør, avhengig av lokale forhold, ligge på 15–30 %.

Korttidspasienter er mer ressurskrevende enn pasienter på langtidsopphold. Dette gjenspeiles i de foreslåtte normene for legebemanning ved sykehjem (2). Pasienter på korttidsoffhold er antatt å kreve mellom 2 og 3 ganger flere legeressurser enn de på langtidsopphold. Selv om dette betyr at legebemanningen ved norske sykehjem må styrkes betraktelig, vil flere pasienter kunne behandles på et lavere omsorgsnivå. I denne sammenheng er det nødvendig å se på finanseringsordningene for legebehandling i sykehjem (3), samt hvordan legetjeneste i sykehjem skal merittere.

Langtidspasienter

Langtidspasientene utgjør likevel den største andelen pasienter i sykehjemmene. Hva er det som kjennetegner langtidspasientene, hvilket behov for legetjenester har de, og hvilket innhold bør legetjenesten i sykehjem ha for å ivareta deres behov best mulig?

Det som først og fremst kjennetegner langtidspasienten er høy alder og et fremskredet behov for hjelp med dagliglivets funksjoner. Jeg har ved et sentralt sykehjem på ca. 150 senger i Fredrikstad gjort registreringer siden 1997. Populasjonen av langtidspasienter har hatt forbausende stabile kjennetegn de siste sju årene. Medianalderen ligger rundt 85 år, den årlige dødeligheten på 30–35 %, og femårsoverlevelsen ned mot 10 %. Median skåre på Barthels ADL-indeks er mellom seks og sju av maksimalt 20 oppnåelige poeng. I praksis betyr dette at omtrent ni av ti trenger hjelp til påkledning, ni av ti kan ikke gå opp en trapp alene, tre av fire kan ikke spise alene, og omtrent samtlige trenger hjelp til å komme på toalettet. En registrering vi gjorde nylig, viste at to av tre pasienter aldri leste aviser.

Fordi dette er en gruppe mennesker som er preget av høy alder og fremskreden fysisk og psykisk svekkelse, gjelder andre «kjøre-

regler» for utredning, diagnostikk og behandling enn dem vi leger ellers følger. I større grad må legen vektlegge lindring og livskvalitet. Konsekvensen for pasientens livskvalitet kan være større hvis legen overser plagsom ørevoks enn hvis han overser lungekreft. Jeg har mer enn én gang opplevd at pasienter er blitt lagt inn med spørsmål om mental svekkelse hvor problemet viste seg å være nedsatt hørsel.

Den medisinske diagnostikk og oppfølgingen av langtidspasienten må individualiseres. Heterogeniteten i denne populasjonen er svært stor. Legen må hele tiden respektere pasientens rett til å slippe utredning og behandling med liten gevinst, men iblant kan det likevel være store gevinster å hente ved mer omfattende medisinsk diagnostikk og behandling. Slike avveininger fordrer at legen har godt personlig kjennskap til enkeltpasienten. Spesielt vanskelige avgjørelser bør skje i dialog med pleierne og de pårørende.

Rammebetingelser

Virksomheten ved sykehjem må ha gode rammebetingelser. Først og fremst må det ha tilstrekkelig sykepleierdekning. Det er ikke mulig å utøve faglig god medisinsk virksomhet ved sykehjem uten en viss minstebemanning av sykepleiere. Det er nå helt nødvendig at man får minstekrav for bemanning av forskjellige faggrupper i sykehjem. I tillegg må det sikres adekvat kontorfunksjon, laboratorietjenester og apotekertjeneste. Også her bør man kunne diskutere om det sentralt bør settes minstestandarder.

Det bør lages prosedyrer for hvilke laboratorieprøver som skal tas som rutine. Ramme 1 viser hvilke prøver som er rutine ved første gangs innleggelse i sykehjem i Fredrikstad kommune.

