

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Sykepleien



**Erfaringer med
legemiddelhåndtering**



GERIATRISK SYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
wivi-ann.tingvoll@uit.no
Tlf. 97 53 95 55

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, PhD, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. Liv Halvorsrud, førsteamanuensis Høgskolen i Oslo og Akershus, HF – Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteamanuensis, Diakonhjemmet høgskole. Gørill Haugan, PhD, 1.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
wivi-ann.tingvoll@uit.no
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

ANNONSER

Liv Inger Korsnes Nilsen
Tlf. 90 06 71 42
linilse@online.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 8. juni

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.k.helgesen@hiof.no

Innhold



01 - 2017

- 3 Leder:
Tor Engevik
- 4 Landsstyret
- 5 Gjesteredaktør:
Jorunn Drageset
- 6 Smånytt
- 8 Studentenes møte
med polyfarmasi
hos eldre pasienter
- 18 Mer kompetanse
og bedre rutiner
- 26 Hvorfor svikter
ernæringsoppfølgingen?
- 30 NSF FGD
landskonferanse 2017
- 31 Hundre dager
uten trykksår
- 32 Lite kunnskap om
samisk kultur
- 34 Gratis medlemskap
for studenter
- 36 Bli medlem





Foto: Privat

 FAKTA**Tor Engevik**

Leder NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Musikk som døråpner

Vårens vakreste eventyr nærmer seg. Jeg tenker selvsagt på NSF FGDs landskonferanse den 20.-21. april i Tromsø. Temaet for konferansen er «demens - en hverdag på mine premisser». Vi vil med vår konferanse ikke bare sette pasienten i sentrum, men søke å belyse hvordan det er å leve med demens fra den som blir rammet sitt ståsted.

Musikkterapi

En rekke dyktige fagpersoner står for innleggene på konferansen. En av dem er Solgunn Knardal, som er musikkterapeut ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus på Askøy. I september 2016 ble hun tildelt Nasjonalforeningen for folkehelse i Hordaland sin demenspris. Solgunn mener at musikken er noe vi har med oss gjennom hele livet og at den bærer med seg noe av livsfortellingen vår. Ingen av oss husker alt vi har opplevd, men vi kan huske følelsene vi hadde i forskjellige situasjoner, sier hun. Det er større sjanse for at gode minner blir vekket til live når vi hører den musikken vi har hatt med oss fra tidligere år. Solgunn bruker derfor musikk som en døråpner til gode samtaler med eldre med demensdiagnose.

De fleste av oss som jobber i geriatri- og demensomsorgen har vært vitne til noen av de fine øyeblikkene som en god musikkterapeut kan vekke til live. Historier om musikkens positive påvirkning er også mange. Like før jul for noen

år tilbake var musikkterapeut Kathrine Dale innom min avdeling for å spille piano og synge julesanger med våre beboere. En eldre mannlig pasient på avdelingen og hans to voksne døtre var til stede, for å nyte førjulsstemning med sang og musikk. Kathrine stemte i med «glade jul» og det tok ikke lang tid før den eldre herren begynte å synge med, og det med en klokkeklar og kraftfull stemme. Mannen med langtkommen demens som ellers hadde problemer med å formulere en enkelt setning, sang hele teksten ordrett, vers for vers. Øyeblikket var magisk og ikke et eneste øye var tørt verken hos pleiere eller pårørende.

Kan dempe angst

Hos en annen mannlig pasient ble en angstdempende formiddagstablett seponert og erstattet av en fast musikkstund med pasienten hver dag kl. 13. Musikken var valgt ut sammen med pasientens pårørende. En bedre hverdag med mer musikk og mindre medisiner ble resultatet for denne beboeren. Dette harmonerer godt med funnene i Tone S. Kvammes' ph.d. avhandling, «Glimt av glede», Oslo: Norges musikkhøgskole, 2013. Avhandlingen dokumenterer at musikkterapi kan påvirke sinnsstemningen i positiv retning hos personer med demens som har symptomer på depresjon og angst. At deltakerne i prosjektet til Kvamme også fikk økt livskvalitet må sees på som en hyggelig bivirkning. ■



Landsstyret NSF FGD 2017

LANDSSTYRET**Leder:**

Tor Engevik
Mobil: 90 54 62 28
e-post: tor.engevik@hotmail.no

Nestleder:

Inger Lund Olsen
Mobil: 93 24 32 37
e-post: inger.olsen@halden.kommune.no

Styremedlem:

Siren Anderassen
Mobil: 97 83 42 88
e-post: sirenandreasen@yahoo.no

**Styremedlem,
landskonferanse-
ansvarlig:**

Liv-Berit L. Jordal
Mobil: 41 69 30 56
e-post: livberitjordal@msn.com

**Styremedlem/
redaktør:**

Wivi-Ann Tingvoll
Mobil: 97 53 95 55
e-post: wivi-ann.tingvoll
@hin.no/vat@hin.no

**Styremedlem/
kasserer:**

Elin Grønsvæn
Mobil: 41 26 28 84
e-post: elingron1@hotmail.com

1. vara:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

**Nettsideansvarlig/
medlemskontakt:**

Gunhild Grythe
Mobil: 92 08 56 91
e-post: gunhil-g@
online.no

Facebookansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no

LOKALGRUPPELEDERE**Hordaland:**

Terje Årsvoll Olsen
Mobil: 97 69 26 20
e-post: tao@broadpark.no

Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

Vestfold:

Katrine Linnom Pedersen
Mobil: 93 01 40 58
e-post: katrine.linnom@hotmail.com

Oppland:

Kari-Ågot K Taralrud
Mobil: 91 64 69 61
e-post: k.taralrud@hotmail.com

Buskerud:

Heidi Hobbestad
Mobil: 99 70 49 51
e-post: heho7412@hotmail.com

Østfold:

Håkon Johansen
Mobil: 90 85 06 70
e-post: haaj4@online.no

Oslo/Akershus:

Christine Jærv Erkheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineekrheim@
hotmail.com

Trøndelag:

Linda Vinje
Mobil: 930 26 793
e-post: lindavinje@hotmail.com

KONTAKTPERSONER**Agder:**

Kari Benneche Neteland
e-post: karianne.benneche.
neteland@sshf.no

Rogaland:

Ragnhild Kalstveit
Mobil: 90 92 72 00
e-post: r_karstveit@
hotmail.com

Telemark:

Sylvi Pedersen
Mobil: 92 08 18 42
e-post: sy-ped@online.no

Nordland:

Ann Iren Nikolaisen
Mobil: 91108478
e-post: ann.iren.nikolaisen@narvik.
kommune.no

Møre og Romsdal:

Anne Merete Hage
annmeha61@gmail.com

Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Hedmark:

Renate Andersen
e-post: rea76@online.no

Kontaktperson ønskes
i Sogn og Fjordane

Vitenskapelig tidsskrift

Geriatrisk Sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrisk sykepleie og sykepleie til personer med demens gjennom formidling av klinisk forskning og utvikling innen fagfeltet. Tidsskriftet er også et medlemsblad for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, kronikker og bokanmeldelser samt reportasjer. Manuskrifter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens

Foto: Privat


FAKTA
**Jorunn
Drageset**

Gjesteredaktør

Behov for mer kunnskap

Denne utgaven av Geriatrisk sykepleie fokuserer på «Erfaringer med legemiddelhåndtering i møte med hjemmeboende eldre» og «Studentenes møte med polyfarmasi hos eldre pasienter». Begge artiklene viser at det er behov for økt kompetanse for å imøtekomme utfordringene helsepersonell møter når pasientene har sammensatte helseproblemer og bruker flere legemidler. Utfordringene i primærhelsetjenesten er blitt mer komplekse. I St.melding nr. 26 påpekes denne kompleksiteten særlig etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Pasientgrunnlaget har endret seg og hjemmesykepleien har ansvar for kompliserte behandlingsregimer med større ansvar for medikamenthåndtering. Det setter krav til personalets kvalifikasjoner. Samtidig kan flere sykdommer behandles gjennom komplekse legemiddelbehandlingsregimer. Eldre multisyke kan få økt livskvalitet og livslengde. Riktig medikamenthåndtering er viktig og det fremheves i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». For å møte kompleksiteten fremheves økt satsing på kompetanse, arbeidsformer, organisering, arbeidsdeling og ledelse.

Hjemmeboende

Artikkelen «Erfaringer med legemiddelhåndtering i møte med hjemmeboende eldre» setter søkelys på sykepleierens opplevelser av ansvaret for legemidler i arbeidshverdagen i hjemmetje-

nesten. Dataene ble hentet inn ved intervju med seks sykepleiere. Funnene belyser kompleksiteten i oppgavene de må håndtere og utfordringene sykepleierne opplever i samarbeidet med andre helsepersonell. Behov for økt kompetanse hos sykepleierne og bedre ytre rammer for utøvelse av sitt arbeid, slik som tid og rutiner. Forfatterne konkluderer med behov for økt kompetanse, klarere rutiner og rollefordeling når det gjelder legemiddelhåndtering.

Polyfarmasi

Den andre artikkelen setter søkelyset på «Studentenes møte med polyfarmasi hos eldre pasienter – et læringsverktøy som integrerer farmakologi og legemiddelhåndtering». Hensikten var å avdekke studentens veiledningsbehov ved observasjon av den multisyke gamle i legemiddelbehandling. Studiet har kvalitetsutviklingsdesign med en oppfølgende kvalitativ analyse av erfaringene med bruk av et nytt læringsverktøy for medikamenthåndtering i hjemmetjenesten. Studentene erfarte at den elektroniske dokumentasjonen var mangelfull. De uttrykte en økt innsikt i nytteverdi og utfordringer, samt en økt bevissthet omkring sykepleiers kompetanse knyttet til pasientsikker legemiddelbehandling ved bruk av ulike legemidler. Basert i studiens funn konkluderer forfatterne med at bruk av læringsverktøyet utviklet i prosjektet, ga ny kunnskap til faglærere, ansatte og studenter. ■



Hacker pacemakeren

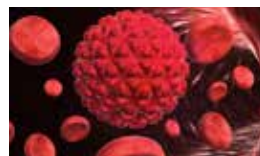
Hacking av medisinsk utstyr kan true pasientenes sikkerhet når utstyret i økende grad koples opp mot internett. For eksempel har dagens pacemakere og implanterte hjertestartere trådløs kommunikasjon. Interne systemer rammes også. Flere sykehus i utlandet har opplevd at virus har satt datasystemer for håndtering av pasientinformasjon ut av spill i en slik grad at avdelinger måtte stenges ned, skriver Marie Moe, forsker ved Sintef Digital.



Kilde: gemini.no

Vanligste dødsårsak

I sykehjem og i sju fylker er nå kreft den sykdommen som tar flest liv. I 2015 døde i overkant av 40 000 i Norge. På landsbasis er de hyppigste dødsårsakene fortsatt hjerte- og karsykdommer (28,5 prosent), tett fulgt av kreftsykdommer (27,2 prosent) – men kreft er i ferd med å passere hjerte- og karsykdommer som den hyppigste dødsårsaken i Norge.



Kilde: Fhi.no

«Et godt smil kommer sjelden alene.»

Dag Evjenth

Ingen gevinst

Har et moderat alkoholforbruk positiv effekt på helsa? Trolig ikke, viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Forskerne undersøkte om det var forskjell i sykefravær mellom tvillinger, der den ene drakk moderat mens den andre drakk lite eller ingenting.

– Hvis det hadde vært en helsegevinst ved å drikke, ville man forventet at den tvillingen som drakk moderat, hadde lavere sykefravær enn sin ikke-drikkende tvilling. Men slik var det ikke. Det tyder på at moderat alkoholbruk ikke medfører en reell positiv helseeffekt, sier forsker Kristian Amundsen Østby.

Kilde: fhi.no



Finn en venn

Kjenner du ensomme eldre som kan trenge en venn? Organisasjonen Telefonkontakt for eldre og uføre formidler voksne telefonvenner for en ukentlig «trivselsamtale». En fast telefonvenn kan gi både glede og trygghet og er særlig aktuelt for dem som på grunn av helse situasjon kommer seg lite ut blant andre. Telefonvennen ringer 15–20 minutter en gang i uka. Tilbudet er landsdekkende, og gratis for brukerne. Organisasjonen og tilbudet har eksistert siden 1971 og er finansiert av Helsedirektoratet

Nettside: www.telefonkontakt.no

Fastlegen svikter

Oppfølgingen av pasienter ved livets slutt svikter ofte når pasienten sendes hjem fra sykehuset og ansvaret flyttes til fastlegen, viser en undersøkelse gjort av Sintef.

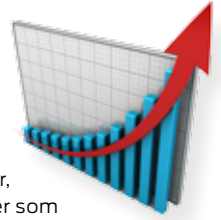
– I undersøkelsen vi har gjort, er det et stort spenn mellom noen fastleger som følger opp og drar på hjemmebesøk til den døende – mens andre er helt fraværende. De fleste vi intervjuet sier at fastlegene må trekkes mer inn i palliativt arbeid, sier Line Melby ved Sintef.



