
Sykehjemssøknaden - en medisinsk fallitterklæring?

ARTIKKEL

WYLLER TB

Gamle mennesker får gjerne uvanlige symptomer ved kroppslig sykdom. Akutte tilstander, f.eks. lungebetennelse eller hjerteinfarkt, manifesterer seg ofte ved ulike kombinasjoner av delir (også kalt akutt forvirring), falltendens og inkontinens. Også ved kronisk sykdom vil det mest dominerende symptomet i mange tilfeller være redusert evne til å klare seg selv. Slike uspesifikke, men viktige symptomer hos gamle blir fremdeles i for stor grad ignorert av helsevesenet, enten på grunn av manglende kunnskaper eller fordomsfulle holdninger. Rask og adekvat behandling av underliggende sykdom er det mest effektive tiltaket for å gjenopprette tapt funksjon og forebygge varig avhengighet av andre.

Den gamle damen med forsømt ovarialcancer som vi blir presentert for i dette nummer av Tidsskriftet (1), er såledestypisk på flere måter. Til tross for diagnoseforsinkelsen var det mulig å tilby kausal behandling rettet mot hennes grunnlidelse, og dette førte som ventet til bedret funksjon. Likevel ble hun etter eget ønske permanent sykehjemsbeboer i løpet av behandlingsperioden. Dette kan i første omgang virke overraskende.

I behandling og rehabilitering av gamle mennesker har vi langt på vei vent oss til å betrakte fortsatt opphold i eget hjem som kriterium på suksess. For mange gamle, kanskje de fleste, er det et mål å bli boende lengst mulig hjemme, også ved sykdom. Det må vi selvsagt hjelpe dem med. Men en ikke ubetydelig gruppe ser sykehjem som et godt og trygt alternativ ved helsesvikt, selv om helsen i og for seg ikke er så dårlig at sykehjems plassering er tvingende nødvendig (2). Denne gruppen blir tapere hvis legene baserer sine vurderinger på den politisk korrekte, men unyanserte antakelsen at hjemme alltid er best for «de gamle». Slike stereotyper kan nok være gunstige for kommuneøkonomien, men ikke for pasientene.

Våre kunnskaper er mangelfulle når det gjelder den helsemessige effekten av sykehjems plassering, men en pågående longitudinell undersøkelse vil etter hvert gi mer presis kunnskap (3). Populære antakelser går ut på at institusjonalisering fører til apati, lært hjelpeløshet og fallende funksjon (4). Klinisk erfaring tilsier imidlertid at pasienter også kan blomstre opp når de kommer i sykehjem, særlig hvis de har svakt sosialt

nettverk og angst og utrygghet har dominert deres hverdag. Paradoksalt nok kan disse pasientene bli nødt til å opprettholde sin hjelpeløshet etter at de er kommet i sykehjem, ellers risikerer de kanskje overføring til et lavere omsorgsnivå.

Aldershjemmene representerte tidligere et tilbud til eldre som var selvhjulpne, men som likevel foretrakk en mer institusjonspreget boform. Denne institusjonstypen er imidlertid blitt dramatisk nedbygd. Den kraftige satsingen på omsorgsboliger fyller sannsynligvis et behov, men ikke nødvendigvis for de samme pasientene som tidligere ville valgt aldershjem. Valg av boform for gamle mennesker vil i mange tilfeller måtte dikteres av medisinske forhold, men skulle for øvrig være basert på deres egne preferanser. En reell valgfrihet forutsetter ikke bare at omsorgstilbudet ertilstrekkelig dimensjonert, men også at det er differensiert nok til å imøtekomme individuelle ønsker og behov.

Torgeir Bruun Wyller

Publisert: 20. november 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.