Ved akutte medisinske tilstander i sykehjem må sykehjemslegen ta stilling til diagnose og behandling og avgjøre om pasienten skal legges inn i sykehus. Det må derfor

! Hovedbudskap

- Sykehjemmene må ivareta andre oppgaver enn bare de rent pleiemessige
- Den medisinske oppfølging av langtidspasienter i sykehjem må individualiseres
- Beredskap må være en integrert del av legens totale arbeidstid i sykehjem

Ramme 1**Rutineprøver ved første gangs innleggelse i sykehjem**

- Hemoglobin
- CRP
- Natrium
- Kalium
- Kalsium
- ASAT
- ALAT
- ALP
- GT
- Kreatinin
- Fritt T4
- TSH
- Albumin
- Vitamin B₁₂
- Folinsyre
- Serum-jern
- Ferritin
- EKG

være mulighet til å ta prøver som øyeblikkelig hjelp. Min erfaring er at man kommer svært langt i avklaringen av akutsituasjoner hvis man har tilgang til prøver som hemoglobin, blodsukker, CRP og EKG. Disse få prøvene er tilstrekkelige hjelpemidler i langt de fleste akutte situasjoner.

Hvordan benytte legetiden i sykehjemmet mest mulig effektivt?

De fleste sykehjemsleger arbeider i deltidstillinger, og er til stede ved sykehjemmet 1–2 ganger i uken. I tillegg anbefales det at sykehjemmet kjøper beredskapstid av tilsynslegen. Dette er en svært hensiktsmessig ordning, da de fleste medisinske problemer kan avklares over telefon når legen er godt kjent med pasienten fra tidligere.

I tilsynsrapporter fra helsemyndighetene, og også i forskrifter, poengteres det at tilsynslegen skal utføre årlige helsekontroller av pasientene. Hvor mye tid man skal bruke til screening i en populasjon som har svært begrensede leveutsikter, bør diskuteres. Min erfaring er at det er mest hensiktsmessig å organisere tverrfaglige møter 3–4 ganger i året. Der går man gjennom hver enkelt pasients tilstand, legger vekt på hva som er nytt siden forrige gjennomgang, og følger opp med videre undersøkelser der en finner dette indisert.

Det er nødvendig å ha oversiktlige notater om hver enkelt pasient slik at det er lett for en tilfeldig legevaktlege å sette seg inn i pasientens situasjon. Sykehjemslegen må utarbeide klare prosedyrer for hvilke rutiner som skal gjelde når nye pasienter tas imot, og

hvordan pasientene skal følges opp videre. Det er likeledes en naturlig del av sykehjemslegens ansvar å utarbeide prosedyrer for hvordan akutsituasjoner håndteres når det ikke er lege til stede.

Tre bud for sykehjemslegen

Basert på mine erfaringer som sykehjemslege har jeg spissformulert tre bud som jeg mener oppsummerer viktige elementer i en god medisinsk omsorg for pasienter i sykehjem.

Du skal kjenne dine pasienter. Med det mener jeg at legen skal ha et godt kjennskap til den enkelte pasients sykehistorie og funksjonsnivå. Langt de fleste pasienter som innlegges til varig plassering i sykehjem, vil ha en journal ved lokalsykehuset. Opplysninger fra fastlege og sykehus må være en like naturlig del av inntakspapirene som en pleierapport fra hjemmesykepleien. Et godt samarbeid med fastlegene og førstelinjetjenesten er helt nødvendige forutsetninger for god medisinsk virksomhet i sykehjemmene.

Du skal tilstrebe å være lett tilgjengelig. Man skal tilstrebe å være lett tilgjengelig for pleierne. De fleste akutte medisinske problemer hos langtidspasienter i sykehjem kan løses over telefon, forutsatt at kjennskapet til pasienten er godt. Tilgjengelighet og beredskap bør være en integrert del av tilsynslegens totale arbeidstid. Det skaper trygghet hos pleierne når de vet at legen er tilgjengelig, og dette kommer arbeidsmiljøet, institusjonen og pasientene til gode.

Du skal la din røst bli hørt. Med det mener jeg at tilsynslegen er sin rolle bevisst, og tar del i det som foregår ved institusjonen og i den kommunale helsetjenesten. Legens rolle som premissleverandør for hva som er viktig ved drift av sykehjem, bør styrkes.

Litteratur

1. Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
2. Bedre legetjeneste i sykehjem. Rapport fra fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening. www.legeforeningen.no/assets/Sykehjemshefte.rtf (19.12.2004).
3. Høie J. Finansiering av legetjenester i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 85.