Kilde: gemini.no

Blant de beste

Norge er blant de europeiske landene med den laveste dødeligheten etter hjerneslag, hjerteinfarkt og ulike kreftformer, men vi henger etter på områder som røykerelaterte lungesykdommer og noen smittsomme sykdommer. Det viser Folkehelseinstituttets kommentarrapport til OECDs rapport «Health at a Glance» som sammenligner europeiske land.



Kilde: Fhi.no

Lærer for lite om eldre

De som skal jobbe i helsevesenet, lærer for lite om eldres helse. Det er konklusjonen til forsker Kariann Krohne ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hun har kartlagt hvor synlig aldring og helse er på utdanningene til sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, ergo- og fysioterapeuter på 54 norske studiesteder.

Sykepleierutdanningene ligger best an av alle utdanningene i kartleggingen. På emnenivå er temaet viet tydeligst plass. I de 20 sykepleierutdanningene ble til sammen 25 relevante emner registrert, som «geriatrisk sykepleie» og «praksisstudier – sykehjem».

Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse/forskning.no



Apparat som kan stille diagnoser

Et håndholdt apparat som overvåker din helse og sier ifra om farer for sykdommer, har til nå tilhørt science fiction-verdener. Men et slikt apparat, en såkalt tricorder, kan snart se dagens lys. En internasjonal konkurranse, Qualcomm Tricorder X Prize lover nesten 10 millioner dollar til det laget som går av med seieren. Vinneren skal kåres til sommeren.

Apparat skal gjøre det mulig for vanlige forbrukere å diagnostisere sykdommer som diabetes, lungebetennelse og rytmeforstyrrelser i hjertet.

Kilde: videnskab.dk





Studentenes møte med polyfarmasi hos eldre pasienter

Studenter i praksis fikk i oppgave å observere en multisyk hjemmeboende pasient hver i åtte uker, og dele observasjonene med sine kolleger.

FAKTA

Av Eva Koføed,
Høgskolelektor ved
VID-vitenskapelige
høgskole

Evelyn Jakobsen,
Distriktsleder, Bærum
Kommune Distrikt
Rykkinn

Liv Wergeland Sørbye,
Professor ved VID-viten-
skapelige høgskole

Innledning

Stadig flere sykdommer kan forebygges, behandles og lindres gjennom komplekse legemiddelbehandlingsregimer. Legemiddelbehandling av multisyke eldre kan både øke livskvaliteten og være livsforlengende. Riktig bruk av legemidler er helt avgjørende for godt behandlingsresultat. I et globalt perspektiv er medikamenthåndtering en nøkkelfaktor for pasientsikkerhet (1). En europeisk studie viste at polyfarmasi var vidt utbredt i hjemmetjenesten. De eldre som hadde flest lidelser, var også mest utsatt for feilmedisinering (2). En antar at minst én av ti sykehusinnleggelse av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler (3). Feil bruk av legemidler medfører belastende og iblant livstruende bivirkninger men kan også føre til redusert eller fraværende effekt av et behandlingspotensial. Flere legemidler betyr høyere risiko for pasienten og øker risiko for uønskete hendelser (1). Pasientsikkerheten er avhengig av kontinuerlig oppfølging og nøye

sykehjem og hjemmetjenester i Bærum hevdet at «Det er viktig med regelmessige observasjoner og vurdering av legemiddelbehandling av kvalifisert sykepleier» (6). Legemiddelbehandling i hjemme-sykepleien skal inkludere at sykepleier følger opp med observasjon for effekt og mulig utvikling av bivirkning av legemidlene (7). Anvendelsen av farmakologisk kunnskap kan best bli forstått i den kliniske hverdag i forhold til konkrete pasienter. Sulosaari mfl. (8) presiserer at farmakologisk kunnskap må være en integrert del av håndtering av medisiner: Vurdering av virkning og bivirkninger, dosering og pasient undervisning. I dette prosjekt settes det fokus på sykepleiestudenters anvendelse av farmakologi i praksisstudie i hjemmetjenesten. Prosjektet anviser et læringsverktøy som integrerer farmakologi i legemiddelbehandling og vil kunne bidra til kompetanseoppbygging hos studentene og i hjemmetjenesten. Hensikten er også å avdekke studentens veiledningsbehov ved observasjon av den multisyke gamle i legemiddelbehandling.

«Flere legemidler betyr høyere risiko for pasienten.»

observasjon av effekt og bivirkninger av legemiddelbehandlingen (4). Den nasjonale pasientsikkerhetskampanje «I trygge hender» (5) har i flere av sine satsingsområder fokus på legemiddelrelaterte problemområder. Lederen for utviklingscenter for

Forskningsspørsmål

- På hvilken måte vil observasjonsoppgaven øke studentenes bevissthet om krav til kompetanse for å utføre pasientsikker legemiddelbehandling?
- Hvilke veiledningsbehov har en student ved observasjon av legemiddelbehandling?
- Hvordan innvirker studentenes legemiddelobservasjon på praksisstedets eget fokus på kvalitetssikring av legemiddelbehandlingen?

OBSERVASJON: Studentene observerte effekten og bivirkningene av legemidlene.
Illustrasjonsfoto: Colourbox



Sammendrag

Bakgrunn: Stadig flere sykdommer kan forebygges, behandles og lindres gjennom komplekse legemiddelbehandlingsregimer. Eldre multisyke kan både få øke livskvaliteten og livslengde. Riktig medikamenthåndtering er nøkkelfaktor for pasientsikkerhet.

Hensikt: Studien vil avdekke studentens veiledningsbehov ved observasjon av de multisyke gamle i legemiddelbehandling. En ønsker å integrere sykepleiefaglig kunnskap med vekt på farmakologi i den kliniske hverdag.

Metode: Prosjektet har et kvalitetsutviklingsdesign med en oppfølgende kvalitativ analyse av erfaringene med bruk av et nytt læringsverktøy for medikamenthåndtering i hjemmetjenesten.

Resultater: Utvalget var 46 studenter som alle hadde åtte ukers praksisstudie i perioden 2012–2014. Studentene erfarte at den elektroniske dokumentasjonen var mangelfull. Studentene uttrykte en økt innsikt i nytteverdi og utfordringer ved bruk av ulike legemidler. De hadde lært å arbeide strukturert og fått en økt bevissthet omkring sykepleiers kompetanse knyttet til pasientsikker legemiddelbehandling

Konklusjon: Bruk av læringsverktøyet utviklet i prosjektet, ga ny kunnskap til faglærere, ansatte og studenter. Den enkelte student benyttet struktur og systematikk i sine observasjoner, samt refleksjon og dokumentasjon. Prosjektet skapte engasjement i hjemmetjenesten. Mange pasienter og et høyt antall fastleger skaper utfordringer i hjemmetjenesten når det gjaldt oppdaterte, fullstendig diagnoseliste og dokumentert indikasjon for hvert legemiddel.

Nøkkelord: polyfarmasi, hjemmesykepleien, sykepleierstudent, læringsverktøy og klinisk praksis

Summary

Background: More and more diseases can be prevented, treated and alleviated through complex drug regimens. Older, comorbid people can both get improved quality of life and prolonged survival. Proper medication management is a key factor for patient safety.

Purpose: This study will reveal the students guidance needs by observation of the comorbid old in drug treatment. One wants to integrate nursing knowledge with emphasis on pharmacology in clinical situations.

Method: The project has a quality design with a follow-up qualitative analysis of the experiences with the use of new learning tool for medication management in home care

Results: The sample, 46 students had all an eight-week practical training in the period 2012–2014. Students found that the electronic documentation was inadequate. Students expressed an increased insight into the benefits and challenges associated with the use of various drugs. They had learned to work in a structured and gained a greater awareness of the nurse's expertise relating to patient safety drug treatment

Conclusion: Using the learning tool developed in the project, gave new knowledge to teacher, staff and students. Each student used structure and systematics in their observations, in addition reflection and documentation. The project created involvement in home care. Many patients and a high number of GPs creates challenges in the home when it came to-date, complete diagnosis list and documented indication for each drug.

Keywords: polypharmacy, community-nursing services, nursing student, learning tools and clinical practice



 FAKTA

Læringsverktøy

Oppgave studentfremlegg: Observasjon av helse-tilstanden til multisyke eldre pasient

Innledning: Individuell fremlegg i staben som integrerer teorigrunnlag om observasjon og konkret pasientobservasjon av multisyke eldre pasient.

Hensikten: med oppgaven er at studenten viser ferdighet i pasientobservasjon og viser formidlingsevne omkring sine observasjoner.

Definisjon: Observasjon: oppmerksom «iaktakelse» av pasienten i den hensikt å innhente data om helse-tilstanden

Oppgaven/Veiledning: Studenten får løpende veiledning av sin praksisveileder og en fellesveiledning av faglærer ved høgskolen.



PRESENTASJON: Studentene delte sine erfaringer med kollegene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Metode

I dette prosjektet er det valgt et kvalitetsutviklingsdesign (9), med en oppfølgende kvalitativ analyse av erfaringene med prosjektet. Hensikten var å kartlegge den aktuelle situasjonen for hjemmeboende multisyke eldre før kvalitetsarbeid ble igangsatt. Utvalget var 46 studenter som alle hadde en åtte ukers praksisstudier i hjemmetjenesten i perioden 2012–2014. De ble informert om prosjektet i teoriundervisningen på høgskolen som innledet praksis. Studentene fikk beskjed om at dette var en ekstra oppgave, men at det var innenfor rammene av hva som forventes av en hjemmesykepleier. De ble orientert om at de skulle gjennomføre observasjon av legemiddeleffekt og bivirkning hos sin multisyke gamle primærpasient.

Data skulle innsamles mens de utførte ordinære hjemmesykepleieoppgaver. I tillegg til den ordinære oppfølging av praksisveileder og lærerveileder hadde studentene tilbud om på eget initiativ å innhente ytterligere veiledning på oppgaven av praksisveileder og lærerveileder. I tillegg fikk studenten planlagt veiledning av faglærer, samt tilbakemelding på selve fremlegget. Sentrale veiledningstema var: forutsetninger og kompetanse for å kunne foreta de rette observasjoner, hvilke utfordringer sto studenten overfor og hvilken konkret kunnskap og erfaring kunne faglærer bidra med. I prosjektet var det utviklet et observasjonsskjema som anga en struktur og systematikk i observasjonen. Dette skjema hadde plass til en kort omtale av pasientens helhetssituasjon og medisinske diagnoser med

behandlingsmål, utvalgte observasjonsområder og utvalgte legemidler fra pasientens legemiddelliste. Legemidlene skulle fremlegges ut ifra hovedpunktene: legemiddelgruppe (ATC nummer), indikasjon hos den aktuelle pasient, forventet og observert effekt/bivirkning og forslag til sykepleietiltak.

Studentene skulle observere relevante områder omkring pasientenes kognitive funksjon, psykisk helse-tilstand, smertetilstand, søvnkvalitet, ernæringstilstand, sirkulasjon, respirasjon og endokrine funksjon og vannlatingsfunksjon. Studentene skulle reflektere over resultatene av observasjonene og komme med forslag til sykepleietiltak. Pasientenes helhetlig helse-tilstand var et viktig utgangspunkt for vurdering av virkning og bivirkning av de legemidler de fikk.

Alle de 46 studentene gjennomførte individuell fremlegg (15 minutter) på lunsjmøte med de ansatte på avdelingen. Faglærer var med på fremleggene. Hensikten var å integrere teori inn i observasjon og dele sine funn og refleksjoner. Fremlegget skulle initiere en dialog i staben om legemiddelbehandlingen av pasienten.

Prosjektet ble evaluert av 14 (64 %) studenter som hadde praksis i perioden 2012–2013. Et semistrukturert spørreskjemaet omhandlet spørsmål om studentens opplevelse av læringsverdi og relevans av observasjonsoppgaven. I tillegg ble studentens spurt om opplevelse av de ansattes interesse for fremlegget deres og åpen rubrikk for andre kommentarer til oppgaven.

FIGUR 1: Registreringsskjema relatert til legemiddelhåndtering*

Produktnavn Legemiddelgruppe ATC nummer	Indikasjon	Forventet effekt	Hyppe bivirkning er	Observasjon av effekt og bivirkning	Refleksjon og eventuelt forslag til sykepleietiltak	Kommentar

* Dokumentasjon i EPI skjer i samarbeid med praksisveileder /primærsykepleier.

Etisk vurdering

De aktuelle pasientene var informert om studentarbeidet og tilbakereportering til andre ansatte var innen for rammen av etisk- og juridiske praksis. Denne typen kvalitetsutviklingsprosjekt er ikke fremleggingspliktige for regional etisk komitee for medisinsk og helsefaglige forskningsprosjekter. I denne studentoppgaven har ingen «nye» helseopplysninger blitt innhentet, det som vektlegges er studentenes observasjonsevne og refleksjon. Studentene har samtykket i at deres erfaringer kan publiseres. Personidentifiserbare opplysninger er ikke gjengitt verken for pasienter eller studenter.

Videreutvikling av studentoppgaven

Som hjelp til revisjon av opplegget ble det i september 2013 foretatt et fokusgruppeintervju med seks studenter som hadde hatt fremlegg av observasjonsoppgaven. Synspunkter som kom frem i denne fokusgruppen ga verdifull informasjon om studentenes opplevelse av læringsutbytte og rammene omkring oppgaven. Synspunkter fra dette gruppeintervjuet sammen med prosjektledernes egne erfaringer og studentenes løpende tilbakemeldinger var med til å videreutvikle studentoppgaven. Fra høsten 2014 ble det mer struktur på veiledningen og oppgaveomfanget ble redusert fra fire til tre observasjonsområder og til tre legemidler. Det ble formulert detaljert oppgavetekst og tilgang til eksempel på en legemiddelobservasjon. Intensjonen med fremlegget ble tydeliggjort og det ble forventet at studentene inkluderte kunnskaper fra faget «Sykepleierens undervisende funksjon». De ansatte i tjenesten evaluerte prosjektet i samtaler med distriktsleder.

Dataanalyse

I denne studien har vi benyttet kvalitativ metode (10). Førsteforfatter har gjennomført en innholdsanalyse av

studentens skriftlige arbeider, fremlegg og de muntlige tilbakemeldinger i veiledning og grupper. Innspill relatert til introduksjon, veiledning, oppgavens vanskelighetsgrad og omfang, ble vurdert deduktivt, siden studentene skulle besvare et sett gitte spørsmål (jrf. tabell 1). Ut fra det kvalitative materiale ble det skissert et sett sentrale kategorier relatert til studentenes veiledningsbehov. Medforfatterne gjennomgikk de ulike kategoriene og ut fra sitt kjennskap til praksis og studentarbeidet validerte funnene ved hjelp av begrepsvaliditet og sunn fornuft «face validity» (11).

Resultater

Studentenes læringsutbytte

Alle studentene uttrykker opplevelse av stor læringsverdi ved gjennomføring av observasjonsoppgaven.

«De ansatte beskriver studentenes fremlegg som inspirerende og lærerikt.»

Studentene utdyper dette ved å trekke frem at de via observasjonsoppgaven hadde fått: a) en økt innsikt i nytteverdi og utfordringer ved bruk av ulike legemidler, b) lært å lage en struktur for oppfølging av multisyke eldre i behandling med flere legemidler og å presentere dette for staben og c) en økt bevissthet omkring sykepleiers kompetanse knyttet til pasientsikker legemiddelbehandling.

Svært god læringsverdi gjennom å arbeide med oppgaven, dette spisset mine kunnskaper om pasientens medisinbruk og hjelper til å rette oppmerksomheten mot en viktig sykepleieroppgave (student).





MEDISIN: Miks av mange medisiner øker faren for feilbehandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Studentene ga uttrykk for at grunnlag for å gjøre legemiddelobservasjon var en oppdatert diagnose- og medisinlisten med dokumentert indikasjon for hvert legemiddel.

Studentenes erfaring

Her skisseres de utfordringer som ble avdekket i den organiserte fellesveiledning med faglærer. Fellesveiledning beskrives som lærerik og nyttig for løsning av oppgaven.

En student beskriver det på denne måte:

Veldig fornøyd med opplegget, spesielt møtene i for-

«Det er muligheter for forbedring.»

kant (fellesveiledningen) hvor vi kunne stille spørsmål og lære av hverandre

Læringsverktøyet utviklet av prosjektlederne for systematisk legemiddelobservasjon ble i stor grad benyttet av studentene. Det ble beskrevet som en veiledning og et godt verktøy i arbeidet med oppgaven. Noen studenter fant oppgavens struktur på legemiddelobservasjonen relevant å ta med seg til kommende praksisforløp.

Veiledningsbehovene var sentret omkring valg av observasjonsområder ut ifra kunnskaper om sykdom og symptomer. Studentene hadde lite bevissthet om

begrepet behandlingsmål. Praktisk bruk av omfattende bivirkningsoversikter måtte illustreres. Studentene delte med hverandre hvordan de kunne finne supplerende informasjon om pasientens helsetilstand. Noen studenter beskrev bruk av ordinasjonskort fra apoteket til avdekking av indikasjon for legemidlene. Bruk av felleskatalogen ble trukket frem i veiledningen som hjelp ved sortering av legemidler etter kodeverket anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregister (ATC-register). Studentene måtte illustrere eksempler på mulige sykepleiertiltak.

Student A hadde observert at pasientens morgenmedisin ble servert sammen med et glass melk. Pasienten var glad i melk. Studenten fant via oppgaven at det ene av mange legemidler om morgenen var jerntablett. Hun slo opp i Felleskatalogen og fant at melk reduserer absorpsjon av jern i tarmen. Studenten anbefalte i sitt fremlegg at legemiddelet som inneholdt jern ikke ble gitt sammen med melk. I dialogen etter fremlegget fant hjemmetjenesten en praksis løsning på denne uheldige interaksjon mellom legemiddelet og måltider med melk.

Student B beskrev i sitt fremlegg en pasient som hadde vært i behandling for forhøyd blodtrykk gjennom flere år. Ved måling av pasientens blodtrykk fant studenten et moderat forhøyd blodtrykk. Av tiltak foreslo studenten at måle pasienten blodtrykk tre ganger per uke over to uker og med større fokus på standardbetingelser ved målingen. Studenten ville ta

TABELL 1: Fokusgruppeintervju av sykepleierstudenter

Spørsmål	Studentenes respons
Beskriv læringsutbyttet	Alle studenter opplevde at de hadde lært mye relevant om legemidler og om sykepleiers oppgave og rolle ved legemiddelhåndtering.
Hvordan opplevde du presentasjon av oppgaven?	Oppgaves innhold og omfang hadde vært utydelig og det manglet oppgavetekst.
Hvordan opplevde du oppgavens omfang og kompleksitet?	Oppgaven tok en del tid og kunne virke stressende da det også skulle gjennomføres en hjemmeeksamen i praksisperioden.
Beskriv utbytte av veiledningen	Veiledningen gjorde oppgaven håndterbar og gav hjelp til hvordan hente støtte fra faglitteratur.
Hvordan opplevde du det å fremlegge for staben?	Studentene var overrasket stor interesse i staben for fremleggene deres. Staben inngikk villig i dialog om pasienten. Praksisveileder bør initiere fremlegget.
Kunne observasjonsoppgaven være relevant som et arbeidskrav i praksisperioden	Ja, hvis oppgaven koordineres med andre arbeidskrav i praksis.

TABELL 2: Kompetanseutvikling i observasjon av legemiddelbehandling

Forutsetninger og kompetanse	Studentenes utfordring	Veiledning
Oppdatert diagnoseliste	I EPJ er det ikke alltid ført opp diagnoser og listen er ikke oppdatert.	Spør pasient, pårørende og praksisveileder. Benytt epikriser fra innleggelses og poliklinikk.
Indikasjon for hvert legemiddel	Det er ikke anført indikasjon for hvert legemiddel	Spør pasient, pårørende og praksisveileder eller fastlege. Benytt medisinkort fra apotek hvor indikasjon for hvert legemiddel kan være anført.
Bruk av faglitteratur	Kategorisering av medisiner etter virkeområde. Teori om sykdom og symptomer. Felleskatalogen angir mange og sjeldne bivirkninger.	Repetisjon av ATC-kodesystemet. Pensumbøker angir typiske symptomer for sykdommer og de mest relevante bivirkninger. Bruk av Legemiddelhåndboken og annen faglitteratur.
Observasjon	Konkretisere og målrette observasjonsområder	Observasjonsområder velges ut ifra helsetilstand og behandlingstilbud. Konkret om hva de skal undersøke og måle.
Vurdering av observasjonene	Klargjøre behandlingsmål. Observasjon relatert til behandlingsmål.	Observasjonsresultatene vurderes mot forventet virkning og kjente bivirkninger av medikamentene.
Sykepleietiltak	Foreslå sykepleietiltak knyttet til observasjonsresultatene.	Eksempplifiser: Tettere observasjon av pasienten. Intensivere relevant informasjon til pasient og pårørende. Presenteres funnene for medisinsk ansvarlig.
Dokumentasjon	Trygghet til å forslå dokumentert sine funn og observasjoner i EPJ.	Praksisveileder vurderer om studentens oppdatering av diagnoselisten, indikasjoner og observasjonsresultater dokumenteres i EPJ.

kontakt med fastlege hvis blodtrykket lå stabilt høyd ved disse målinger.

Student C hadde legemiddelobservasjon på en pasient med pancreaskreft i sen fase. Pasienten hadde diare. Studenten undret seg over at pasienten ikke fikk tilført fordøyelsesenzym, Creon, som erstatning for den produksjon av enzym som pancreas ikke mere kunne produsere pga. kreftforandringer. Studenten samarbeidet med fastlegen og pasienten fikk ordinert Creon. Studenten hadde målt et lavt blodtrykk og reflekterte over om det lave blodtrykk kunne ha sammenheng med vedvarende diare og antihypertensiv

behandling. Studenten ville ta fornyet kontakt med fastlegen for vurdering av en langsom seponering av den antihypertensive behandling under regelmessig blodtrykkkontroll.

Den enkelte student trengte trygghet i veiledningsgruppen for å ta opp med sin praksisveileder muligheten for at deres data kunne dokumenteres i elektronisk pasient journal (EPJ). Veiledningsbehovene er oppsummert (jf. tabell 2).

Kvalitetsutvikling i tjenesten

En sentral målsetting for dette samarbeidsprosjektet



var kvalitetsutvikling i hjemmetjenesten. De fleste studenter beskriver at avdelingens ansatte var positive, interesserte, nysgjerrige og deltok i dialog om pasienten etter fremlegget.

Jeg opplevde overraskende stor interesse under fremlegget, særlig blant sykepleiere og hjelpepleiere. Mange stilte spørsmål angående legemidlene jeg pratet om, og virket nysgjerrige på hvilke observasjoner som var viktige å gjøre ved behandling med ulike legemidler (student).

De ansatte beskriver studentenes fremlegg som inspirerende og lærerikt. De omtaler fremleggene som en inspirasjon og et bidrag til tjenestens eget kompetanseutviklingsarbeid omkring legemidler og pasientsikkerhet. I samarbeid med praksisveileder har studentene tilført pasientenes EPJ opplysninger som ble innhentet gjennom arbeidet med observasjonsoppgaven. Det er tale om oppdatering av diagnoselister, tilføyelse av indikasjon for legemidler i tillegg til relevante data fra observasjonene.

Diskusjon

Dette samarbeidsprosjektet har tatt for seg læringsprosessen og pedagogisk metode som integrerer den teoretiske kunnskap i

farmakologi inn i klinisk observasjon ved legemiddelbehandling. Så langt vi kjenner til finnes det lite litteratur som omhandler pedagogisk metode for sykepleiestudenters anvendelse av teoretisk farmakologi i klinikken (12). Observasjon av legemiddelbehandling er en utfordring for hjemmesykepleien når det er 202 pasientene, med vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering, som er fordelt på 63 fastleger (Intern statistikk, Bærum kommune 2014). Erfaringen fra vårt materiale gjenspeiles i andre studier fra hjemmetjenesten. Tverrfaglig samhandling, informasjonsutveksling (samstemte legemiddellister) og oppfølgende observasjoner har store forbedringspotensial (13-14).

Det er 46 studenter som har deltatt i en åtte ukers praksis i hjemmetjenesten. De har samlet data relevant for medikamenthåndtering hjemme hos multisyke pasienter, ved hjelp av en gitt mal. I tillegg til den ordinære oppfølging av praksisveileder og lærerveileder fikk studenten en fellesveiledning av faglærer. Studentene delte sine funn og refleksjoner i staben og initierte en dialog blant de ansatte om legemiddelbehandlingen av pasienten. I denne drøftingsdelen vil vi belyse våre resultater relatert til aktuell fag- og forskningslitteratur. Følgende tema vil bli drøftet: studentens



BEDRE LIV: Eldre kan få økt livskvalitet og livslengde når de får gode medisiner som blir brukt på riktig måte. Illustrasjonsfoto: Colourbox

veiledningsbehov, dokumentasjon i praksis, oppgavens relevans og læringsverdi.

Studentens veiledningsbehov ved observasjon av legemiddelbehandling

Begrepene legemiddelbehandling og legemiddeladministrasjon benyttes på ulike måter. McGraw og Topping (15) omtaler sykepleiers administrasjon av legemidler med håndhevelse av de fem R-er som synonymt med begrepet legemiddelbehandling. Bielecki og Børdahl (16) benytter 7 kontrollpunkter. Vi har valgt å benytte en mer utvidet forståelse av legemiddelbehandlingsbegrepet tilsvarende Adhikari mfl. (1). Disse forskerne legger vekt på å utøve holistisk medisinerings og i sitt prosjekt forholder de seg til legemiddelbehandlingsbegrepet som omfatter administrasjonen av legemiddelet, men også etterfølgende observasjon for effekt og bivirkning av legemiddelbehandling. De har gjort sin studie om pasientsikker legemiddelbehandling og implikasjon for utdanning med sykepleierstudenter i spesialisthelsetjenesten. Her fremheves det tverrprofesjonelle samarbeid. Dette er i Norge effektivt gjennom krav om jevnlig legemiddelgjennomgang av pasientens legemiddelbehandling med sykepleier som sentral aktør i teamet (17).

Sykepleier har i et tverrprofesjonelt samarbeid et medansvar for observasjon av virkning og bivirkning ved legemiddelbehandling (7, 18). Hvis legemiddelrelaterte problemer hos eldre skal reduseres må kunnskap om legemidler til eldre økes hos både leger og sykepleiere (19).

Murphy (20) beskriver hvordan observasjon ved legemiddelbehandling involverer kompleks og strukturert klinisk tenkning. Bostrøm (21) finner at sykepleiere på sykehjem uttrykker et ønske og et behov for kompetanseheving i observasjon og refleksjon i forbindelse med legemiddelbehandling, utfordringene er enda større i hjemmetjenesten (13). Alteren mfl. (22) legger vekt på at studentene får manglende erfaring i å håndtere legemidler i situasjonen med pasienten.

Integrering av teoretiske kunnskaper inn i sykepleiestudentens praksisstudier er en stadig pedagogisk utfordring. Prosjektet har utviklet og anvist et læringsverktøy og en strukturert metode for observasjon ved legemiddelbehandling. Studenter i praksis i hjemmetjenesten observerer en pasient og fremlegger sine data og refleksjoner for de ansatte. Prosjektet har systematisert de områder av oppgaven

hvor studenten trenger veiledning. Veiledningen var begrenset til to timer i studentgruppe og har i hovedsak vært sentret omkring hensiktsmessig bruk av faglitteratur, valg av observasjonsområder, standardisering av målinger. Studentene trengte hjelp til å knytte data opp til kunnskap om sykdommer og forslag til sykepleievedtak. Resultatene i denne studien viser at studenter benytter strukturert klinisk tenkning ved hjelp fra anvist metode og læringsverktøy kombinert med faglærerveiledning. Kompleksiteten i legemiddelobservasjon til tross viser prosjektet at studenter mestrer å fremlegge relevante observasjonsresultater og refleksjoner.

Dokumentasjon i praksis

Studentoppgaven inneholdt krav om fremlegg av observasjonsresultater og refleksjoner. Dette ble sett på som en øvelse i dokumentasjon. Helsepersonelloven (23) setter krav til registrering av relevante og nødvendige opplysninger for å kunne utøve behandling og oppfølging av pasienten. Studenten ble oppfordret til å be praksisveileder vurdere hvilke nye data og refleksjoner som det var interesse for å doku-

«Avdelingen fikk økt fokus på legemiddelbehandling.»

mentere i pasientens EPJ. Praksisveileder vurderte også relevansen av forslag til sykepleievedtak. Studentenes ble utfordret til å benytte kunnskaper om formidling og være bevisst språkbruk så alle i staben kunne ha nytte av fremlegget. Fremlegget hadde en tidsramme på 15 minutter. Dette skjerpet studentene til å dokumentere kort, men presist og tilstrekkelig. Studentene erfarte tidlig i arbeid med oppgaven at de var avhengig av tilgjengelig diagnoseoversikt og medisinaliste med dokumentert indikasjon for hvert legemiddel. Studentene opplevde at diagnosene ikke alltid var ført inn i EPJ eller at de ikke var oppdatert. Noe av veiledningstiden brukte studentene til å gi hverandre ideer til hvordan epikriser og andre dokumenter i EPJ kunne hjelpe dem til å få en oversikt over pasientens sykdomsdiagnoser. Studentene fikk også en erfaring med at medisinalistene svært sjeldent var påført indikasjon for hvert legemiddel pasienten var i behandling med.

Studentene fikk erfare at observasjon av om et legemiddel virker er helt avhengig av dokumentasjon

av hva legemiddelet skal virke imot hos den aktuelle pasient. Manglende indikasjon gir usikker observasjonsfokus. Ved å kunne fordype seg i en enkelt case, fikk studentene erfare at pasientene var i risiko for uønskete hendelser og at multisyke eldre var mest utsatt (1-2).

Studentene fant at oppbygningen av den aktuelle EPJ ikke la til rette for en slikk opplysning for hvert legemiddel. I en veiledning hadde en student skaffet til veie et medisinkort til en pasient som fikk legemidler via multidose systemet. På medisinkort fra apoteket er det iblant påført indikasjon for hvert legemiddel eller det er anført en diagnosekode. Studentene beskrev det som motiverende når deres funn var nyttig for hjemmetjenesten. Mange studenter erfarte i sitt arbeid med oppgaven at de manglet informasjon i EPJ om pasientens for å kunne løse oppgaven. Studentene presiserte at alle pasientene måtte ha en oppdatert og fullstendig diagnoseliste og dokumentert indikasjon for hvert legemiddel. Dette var en basal kunnskap som var nødvendig for utføring av omsorgen. Studentene erfarte at det var store forbedringspotensial både når det gjaldt nasjonale og lokale retningslinje for nøye observasjon av effekt og bivirkninger av legemiddelbehandlingen (4, 6).

Oppgavens relevans og læringsverdi

Av evalueringen fremgår det at studentene opplevde stort læringsutbytte ved øvelsen med kartlegging av den gamles helsetilstand vurdert mot pasientens diagnoser og legemiddelliste. I tillegg er studentene tydelige på at den kompetanse oppgaven leder frem til er relevant for sykepleiere. Studentene finner kompetansen nødvendig og viktig og synes oppgaven egner seg for en studentoppgave i praksisstudiene i hjemmetjenesten. Det er ikke foretatt noen kvantitative mål for effekten av intervensjonen i denne studien. Ut fra internasjonal forskning er det vanskelig å anbefale noen spesiell intervensjon fordi forskningslitteraturen er for begrenset (24). Sykepleiere har en sentral rolle både når det gjelder i å begå og for å forebygge feilmedisinering. En finsk sykehusstudie konkluderer med at helsepersonell bør administrere medisiner med en høy moralsk bevissthet. Det må skapes et arbeidsmiljø som gjør det mulig å konsentrere seg om oppgaven (25). Studentene fra VID opplevde at de fikk tid og veiledning. De ansatte i hjemmetjenesten evaluerte det å delta på studentens fremlegg som inspirerende

og lærerikt. Distriktslederen beskrev at studentene gjennom sin oppgave bidro til tjenestens kompetanseutviklingsarbeid og avdelingen fikk økt fokus på legemiddelhåndtering. De ansattes respons og deltakelse i dialog om pasienten og deling av erfaring etter fremleggene ga viktig læring til studentene. De ansatte kunne gi tilleggsopplysninger omkring de faktiske forhold om muligheter og begrensninger i de konkrete pasientsituasjonene. Faglærer som frem til prosjektets start bare hadde jobbet med teoridelen av farmakologifaget har fått viktige kliniske input fra pasienthistorier, studenter, hjemmesykepleiere og andre ansatte i tjenesten. Dette har gitt faglærer mulighet til å trekke relevante og aktuelle problemstillinger inn i den teoretiske farmakologiundervisning. På den måte kan teoriundervisningen i større grad legges til rette som bakgrunnskunnskap for øvelser på observasjon av virkning og bivirkning av legemidler. Adhikari (1) trekker frem at sykepleiestudenter bør ha mer dedikert farmakologi i sin utdanning for å øke sin farmakologiske forståelse. I vårt prosjekt går vi et trinn videre og anviser en måte hvorpå studenter kan få erfaring og øvelse med å anvende den teoretiske farmakologi som inngår i utdanningen. Den teoretiske farmakologi anvendes i observasjon og refleksjon over en konkret pasient i hjemmetjenesten sin legemiddelbehandling. Vi kaller dette anvendt farmakologi. På VID, Oslo har observasjonsoppgaven siden høst 2014 vært en integrert del av obligatorisk arbeid for alle studenter i praksis i hjemmetjenesten.

Konklusjon

Erfaring fra prosjektet er at studentene opplevde observasjonsoppgaven som bevisstgjørende og svært relevant. Fremlegg for kolleger i tjenesten beskrives som lærerikt. Tjenesten opplevde studentfremleggene som en inspirasjon og et bidrag til tjenestens eget kompetanseutviklingsarbeid omkring legemidler og pasientsikkerhetsarbeid. Veiledning av studentene kunne avgrensnes til noen definerte områder. Bruk av læringsverktøyet utviklet i prosjektet, ga den enkelte student struktur og systematikk for sin observasjon, samt støtte til refleksjon og dokumentasjon. Erfaringer fra dette prosjektet viser at det er store muligheter for forbedring når det gjelder læringsbasert kunnskap relatert til medikamenthåndtering i hjemmesykepleien. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Referanser

1. Adhikari R., Tocher J Smith P, Corcoran J og MacArthur J. A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Educ Today* 2014; Feb; 34(2): 185-90.
2. Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Jama* 2005;293 (11): 1348-58.
3. St. meld nr. 18 (2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk (Legemiddelmeldingen). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2005.
4. Helsedirektoratet. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Oslo: Rapport IS-1887, 2011.
5. I trygge hender. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram: Pasientsikkerhetsprogrammet.no; 2012 <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender>. (Lest des. 2016).
6. Skjerve B. Pilotprosjekt – Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. Bærum: Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2012.
7. Gladhus. Hva og hvordan lærer sykepleiestudenter om eldre og legemidler. *Geriatrisk sykepleie* 2010; (2): 17-19. 13.
8. Sulosaari V, Suhonen R, Leino-Kilpi H. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of clinical nursing* 2011; 20 (3-4): 464-78.
9. Bergland Å og Moserl. (red.). Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2013.
10. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; Dec; 40(8): 795-805.
11. Johannessen A, Tufte PA og Kristoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. Oslo: Abstrakt forlag, 2016.
12. Koføed E, Jakobsen E, Sørbye LW. «Din rosa tablett virker mot ...» Observasjon av legemiddeleffekt og bivirkning hos multisyke gamle. Oslo: Diakonhjemmet høgskole 2015:1. <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/274176/RapportLegemiddelobservasjonRykkinn.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Lest desember 2016).
13. Devik AS, Fiskvik I, Lassen T, Halbostad T, Enmarker I. Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord-Trøndelag. Midt Norge: Senter for omsorgsforskning 2016.
14. Elliott RA, Lee CY, Beanland C, Vakli K, Goeman D. Medicines Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service: A Retrospective Observational Study. *Drugs – real world outcomes*. 2016;3:13-24.
15. McGraw C og Topping C. The district nursing clinical error reduction programme. *British Journal of Community Nursing* 2011; 16 (1): 35-40.
16. Bielecki T og Bør Dahl B. Legemiddelhåndtering – Lærebok for sykepleiere og vernepleiere. Gyldendal Norsk Forlag, utg. 7. 2013.
17. Legemiddelhåndboka. <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/93573> (Lest januar 2017).
18. Næss G. Hvilke behov for helsehjelp har skrapelige hjemmeboende eldre? Rapport 3/2011.
19. Ranhoff AH. Legemidler til eldre – til nytte og skade. *Geriatrisk sykepleie* 2010; (2): 6-8.
20. Murphy M. Mentoring students in medicines management. *Nursing standard* 2012; 26 (44): 51-56.
21. Bostrøm V. I trygge hender på Nygård. Evaluering av pilot: Sikker legemiddelbehandling i sykehjem. 2011. www.pasientsikkerhetskampanjen.no (Lest januar 2017).
22. Alteren J. Å lære legemiddelhåndtering i sykehjem: sykepleierstudentenes utfordringer. *Vård i Norden*, 2012; 32:4 (2012): 34.38.
23. Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v. (Sist endret 20.06.2014).
24. Harkanen M, Voutilainen A, Turunen E, Vehviläinen-Julkunen K. Systematic review and meta-analysis of educational interventions designed to improve medication administration skills and safety of registered nurses. *Nurse education today* 2016;41:36-43.



Magen våre liker å gjenkjenne det vi spiser, derfor er det godt for magen med vanlig mat. IsoSource Mix er en sondenæring som består av ekte råvarer som grønne erter, kyllingkjøtt, grønne bønner, fersken, appelsinjuice, vegetabiliske oljer og fiskeolje. At IsoSource Mix etterligner vanlig mat i så stor grad som mulig kan ha flere fordeler. Sondenæring basert på vanlig mat kan redusere toleranseproblem samtidig som det kan gi pasienten en følelse av å ha en god matopplevelse*
HURRA FOR EKTE MAT!

Ekte råvarer
valgt med omhu

*Hurt RT et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. *Nutrition in Clinical Practice*. Vol 30, Number 6, December 2015, 824-829.

For helsepersonell

 Nestlé Health Science
 Tlf. 67817400 www.nestlehealthscience.no



Mer kompetanse og bedre rutiner

Legemiddelhåndtering i møte med hjemmeboende eldre kan være en stor faglig utfordring for helsepersonell. Denne studien undersøker sykepleieres erfaringer med håndtering av legemidler for denne gruppen.

FAKTA

Av **Karina Grasbekk**,
Master i sykepleie,
Institutt for klinisk
medisin, Høgskolen i Oslo
og Akershus (HiOA)

Liv **Halvorsrud**,
førsteamanuensis,
Institutt for sykepleie og
helsefremmende arbeid,
Høgskolen i Oslo og
Akershus (HiOA)

Jonas **Debesay**,
førsteamanuensis,
Høgskolen i Oslo og
Akershus (HiOA)

Legemiddelbehandling hos eldre kan være en stor faglig utfordring for helsepersonell som følge av at pasientene ofte har betydelig komplekse helseproblemer som medfører behov for mange medikamenter. Utfordringene kan være særlig store for den kommunale helse- og omsorgstjenesten når helsepersonell og pasienter ikke har oversikt over foreskrevne legemidler eller mangler innsyn i hjemmeboende pasienters faktiske legemiddelbruk (1). Ofte henger dette sammen med lite utfylte og ukorrekte opplysninger ved utskrivelse fra sykehus. Pasientene kan dessuten ha kognitiv svikt som bidrar til at legemidlene ikke brukes korrekt (2).

Samtidig rapporterer helsepersonell i hjemmesykepleien om økt arbeidsbelastning og mindre tid til den enkelte pasienten, særlig etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 (3). De rapporterer om flere faglige utfordringer og flere pasienter å forholde seg til, noe som øker kompleksiteten i det kliniske arbeidet. Dette inkluderer ivaretagelsen av

«Samtidig uttrykte flere informanter at de av og til fryktet for å gjøre feil.»

eldre som ofte har mange diagnoser og bruker flere legemidler på samme tid (4).

Hjemmesykepleiere administrer medikamenter oftest alene i brukerens hjem, noe som kan være kilde til utfordrende situasjoner i en ellers hektisk arbeidshverdag. Denne studien undersøker derfor

sykepleieres erfaringer med håndtering av legemidler til hjemmeboende eldre.

Metode

Studien er basert på en hermeneutisk tilnærming. Formålet har vært å forstå intervjudeltakernes erfarte virkelighet gjennom samtaler og fortolkning av deres meningsytringer (5).

Det er gjennomført enkeltintervjuer med en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Intervjuene fant sted våren 2015, og utvalget har bestått av seks kvinnelige sykepleiere fra tre hjemmetjenestedistrikter på Østlandet. Avdelingslederne på tjenestestedet kontaktet sykepleiere med minimum ett års arbeidserfaring fra hjemmesykepleien og som snakket norsk.

Spørsmålene under intervjuene handlet om hvordan opplevelsen av ansvaret med medikamentadministrasjon til eldre hjemmeboende pasienter, hvilke rutiner som ble fulgt og måten samarbeidet om legemiddelhåndtering med andre faggrupper fungerte. Alle intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert ordrett etter hvert intervju. Intervjuene ble analysert ved hjelp av fortetting av informantenes utsagn til meningsbærende enheter. Gjennom flere gjennomlesninger ble meningsfortettingene sortert i flere underkategorier og senere færre hovedkategorier. Disse dannet grunnlaget for diskusjonen om dataene mellom forfatterne og til utvikling av sentrale temaer (6).

Førsteforfatter har gjennomført intervjuene, mens alle forfatterne deltok i analyse og utarbeiding av artikkel. Alle tre forfatterne har gjennom egen utdanning og yrkesutøvelse kjennskap til legemiddelrelaterte oppgaver blant mottakere av



UTFORDRINGER: Når helsepersonell og pasient ikke har oversikt over foreskrevne legemidler, eller kjenner omfanget, kan det bli et stort problem. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Sammendrag

Bakgrunn: Flere hjemmeboende eldre har behov for behandling med legemidler, noe som stiller høye krav til fagkompetanse og gode rutiner hos sykepleiere i hjemmetjenesten. Når pasientene har flere diagnoser, bruker mange medisiner og har kognitiv svikt skaper det utfordringer i forbindelse med legemiddelhåndteringen. Hensikten med denne studien er å undersøke sykepleieres erfaringer med håndtering av legemidler til hjemmeboende eldre.

Metode: Datainnsamlingen er basert på semi-strukturerte intervjuer med åpne spørsmål. Deltakerne er rekruttert fra tre hjemmesykeleiedistrikter i Norge.

Resultat: Funnene viser at sykepleierne opplevde å ha et stort og komplekst ansvar for pasientenes legemiddelbruk. De etterlyste et økt kompetanse og bedre rutiner i hjemmesykepleien. Samarbeidet med annet helsepersonell og tidspress var også spesielt utfordrende i arbeidet med eldre med behov for legemiddelhjelp.

Konklusjon: På tross av at arbeidet i hjemmesykepleien opplevdes som viktig og meningsfylt for sykepleierne, var ansvaret for legemiddelhåndtering til eldre tidvis for stort. Dette synes å ha sammenheng med tidspress, mangelfullt samarbeid med annet helsepersonell og en arbeidskultur med begrenset søkelys på utvikling av interne rutiner og kompetanse.

Nøkkelord: hjemmesykepleie, faglig ansvar, tverrfaglig samarbeid, førstelinjeansatt

Summary

Background: Increasingly older people living at home are in need of treatment with medications. This places high demands on expertise and adequate procedures among nurses in home healthcare. When patients have several diagnoses, many medications and cognitive impairment, it creates challenges for the administration of drugs. The aim of this study is to shed light on nurses' experiences in handling medications to older patients living at home.

Method: This study is informed by a hermeneutic approach and the data collection was based on semi-structured interviews with open-ended questions. Participants were recruited from three home healthcare districts in Norway.

Findings: The findings show that nurses experienced to have a considerable responsibility for patients' use of medications. They called for increased competence and better work procedures within home healthcare. Collaboration with other health personnel and time pressures was also particularly challenging while helping older people requiring assistance with their medication.

Conclusion: Despite the nurses' perception of working in the home healthcare as important and meaningful, the responsibility for managing the medication to older people was at times too heavy. This situation appears to be related to time constraints and a work culture with limited focus on the development of work routines and competence.

Keywords: home healthcare, professional responsibility, inter-professional cooperation, frontline worker





hjemmebaserte tjenester. Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet for forskning (NSD) og tildelt prosjektnummer 43896. Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om at deltakelse i studien var frivillig, at de kunne trekke seg når som helst og at de var sikret anonymitet.

Resultater

Deltakerne var i alderen 23 til 55 år, med et gjennomsnitt på 34. Deres arbeidserfaring fra hjemmetjenesten varierte fra 2 til 28 år. Analysen av data resulterte i fire hovedtemaer:

Kompleksiteten i ansvaret og oppgavene de måtte håndtere i møte med eldre som brukte medikamenter. Utfordringene sykepleierne opplevde i samarbeidet med andre helsepersonell. Behovet for økt kompetanse. Sykepleierens ytre rammer for utøvelse av sitt arbeid.

Ansvar og kompleksitet

Administrering av medikamenter til hjemmeboende pasienter var en viktig del av sykepleierens arbeid i hjemmetjenesten. Samtidig uttrykte flere informanter at de av og til fryktet for å gjøre feil og derav alvorlige konsekvenser for pasientene, som ofte var gamle og skrøpelige. En av informantene uttrykte:

«Det kan gå veldig galt hvis jeg gir feil medisiner. Noen av pasientene våre har så mange sykdommer at de trenger mange medisiner og oppfølging for at de skal fortsette å fungere hjemme. Jeg føler selvfølgelig et enormt ansvar for at alt skal være riktig.»

Sykepleierne opplevde det særlig utfordrende når deres egen oppfatning rundt legemiddelhåndteringen ikke samsvarte med pasientens oppfatning. Dette oppsto når sykepleierne mente å vite pasientens beste, mens pasienten selv var uenig. Et eksempel var pasienter med kognitiv svikt som ikke ville ta medisiner sine:

«Det var mangelfulle rutiner for oppbevaring eller frakt.»

«Demente kan jo være en utfordring. Noen ganger kan de være veldig på glid og bare ta medisiner med en gang, og når du kommer tilbake dagen etter så er det helt umulig. Da må man virkelig gå rundt grøten og virkelig jobbe for at de skal ta dem. Kanskje prøve

FAKTA

Hjemmesykepleiere opplever et stort ansvar i administrering av legemidler til eldre. Det er mangelfulle rutiner for legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. Det er nødvendig med økt kompetanse i legemiddelhåndtering til eldre blant helsepersonell i hjemmetjenesten. Samarbeidet om legemidler til eldre mellom helsepersonell i hjemmetjenesten er utilfredsstillende.

å snakke om mye annet så tar de den tablettene etter hvert. Jeg tenker at jo mer du sitter og sier: Nå må du ta den tablettene – så tar de den i hvert fall ikke.»

Å bistå eldre med kognitiv svikt ble ofte beskrevet som «komplekst», særlig når sykepleierne måtte forholde seg til pasienter som fikk mange ulike medisiner og det var avgjørende å gi rett medisin til riktig tid. Ofte opplevde de også at det var vanskelig å tolke verbale uttrykk og kroppsspråk for å finne ut av hvilke medisiner pasientene trengte.

Ansvar og samarbeid

Ansvaret for administrering av legemidler i hjemmetjenesten bidro til at sykepleierne hadde behov for løpende kommunikasjon med blant annet legene som behandlet pasientene. I den forbindelse uttrykte flere at det til tider var utfordrende å sikre kontinuitet i kommunikasjonen. Det var for eksempel ofte vanskelig å få tak i legene, selv om alle skulle være tilknyttet helsenettet som skal sikre kommunikasjonsflyt mellom de forskjellige instansene.

«Hvis en pasient har behov for endringer i forhold til sine medikamenter, da skriver gjerne legen et notat og sender med ordinasjonskortet. Men noen leger må du purre og passe på, og det er slitsomt. Hvis en pasient for eksempel har vært hos legen og fått en medisinendring, så er det ofte vi må ringe inn for å høre hvordan dosen er, de gir ikke oss beskjed som skal følge med pasienten. Du må hele tiden være på.»

Mange av pasientene var sjelden hos legen, og mye av ansvaret for å vurdere sykdom, bivirkninger og effekt av legemidler var lagt til sykepleierne. Dette var ifølge sykepleierne hovedgrunnen til at de ønsket tettere dialog med legene, men legene var lite tilgjengelig og sjelden å få tak i på kort varsel.

Ansvar og kompetansebehov

Alle informantene opplevde det som spesielt utfordrende å begynne å arbeide i hjemmetjenesten, da de fikk liten eller ingen introduksjon og opplæring i arbeidsstedets rutiner før de måtte administrere legemidler på egen hånd – på tross av tidligere praksisopplæring fra grunnutdanningen:

«Jeg husker at jeg var sånn helt ør i hue og helt svett etter å ha stått på det medisinerrommet. Det var så mye å huske. Jeg tenkte at dette kommer jeg aldri til å klare. Og jeg husker faktisk at jeg var litt forbannet, for å bruke det ordet. For jeg hadde ikke fått opplæring inne på medisinerrommet.»

Videre besto den faglige oppdateringen i hjemmetjenesten med hensyn på nyheter innen legemiddelbruk ifølge sykepleierne stort sett i dialogen mellom kollegaer. Dette fant sted blant annet under rapportmøtene når de diskuterte pasienter og utvekslet erfaringer. De opplevde at det var stor takhøyde for å spørre kolleger om hjelp når man var usikker angående legemidler. I tillegg til nærmeste kolleger, benyttet sykepleierne seg også av ambulente sykepleieteam fra sykehuset til opplæring om medikamentprosedyrer.

Ansvar mellom uklare rutiner og tidspress

Sykepleierne uttrykte bekymring over mangelfulle rutiner ved legemiddelhåndteringen. De fortalte blant annet at det var lite som var skrevet ned, og at få retningslinjer var tilgjengelig. Sykepleierne hadde for eksempel med seg multidoserullene eller dosetene i bilen når de skulle hjem til pasientene. Det var mangelfulle rutiner for oppbevaring eller frakt. Disse utfordringene ble ifølge sykepleierne større da ufaglærte som oftest verken kunne identifisere mangler eller avvik ved medikamenthåndteringen hos pasientene som håndterte medikamenter, noe som førte til feil:

«Vi setter ofte posene sammen med binders hvis en skal ha med seg flere poser, så kan en annen pose smette inn under binders. Hadde det vært en sykepleier som hadde gitt den medisinen der ute så hadde det ikke skjedd, for da hadde man sett at det var noe som ikke stemmer helt. Vi står jo med medisinen og vi vet jo stort sett hva de skal ha. En gang var det en bruker som feilaktig fikk høye doser med smertestillende. Da ble det fulgt opp med blodtrykkskontroll, lege og giftsentral og hele pakka. Så det gikk bra, men det er jo et avvik. Det skal jo ikke skje. Hadde pasientene kunne oppbevare mul-



MANGEL PÅ KONTINUITET: Administrering av legemidler gjør at sykepleierne har behov for løpende kommunikasjon med legene. Illustrasjonsfoto: Colourbox

tidoseposene hjemme i låsbare skap, hadde dette ikke skjedd. Vi har dem her på kontoret og tar dem med ut.»

En annen utfordring var det samtlige av sykepleierne uttrykte om at de nesten daglig hadde et for stramt program til å utføre gode kliniske observasjoner og vurderinger ved legemiddelbruk:

«Jeg tenker at mange medisiner skal man ha tid til å se virkningen av også, og det får man kanskje ikke så godt til i hjemmesykepleien. Det blir fort inn og ut. Noen har besøk morgen og kveld, og vi får kanskje ikke sett virkningen av alle medisinerne hvis de starter opp med noen nye. Så det er et stort ansvar, det å ha ansvaret for medisinerne.»



Sykepleierne ønsket altså mer tid til å gjøre relevante kliniske observasjoner, særlig med tanke på pasientens reaksjoner på medikamenter. De ønsket bedre og tryggere rammer for å utøve ansvaret for legemidler overfor pasientene på en god måte.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske sykepleiernes erfaringer med ansvar for legemidler i møte med eldre pasienter i hjemmetjenesten. Studien viser at sykepleierne opplevde ansvaret for pasienten som stort og savnet nødvendig opplæring. De erfarte at det ofte var opp til dem alene å avdekke eventuelle feil og mangler ved rutinene med legemiddelhåndteringen. De hadde ingen sykepleiekolleger å konferere med. Dette skapte usikkerhet og til tider opplevde sykepleierne ansvaret som overveldende, i og med at feil i legemiddelhåndteringen kunne få store konsekvenser for pasientene.

Disse erfaringene er i tråd med funnene i studien til Bjørk og Bjerknes (7), hvor sykepleiere rapporterte at utøvelsen av faget ofte kunne foregå i ensomhet og at nye sykepleiere opplevde et tyngre ansvar enn forventet. Mangelfulle opplæringsrutiner bidro slik til en økning av sykepleiernes opplevelse av et for stort ansvar i sitt daglige virke (8). Til tross for at sykepleierne i vår studie opplevde ansvaret knyttet til legemiddelbruk hos denne sårbare pasientgruppen som komplisert, påpekte de likevel betydningen av å observere pasientene med tanke på effekt og

at sykepleiere opplever at god fagkompetanse fører til bedre selvtilitt og større selvstendighet (9, 10). Det synes derfor nødvendig at sykepleiere får mulighet til å videreutvikle sin kompetanse i sin omgang med legemidler.

Utvikling av sykepleiernes legemiddelkompetanse er derfor særlig viktig i hjemmetjenesten, som over tid har blitt en arena hvor det kreves høy kompetanse og spesialisert kunnskap for behandling av geriatrike pasienter. Dette er nok enda mer presserende etter innføringen av samhandlingsreformen, som legger føringer for at pasienter i økende grad skal motta pleie og omsorg i kommunene (1).

Som vi har sett er faglig oppdatering et sentralt tema i samtalen med sykepleierne i denne studien. De fortalte blant annet at de hadde samtaler med andre sykepleiere på jobb, støttet seg til legevaktsykepleier, spesialister på sykehus eller ambulerende team. Dette er sammenfallende med en studie som er utført om sykepleiere og kompetanse (9), der et flertall av sykepleierne oppga at de hadde et stort behov for mer kunnskap om fysiologiske forandringer hos eldre og farmakologi. Halvparten hadde aldri fått deltatt på kurs eller noen form for etterutdanning, selv om de hadde uttrykt ønske om det (9). Sykepleierne i vår studie forsøkte også å innhente relevant informasjon fra internett og spesialistklinikker for å forberede seg innenfor et ellers tidsmessig stramt program. Generelt har sykepleiere som profesjonsutøvere et selvstendig ansvar for å finne og bruke ny forskning og evidensbasert kunnskap, men er i behov av verktøy og tidsressurser for å drive faglig utvikling. Adgang til slike ressurser vil kunne gi dem muligheten til å delta mer aktivt i diskusjoner om forskning med kolleger og ledere, og føre til forbedring i arbeidet med eldre og legemidler. Et slikt syn støttes både av primærhelsemeldingen fra regjeringen og av relevant forskning på området (1, 8, 9).

Mye tyder på at det er behov for å klargjøre mål og tiltak, kombinert med tilrettelegging av veiledning, for å utvikle strategier rettet mot å heve kompetansenivået i helsefaglige arbeidsfellesskap (8, 9, 11). I denne sammenheng er lederrollen viktig. Lederen har en betydelig innvirkning på sykepleiernes faglige utvikling, og er ansvarlig for å fremme de ansattes profesjonelle ferdigheter (1). Verdssetting av de ansattes kompetanse og at lederen ser behovet for kontinuerlig fagutvikling er viktig for den enkelte ansatte. Det er oftest tjenesteleder som foretar pri-

«Samarbeidet med ufaglært personell var også en særlig utfordring for sykepleierne i denne studie.»

eventuelle bivirkninger av legemidlene. De anså dette som sin viktigste oppgave ved ansvaret for legemiddelhåndtering.

Funnene våre tilsier at sykepleiere anser relevant kompetanse som avgjørende for å kunne sikre god legemiddelbruk til eldre i hjemmetjenesten. Sykepleieres mangelfulle fagopplæring, for eksempel innen geriatri og polyfarmasi, førte følgelig til økt usikkerhet. Studier viser i denne forbindelse at manglende kompetanse kan være en kilde til arbeidsrelatert stress og kan føre til misnøye med ens profesjonelle rolle (8). Undersøkelser viser også



FREMME FAG- OG KOMPETANSEUTVIKLING: Lederen har en betydelig innvirkning på sykepleiernes faglige utvikling, og er ansvarlig for å fremme de ansattes profesjonelle ferdigheter. Illustrasjonsfoto: Colourbox



oriteringene av i hvilken grad de ansatte kan og skal delta på kurs og fagutvikling. Williams (12) har i denne sammenheng utført en kritisk litteraturstudie over hvordan sykepleiere best lærer på jobben, hvor tre hovedelementer peker seg ut:

- læring skjer gjennom erfaring på arbeidsplassen
- læring er en kollektiv aktivitet som alle må ta ansvar for
- læringskulturen må tilpasses personalets læringsforutsetninger slik at alle kan dra nytte av den

Studien understreker lederes ansvar for tilrettelegger av god læringskultur i arbeidsfellesskapet, hvilket innebærer å avsette tid, lokaler og skape muligheter for å møtes til kritisk refleksjon over

«Studien gir stemme til hjemme-sykepleieres erfaringer.»

arbeidet som blir utført (12). Ledelsen på et tjenestested kan dermed gjennom sine prioriteringer og valg bidra til enten å hemme eller fremme sykepleiernes fag- og kompetanseutvikling (13).

Ansvar og samarbeid om legemidler er fastsatt i lovverk og forskrift. Lovverket fastslår at fastlegene har det overordnede ansvaret for oppfølging av legemiddelbruken til pasientene (14). Samtidig viste denne studien at sykepleierne erfarte oppfølging og samarbeid i forbindelse med legemiddelbruken som utfordrende, særlig når det gjaldt kommunikasjon og behovet for tydeligere rutiner og avklaring av rollefordeling mellom sykepleier og lege. Dette sammenfaller med andre studier som har sett på samarbeidet mellom ulike helseprofesjoner og legemiddelhåndtering til eldre hjemmeboende pasienter, der sykepleiere for eksempel kunne erfare at fastlegene var vanskelige å få tak i, og at det kunne være vanskelig å få svar på eventuelle spørsmål rundt pasientenes medisinske behandling (2, 8, 15). I en av studiene konkluderes det med at et godt samarbeid med legene er viktig for sykepleieres jobbtilfredshet (8). Her er det derfor en mulighet for forbedringer i samarbeidet, slik at sykepleierne kan få arbeide mer effektivt og bruke mer av tiden sin på pasientene.

Samarbeidet med ufaglært personell var også en særlig utfordring for sykepleierne i denne studien. De anså opplæring av ufaglærte som viktig, og la ikke skjul på at de var bekymret med tanke på feil

og avvik ved de ufaglærtes håndtering av legemidler.

Det er kjent at sektoren preges av stor bruk av ufaglærte (11). En undersøkelse utført av Bakken og Arntsen (16) viser at ca. 30 prosent av de ansatte i pleie- og omsorgssektoren manglet formell utdanning. Dermed utfører flere oppgaver de ikke har kompetanse til. I lys av dette vil sykepleierne måtte ha ansvar for opplæring av ufaglærte også i overskuelig fremtid, og det er derfor viktig å sette søkelys både på sykepleiernes og de ufaglærtes situasjon og ansvarsforhold rundt legemiddelhåndtering til eldre.

Tilstrekkelig med tid er nødvendig for at sykepleiere skal kunne yte gode helsetjenester til sine pasienter (17). Samtidig viser vår studie at sykepleierne opplevde for liten tid tilgjengelig til å utføre tilfredsstillende kontroll og kvalitetssikring av legemidler for de eldre. De var bekymret over mangelfulle rutiner preget av uklare retningslinjer der lite var skrevet ned. Dette bidro til at arbeidet med legemidler hos de hjemmeboende opplevdes mer komplekst. Manglende oppfølging i forbindelse med legemiddelhåndtering beskrives også i andre studier (18).

En revisjonsrapport om hjemmetjenesten i Oslo kommune viste for eksempel at enkelte bydeler ikke brukte avviksregistrering som grunnlag for opplæring og kompetanseheving (19). Det er kjent at uklare rutiner og mål, kombinert med dårlig tid, kan skape vanskelige situasjoner for førstelinjeansatte (20). Dette kan igjen føre til uklare rollefordelinger som igjen skaper usikkerhet og utrygghet. Nasjonale retningslinjer gir riktignok foringer for medikamenthåndtering (14), men vår studie tyder på at problemet snarere ligger i mangelfull konkretisering og nedtegning av rutiner rundt legemiddelhåndtering på tjenestestedene.

Eksisterende litteratur på området peker i retning av flere løsningsforslag. Det er for eksempel gjort en systematisk litteraturstudie av hvordan eldre som bruker mange legemidler kan oppnå best mulig legemiddelbehandling. Dette innebærer gjennomgang av legemiddellister for å sikre optimal behandling, opplæring og oppfølging av pasientene, og styrket fagkompetanse hos helsepersonell (21)

Det er også pekt på behovet for å utvikle bedre rutiner for å forebygge feil og mangler, blant annet ved at all ordinerer skjer digitalt. Utvikling av et godt tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleiere og farmasøyter antas også å ha stor betydning for legemiddelhåndteringen (22). I tillegg etterlyses

det ytterligere forskning på hvilke konkrete tiltak som er mest effektive for å sikre god legemiddel-håndtering (18).

Dersom utfordringene vi har beskrevet vedvarer, vil konsekvensen kunne manifestere seg i store helse-plager for de eldre. Derfor er det viktig å rette søkelys mot de organisatoriske rammene slik som kompetan-seheving og bedre rutiner i tjenesten. Forskning viser at høyere kompetanse hos de ansatte kan bidra til avdekking av pasientbehov og kliniske problemer på et tidligere stadium (17, 23). Utvikling av sykepleiernes kompetanse fremstår derfor som et sentralt tiltak i arbeidet for å sikre god legemiddelhåndtering til eldre som bor hjemme.

Styrken i vår studie er at den gir stemme til hjem-mesykepleieres erfaringer med et sentralt tema fra deres arbeidshverdag; håndteringen av legemidler til eldre. Vår kjennskap til forskningsfeltet gjennom tidligere arbeidserfaring på området kan også være en styrke ved at det gir en mulighet til å forstå informan-tenes bedre og identifisere relevante problemstillinger. Samtidig kan nærhet til forskningsfeltet også være en svakhet i den forstand at vår for forståelse kun gir oss adgang til bestemte opplevelser og perspektiver i analysen.

Konklusjon

Sykepleierne i denne undersøkelsen opplevde admi-nistrering av legemidler til eldre som bor hjemme som et stort ansvar. Behov for økt kompetanse, bedre rutiner og klarere rollefordeling i dette arbeidet fremheves. Studiens bidrag er tydeliggjøring av nød-vendigheten av tilrettelegging for kompetanseheving for den enkelte sykepleier og de andre helsearbeiderne som er involvert i legemiddelhåndteringen i hjem-mesykepleien. Utvikling av gode samarbeidsformer mellom involvert helsepersonell er også sentralt.

Denne studien aktualiserer behovet for studier som undersøker omfanget og årsakssammenhenger av de utfordringene som beskrives i denne studien. ■

Artikkelen er fagfelle-vurdert.

Referanser

1. St.meld. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. <https://www.regjering.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id240989...>
2. Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatric Nursing*. 2004;25(3): 164–70.
3. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på

rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*. 2015;1 (10): 14–22.

4. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen- Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Oslo. NOVA; 2013; 8.
5. Debesay J, Nåden D, Slettebo Å. How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*. 2008;15(1): 57–66.
6. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
7. Bjørk IT, Bjerknes MS. Entry into Nursing: An Ethnographic Study of Newly Qualified Nurses Taking on the Nursing Role in a Hospital Setting. *Nursing Research and Practice*. 2012; 2012.
8. Fløjt J, Hir UL, Rosengren K. Need for Preparedness: Nurses' Experiences of Competence in Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*. 2014;26(4): 223–9.
9. Wannebo W, Sagmo W. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien Forskning*. 2013; 8(1): 26–34.
10. King RL. Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(4): 392–400.
11. Gautun H, Hermansen Å. Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Oslo. FAFO; 2011.
12. Williams C. Understanding the essential elements of work-based learning and its relevance to everyday clinical practice. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18(6): 624–32.
13. Eraut M. Developing professional knowledge and competence. London: The Falmer Press; 1994.
14. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. 2008. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
15. Halvorsen KH, Stensland P, Granas AG. A qualitative study of physicians' and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists participating at case conferences. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2011;19(5): 350–7.
16. Bakken R, Arntsen B. Holdninger til formell utdanning blant ufaglærte innen kommunal pleie- og omsorgssektor: et klasseperspektiv. *Senter for omsorgsforskning*; 2012; 8.
17. Wyller T. Geriatri en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Norske Forlag; 2011.
18. Lainer M, Vögele A, Wensing M, Sönnichsen A. Improving medication safety in primary care. A review and consensus procedure by the LINNE-AUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice*. 2015;21:14-8.
19. Overordnet rapport, del 2: Fire bydelers hjemmetjeneste. Oppfølging og læring av avvik på området medikamenthåndtering etter revisjon ved bydelene Stovner, Vestre Aker, St. Hanshaugen og Gamle Oslo. Byrådslederens kontor, Seksjon for internervisjon. Oslo kommune. 2016.
20. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 2010.
21. George J, Elliott RA, Stewart DC. A Systematic Review of Interventions to Improve Medication Taking in Elderly Patients Prescribed Multiple Medications. *Drugs & Aging*. 2012;25(4): 307–24.
22. I trygge hender. Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten; 2012 <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/1+trygge+hender/Innsatsomr%...>
23. Sørby LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre; 2009/5. <https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kun->



Hvorfor svikter ernæringsoppfølgingen?

For å få godt nok utbytte av behandlingen, og for å beholde god helse og velvære, trenger eldre å spise nok og riktig. Ernæring tas på alvorlig i utdanningen, likevel svikter oppfølgingen av eldre.

FAKTA

Av Anne Svelstad Evju, Helseøster og universitetslektor ved Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, Narvik

Sari Lindgren, Intensivsykepleier og universitetslektor ved Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, Narvik

I den senere tiden har vi sett oppslag i media som omhandler underernæring hos eldre. Dagbladets Magasin fra november 2016 nr. 26 belyser hvordan en stor del av pleietrengende eldre i Norge er underernærte, og omtaler dette som «Eldresviket».

Som faglærere ved sykepleierutdanningen (Bachelor i sykepleie) blir vi berørt av dette. Vi undrer oss over hva det er som svikter og hvilket ansvar sykepleiere har for dette «sviket»? Er det utdanningen som svikter?

Studier peker på at årsaken kan være sviktende kompetanse blant helsepersonell (1, 2). Holdningen blant helsepersonell er at ernæring bør være en prioritert oppgave, men på grunn av svikt i retningslinjer og på grunn av dårlige rutiner blir ernæring nedprioritert (1, 2). En annen årsak er at pasientenes ernæringsbehov blir mangelfullt ivarettatt som en

24–29. KMI under 22 hos eldre vil da værere tegn på undervekt (5).

Underernæring er ikke bare en tilstand, men blir klassifisert som en diagnose med egen ICD-kode. Forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehus og sykehjem varierer mellom 10 og 60 prosent (4). En norsk undersøkelse av hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie, viser at 46 prosent var underernærte eller i ernæringsmessig risiko (6).

Komplekse årsaker

Årsaken til at eldre er utsatt er kompleks. Underernæring kan skyldes sykdom, dårlig appetitt, depresjon, bivirkninger til legemiddel, glemsel, dårlig tannstatus, økonomi og vanskeligheter med å tilberede maten. Å spise alene øker sannsynligheten for lavt matinntak og utilsiktet vekttap, (7, 8) og personer med kognitiv svikt utgjør en stor risikogruppe blant hjemmeboende eldre (9, 10).

Ved aldring skjer det forandringer i kroppen som kan få betydning for ernæringsstatus. Reduksjon i muskelmassen fører til både vekttap og nedsatt ernæringsbehov. Beintettheten avtar, særlig hos kvinner etter menopausen, og kan føre til osteoporose med økt risiko for hoftebrudd (11).

Endringer i fordøyelsessystemet vil føre til at både lukte- og smakssansene bli dårligere. Svelgeproblemer, tap av tenner og dårlig tilpasset tannprotese vil medføre problemer med å tygge maten. Tørsteopplevelsen endres og kan medføre dehydrering. Munn-tørrehet og redusert munnhygiene øker risikoen for infeksjoner som kan bidra til dårlig appetitt. Mage-sekkens produksjon av saltsyre og fordøyelsesenzymet pepsin reduseres, og ved manglende produksjon

«Det er ikke slik at det alltid synes om noen er underernært.»

konsekvens av ressursmangel (3). Manglende kunnskap kan med andre ord forklare noe av denne «svikten», men kan ikke forklare alt.

Forekomst av underernæring

Underernæring defineres som «en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og -funksjon, samt klinisk resultat» (4). WHO definerer KMI (kroppsmasseindeks) under 18,5 som undervekt, men studier viser at KMI-verdien for eldre bør være høyere, mellom



av intrinsisk faktor hindres absorpsjon av vitamin B12. Tarmperistaltikken og tarmens evne til å absorbere næringsstoffer blir dårligere med økt alder (11).

Helsemessige konsekvenser av underernæring er omfattende. Det øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, reduserer livskvalitet, forsinket rekonvalesens, gir økt liggetid i institusjon og bidrar til økt dødelighet (4).

Forebyggende tiltak

I de Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (4) står det spesifisert at personer som mottar hjemmesykepleie eller innlegges i institusjon ved inntak skal vurderes for ernæringsmessig risiko og deretter følges opp med ny vurdering månedlig. Retningslinjene peker også på at fastlegen regelmessig skal vurdere alle hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe, som for eksempel eldre. Videre bør pasientene følges

opp med en individuell behandlingsplan, jmfør Helsepersonelloven § 4 (12), som viser til at helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2–5 (13).

Tidlig identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår. Det er ikke slik at det alltid synes om noen er underernært. Et betydelig vekttap hos en overvektig eller normalvektig person kan få tilsvarende konsekvenser som for en pasient med undervekt. Underernæring får ofte utvikle seg fordi problemet ikke bli identifisert (14).

Det finnes ulike verktøy for å identifisere pasienter som er i ernæringsmessig risiko. Mini nutritional assessment (MNA) er et nyttig verktøy for å identifisere underernæring hos eldre som mottar hjemmesykepleie (15, 16). Instrumentet er enkelt i bruk, uten bruk av invasive metoder. I sykehus anbefales screeningverktøyet NRS 2002, fordi den

SAMMEN: Det gir bedre matlyst å spise sammen med andre. Illustrasjonsfoto: Colourbox





kartlegger både ernæringsmessig risiko og graden av sykdomsmetabolisme (4).

Både MNA og Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ i sykehjem. Alle screeningverktøyene kartlegger vekt, vektutvikling (prosentvis vekt-tap) og høyde, og gir en oversikt over den enkeltes ernæringsstatus og om pasienten er i ernæringsmessig risiko. Det er ikke valg av screeningsverktøy som avgjør om pasientens ernæringsstatus blir fulgt opp, men at det utarbeides gode rutiner for hvordan ernæringen hos den enkelte pasient skal følges opp.

Målet for eldre som er i risiko for å utvikle underernæring, er ikke at man skal forebygge helseproblemer i fremtiden, men sørge for å dekke grunnleggende behov. Vi drikker og spiser fordi vi er sultne, og fordi vi syns at maten smaker godt, særlig når vi spiser sammen med andre. God ernæring er en faktor som kan være avgjørende for den enkeltes helse og velvære. Å hjelpe eldre med mat og drikke er et av sykepleierens ansvarsområder, og sykepleieren har ansvar for å opprettholde trivsel og et helsefremmende miljø der pasienten er delaktig. Hva ønsker pasienten å spise, hvor mange måltider og hvordan ønsker pasienten å

underernæring (4). Denne brukes gjennom alle praksisperioder. I første studieår er det mest om grunnleggende ernæringskunnskap rettet mot eldre. Studentene bruker NRS 2002 og Ernæringsjournalen, både i ferdighetstrening på skolen og i praksis. Studentene har arbeidskrav der ernæring og forebygging av feil- og underernæring inngår.

I andre studieår fokuseres det på ernæringskunnskap relatert til akutt og kronisk sykdom. I siste studieår har studentene praksis i ledelse på sykehjem, der prosjektarbeid inngår. I år har vi fokusert på forebygging av feil- og underernæring. Studentene skal gjøre en kartlegging av de eldres ernæringsstatus og følge opp med individrettede tiltak. Målet er at de skal bidra til mer oppmerksomhet rundt ernæring og at de i samarbeid med ledelsen og avdelingens sykepleiere kan gjennomføre tiltak som kan bedre ernæringspraksisen på avdelingen.

Glemmes i kommunene

En tilsynsrapport fra Helsetilsynet i 2011 viser at et fåtall av norske kommuner har rutiner for å avdekke og forebygge underernæring. I kommuner som har rutiner, er disse lite kjent for de ansatte (18). Ressursmangel, manglende rutiner og oppmerksomhet på temaet i en travel hverdag med stort tidspres, er likevel bare noe av forklaringen. Derfor har vi som utdanningsinstitusjon sammen med den lokale faggruppen Geriatri og Demens arrangert en fagdag om eldre og ernæring for kommunehelsetjenesten og sykepleiestudentene. Gjesteforelesere innenfor klinisk ernæring og geriatri bidro med kunnskap og erfaring som vi håper skal inspirere til økt fokus på ernæring for eldre.

Florence tenkte på det

Allerede på 1800 tallet var grunnleggeren av den «moderne sykepleie», Florence Nightingale, opptatt av ernæring; «Den som bare plasserer maten ved pasienten og håper pasienten vil spise, forhindrer at pasienten får i seg mat». Det er et paradoks at eldre «sulter» i dagens samfunn og at helsepersonell ikke klarer å gjøre nok med denne utfordringen. Helsepersonell bør gjøre seg kjent med Nasjonale faglige retningslinjene for forebygging av underernæring (4), og rutinene i avdelingen og hjemmetjenesten må tuftes på disse anbefalingene.

Noen vil mene at det er enklere sagt enn gjort, men god og nok mat er en forutsetning for å ha optimal virkning av pleie og behandling. Enkelte mener

«God og nok mat er en forutsetning for å ha optimal virkning av pleie og behandling.»

innta maten? Dette er enkle og viktige spørsmål som man kan få svar på i et kostintervju.

Et annet eksempel på brukermedvirkning som kan bidra til bedre ernæring, er hvis hjemmeboende eldre får bidra i å planlegge og handle sin egen mat. Å velge selv hva man skal spise kan bidra til bedre matlyst og redusert risiko for underernæring. Det kan være et godt tiltak at de som trenger hjelp til å handle, får være med til butikken om de er friske nok til det (17).

Hva kan vi som utdanning gjøre?

Som ansatte ved sykepleierutdanningen fokuserer vi på betydningen av ernæring gjennom alle tre studieår. Vi ønsker å utdanne sykepleiere som kan bidra til å sette ernæringsarbeid på dagsorden både i spesialist- og primærhelsehelsetjenesten.

I første studieår blir studentene introdusert for Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av



at god ernæringsstatus kan sees på som en indikator for kvaliteten på pleien (19).

Vi mener at sykepleiestudenter har god nok kunnskap til å bidra i dette viktige arbeidet. En vei å gå er at vi som utdanningsinstitusjon tar initiativ til samarbeidsprosjekter og tilrettelegger for at studenter i

praksis bidrar til fagutvikling innenfor feltet. Arbeidskrav som stimulerer til kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus, og at studenter får erfare hvor utfordrende det kan være å få en pasient med for eksempel dårlig matlyst til å spise nok, kan også bidra med kunnskap og skape et engasjement i praksisfeltet. ■

KUNNSKAP: Sykepleiere må vite hva som forebygger underernæring, og også huske å fokusere på det i hverdagen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Referanser

- Mowe M, Bosaesus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*. 2008;27(2):196-202.
- Eide HD, Halvorsen K, Almendingen K. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(5-6):696-706.
- Forde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. [Enough resources to the care of the elderly?]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2006;126(15):1913-6.
- Guttormsen AB, Helsedirektoratet Avdeling e. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring; 2009.
- Mowé M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2002.
- Sørbye LW. Hjemmetjenester til eldre – i Bærum og Ullern. Sammenliknende data fra AdHOC studiet. 2003.
- Kim J-M, Stewart R, Prince M, Kim S-W, Yang S-J, Shin I-S, et al. Dental health, nutritional status and recent-onset dementia in a Korean community population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22(9):850-5.
- Kuosma K, Hjerrild J, Pedersen PU, Hundrup YA. Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(17):2288-93.
- Rekve KH. Tilrettelegging av måltider for personer med adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens 2009. S. 18–20: ill., port. p.
- Amella EJ. Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *The Nursing Clinics of North America*. 2004;39(3):607-23.
- Sortland K. Ernæring: mer enn mat og drikke. 5. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2015.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Kubrak C, Jensen L. Malnutrition in acute care patients: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44(6):1036-54.
- Inoue K, Kato M. Usefulness of the Mini Nutritional Assessment (MNA) to evaluate the nutritional status of Japanese frail elderly under home care. *Geriatrics & Gerontology International*. 2007;7(3):238-44.
- Ranhoff AH, Gjoen AU, Mowe M. Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: the usefulness of MNA-SF. *The journal of nutrition, health & aging*. 2005;9(4):221-5.
- Rognstad M-K, Brekke I, Holm E, Linberg C, Lühr N. Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*. 2013(4):300-7.
- Statens helsetilsyn. Krevende oppgaver med svak styring: samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Rapport fra Helsetilsynet (trykt utg.). Oslo 2011.
- Beck AM, Balkn UN, FÜRst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, et al. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*. 2001;20(5):455–60.



NSF FGD Landskonferanse 2017



DEMENS – en hverdag på mine premisser?

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe innen geriatri og demens inviterer til innholdsrik landskonferanse neste år. Mer innhold om konferansen får du i neste utgave av Geriatrisk sykepleie, men sett av datoene allerede nå.

Tema for landskonferansen 2017 er «Demens – en hverdag på mine premisser»



20 og 21 april 2017
Clarion Hotel The edge i Tromsø

Målgruppe:

Sykepleiere, hjelpepleiere/helefagarbeidere, leger, fagutviklere, forskere, pårørende og allmennhet.



100 dager uten trykksår

Tre avdelinger ved Løvåsen sykehjem feiret i vinter at de hadde klart å forebygge liggesår i flere måneder.

Tekst **Tor Engevik**, Leder NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Den 25. november 2016 ble sykepleiere og helsefagarbeidere på tre avdelinger på Løvåsen sykehjem overrasket med stor marsipankake fra prosjektleder Hege Huseklepp. De fikk også drikkeflasker og ryggsekker av under tegnede, som er faggruppeleder for faggruppen i geriatri og demens. Jeg stilte som stedfortreder for fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund, Mette Mikkelsen. Anledningen var at avdelingene har hatt hundre dager uten trykksår etter å ha innført prosjektet: «Ledelse av pasientsikkerhet» som er et pilotprosjekt i regi av Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Bergen kommune.

Viktig å forebygge

Jeg sa først noen ord om hvor viktig det er at vi som jobber i eldreomsorgen ikke bare behandler sykdom som har oppstått, men også har et stort fokus på forebygging av sykdom og lidelse. Jeg påpekte deretter at prosjektet «ledelse av pasientsikkerhet» er gode sykepleietiltak satt i system og derfor er et ypperlig prosjekt som jeg håper blir videreført til andre sykehjem i Bergen og andre kommuner i Norge. Det er viktig for oss som jobber i kommunehelsetjenesten også å ta vare på oss selv.

Sykepleierne og fagarbeiderne fikk drikkeflasker. De to sykepleierne,



FEIRING: Ansatte på Løvåsen sykehjem satt stor pris på marsipankaken. Foto: Hege Huseklepp

bogruppeleder, Linda Ibarra Ciriaco, og prosjektleder, Hege Huseklepp,

«Hun var stolt over den faglige tilnærmingen og engasjementet.»

fikk også hver sin ryggsekk fra NSF som de lovet å bære med stolthet.

Engasjerte medarbeidere

Deretter tok prosjektleder Hege Huseklepp ordet og sa at hun var stolt over

den faglige tilnærmingen og engasjementet som hver enkelt ansatt viste i sitt daglige arbeid med prosjektet. Hun berømmet hver enkelt ansatt som har bidratt til at avdelingen nå kunne feire hundre dager uten trykksår. Avdelingen har i tillegg til forebygging av liggesår også hatt fokus på ernæring, fallforebygging og andre viktige sykepleietiltak som skal øke tryggheten for beboerne. De har i denne hundredagersperioden heller ikke hatt lårhalsbrudd på avdelingen. Etter gode ord fra Tor og Hege var det dags for ansatte og beboere å bedre sin ernæringsstatus ved å spise en kjempestor marsipankake som var laget for anledningen. ■



Lite kunnskap om samisk kultur

Det bor samer i hele Norge, men mange skjuler sin opprinnelse. Får de egentlig den helsehjelpen de behøver?

Tekst **Anne Kristiansen Rønning**, kommunikasjonsrådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Den gamle dama hadde bodd på Tåsen i Oslo siden 1950-tallet. En dag, da hun var langt uti alderdommen, begynte hun å snakke uforståelig.

– Familien trodde hun snakket tull og hentet legen. Men hun snakket språket sitt. Samisk. Hun hadde bare aldri fortalt noen i Oslo at hun var same. Heller ikke de nærmeste, sier Renate Simonsen, sosialantropolog og FoU-rådgiver ved SANKS. Hun forteller at det er mange slike historier.

– Det er en påført skam, som kan gå gjennom flere generasjoner, med de implikasjonene det medfører. Også de helsemessige. Det setter seg både i kroppen og sjela, slår hun fast.

Uvitenhet hos helsepersonell

– Mange nordmenn, også helsepersonell som møter samiske pasienter, har lite kunnskap om samer og den samiske kulturen. Det sier Frøydis Nystad Nilsen, enhetsleder for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved SANKS.

– Det handler om et folk som ble splittet da landegrensene kom. Slektet ble delt i to – grensene gjorde at noen i slekta ble norske, andre finske.

– Det handler også om fornorskningspolitikken, som førte til at samiske barn ble plassert på internat fra de var seks, sju år gamle, med

foreldrene langt unna, sier Nystad Nilsen.

Skammen og sorgen er der fortsatt

Å snakke samisk var forbudt. Barna måtte snakke norsk. Slike internater fantes helt ut i 1970–1980-tallet.

Fornorskningspolitikken har ført til at mange føler skam ved sin samiske bakgrunn. Og mange lever med en sorg, over det som forsvant. Men det er også mer som har skapt traumer.

– Tyskernes brenning av Finnmark i 1944 rammet samene hardt. Og kårene

«Det er en påført skam, som kan gå gjennom flere generasjoner.»

som reindriftssamene har nå, særlig i de sør- og lulesamiske områdene, er tøffe.

Det er mye som sliter på samene. Mange opplever det som at de er i en evig kamp mot resten av samfunnet, sier psykiateren.

Ser annerledes på sykdom

Samekulturen er annerledes enn den norske på mange måter. Sykdom, for eksempel, handler for mange ennå om

noe helt annet enn det legevitenenskapen forteller.

– Fremdeles er skjebnetro og ganning levende i samekulturen. Det er ikke rart at vanlig norsk helsepersonell, uten bakgrunn for å forstå den samiske kulturen, sliter i møtet med samiske pasienter, slår Nystad Nilsen fast.

Men det finnes råd.

– Det er derfor vi er her, vi i SANKS, sier hun.

Vi er der folk bor

Samiske pasienter fra hele landet kan henvises til SANKS. Helsepersonell fra hele landet kan også ta kontakt med SANKS og få råd. Det utadrettete arbeidet er, i tillegg til det kliniske, noe av det viktigste de gjør ved SANKS. Det handler om å informere ikke-samiske helsekolleger på ulike nivå om samisk kulturforståelse.

– Vi veileder også helsepersonell over landegrensene, gjennom at SANKS har samarbeidsavtale med Jæmtlandslan i Sverige, og Finnmarkssykehuset har samarbeidsavtale med Rovaniemi sykehus i Finland. Den samiske problematikken er grenseoverstigende, forklarer psykiateren.

Ta gjerne kontakt

SANKS sitt nasjonale team har kontor i Tysfjord, Bodø, Snåsa og Oslo.

– Det er der ute, der folk bor, at man



BLIR IKKE SETT: Mange samer blir ikke møtt på en god måte av helsepersonell, viser forskning. Foto: Berit Roald/Scanpix

kan hjelpe folk mest. Og vi er her, også for de kommunale helsetjenestene. Vi gir veiledning og undervisning, i ulike fagtema med fokus på samisk kulturforståelse. Det er bare å ta kontakt, oppfordrer Nystad Nilsen.

– Mange samer blir ikke møtt på god måte av helsepersonell, viser forskning.

Selvmondsbølgen blant unge samer på 1980-tallet førte til at det ble opprettet et psykiatrisk ungdomsteam på stedet i 1994. Teamet hadde særlig fokus på rus- og selvmordsproblematikk. Dette, og opprettelsen av BUP i Karasjok på 1980-tallet ble den spede starten til SANKS.

– Forskning viser at mange samer ikke føler de blir møtt på en god måte av helsevesenet. Helsepersonellet har ikke den kulturforståelsen som må til, påpeker hun.

Sju ansatte med doktorgrad

Ved SANKS har de kompetanse på denne kulturforståelsen. Mange av de ansatte har selv samisk bakgrunn.

– Og forskerne våre kommer stadig med ny kunnskap. Foreløpig har vi sju ansatte med doktorgrad, sier psykiateren.

Kultursensitivitet er alfa og omega

Finnmarksklinikken er også en del av SANKS. Det er en tverrfaglig spesialisert rusbehandling med kompetanse på samiske pasienter. Pasientene kommer fra hele landet. Enhetsleder Ellen Ingrid Eira forteller hvor viktig det er for de ansatte å ha kultursensitivitet i forhold til det samiske.

– For resultatet av behandlingen av samiske pasienter er det ofte alfa og omega, avslutter hun. ■

FAKTA

SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus)

- Har et nasjonalt ansvar for å bidra til utviklingen av et likeverdig tilbud innen psykisk helsevern og rus for den samiske befolkningen i hele Norge.
- Har nasjonale kompetansesenterfunksjoner innen psykisk helsevern og rus for hele den samiske befolkningen i Norge og psykiatriske funksjoner for alle i Midt-Finnmark. Kompetansetjenesten er en integrert del av spesialisthelsetjenesten i Finnmarkssykehuset.
- Har som oppgaver å videreutvikle kliniske tjenester, fremme og drive forskning og utviklingsarbeid, tilby undervisning og veiledning, tilby spesialistutdanninger, praksisplaser og hospitering.

Ulike enheter

- Forskning og utvikling (FoU): Arbeider for å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper samiske brukere innenfor det psykiske helsevernet i Norge.
- Nasjonalt team: SANKS ønsker nærhet til sine brukere der de befinner seg og har utekontorer i Tysfjord, Bodø, Snåsa og Oslo.

Psykisk helsevern

og rus – barn og unge:

- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)
- Familieenhet
- Ungdomspsykiatrisk enhet (UPA)
- Samisk ungdomspsykiatrisk team PUT/Tverrfaglig spesialisert rusbehandling TSB

Psykisk helsevern

og rus – voksne:

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP)
- Akutteam
- Døgnetenhet
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) Finnmarksklinikken



Gratis medlemskap



Her kommer en gledelig nyhet for alle sykepleierstudenter!

Styret i NSF FGD (faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens) har bestemt at bachelorstudenter får tilbud om gratis medlemskap under hele studiene og ut det året de er ferdige med studiet. Som eneste faggruppe har vi et tidsskrift som er vitenskaplig indeksert nivå 1 blad. Det er tre utgivelser i året. Vi deler også ut utdanningsstipender og pris til årets sykepleier. Håper alle kan spre «det glade budskap» til studentmedlemmene!
Howdan bli medlem? Send sms med kodeord GERIATRI til 02409

Mvh Gunhild Grythe,
medlemskontakt i NSF FGD



Illustrasjonsfoto: Colourbox

59.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Flere og flere følger Sykepleien på Facebook og bidrar med sine erfaringer, deler og liker. Vi er veldig glade for engasjementet – det bidrar til godt innhold. I tillegg får vi enda mer fingeren på pulsen i redaksjonen.

Følg oss du også om du ikke allerede gjør det!

Hilsen Sykepleien

Sykepleien

Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår medlemsansvarlige Gunhild Grythe.

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent per år: kr 400,-

Pensjonister, medlem som ikke er i aktivt arbeid og sykepleierstudenter betaler 50 prosent av kontingent.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

Eller send en e-post med opplysningene til gunhil-g@online.no

Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409