

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Sykepleien



**Omsorg i livets
siste fase** Side 26



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 E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Sørlands Grafiska

FORSIDEFOTO: Mostphotos

NESTE UTGAVE: 16. november

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 2017 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.k.helgesen@hiof.no

Innhold



02 - 2017

- 3 Leder: Tor Engevik
- 4 Landsstyret
- 5 Gjesteredaktør: Liv Wergeland Sørbye
- 6 Smånytt
- 8 Tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger i hjemmebaserte tjenester
- 16 Utfordringer ved tannpuss i sjukeheim
- 24 Tilbakeblikk
- 26 Omsorg i livets siste fase
- 34 Gratis medlemskap for studenter
- 36 Bli medlem



8



24



16



FAKTA

Tor Engevik

Leder NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Husokkupantene på Varaldsøy

Varaldsøy i Kvinnherad kommune er så vidt jeg vet kjent for to ting; Nord-Europas største barlind og enda mer imponerende, verdens eldste husokkupanter. Jeg besøkte bygdas sykehjem i februar. En av beboerne gledet jeg meg spesielt til å møte.

Motstandsdyktig dame

Mildrid Hartveit på 86 år er den gjenlevende av de to motstandsdyktige eldre damene som talte politikere og kommuneadministrasjon midt imot, da Kvinnherad kommune i 2012 skulle spare penger og vedtok å legge ned sykehjemmet. Sammen med sin medbeboer Torborg Skjelnes på 95 år nektet Mildrid å bli med den lille bussen som kom for å hente beboerne da de skulle flyttes til fastlandet. De to som hadde levd hele sine liv på Varaldsøy lot seg ikke rikke og ble landets eldste husokkupanter.

De to damene var slagkraftig. Lokalavisen mottok jevnlig leserinnlegg fra dem som omhandlet kommunestyrets vedtak om nedleggelse som damene mente var «spikkande gale». Som følge av leserbrevene oppsto det raskt en grasrotbevegelse som begynte å arbeide for å beholde sykehjemmet. Kampen ble lang og de tapte de første rundene i kommunestyret. I et og et halvt år bodde de to damene helt alene på sykehjemmet, kun med oppfølging fra hjemmesykepleie. Etter halvannet år snudde flertallet i kommunestyret. Sykehjemmet skulle gjenåpnes. Jubelen sto i taket og det ble selvsagt stor feiring når de to igjen fikk selskap av andre beboere.

Dette er historien om to tøffe damer som nektet å gi opp. Det er også historien om politikere som evnet å snu, om enn for en tid. For skjebnen til sykehjemmet på Varaldsøy er ennå ikke helt avklart, men i likhet med resten av landets helsetjeneste må også Varaldsøy forberede seg på endringer.

Jakten på tidstyvene

Morgendagens helse- og omsorgstjenester står ovenfor utfordringer. I flere av de store kommunene vil antall eldre på over 80 dobles innen 2040. Skulle kommunene klare å opprettholde dagens nivå på omsorgstilbudet måtte antall helsepersonell dobles tilsvarende. Per i dag er det siste ikke innenfor rekkevidde. Så for å være bærekraftig må den norske velferdsmodellen omstilles. Vi må bli mer effektive og jakten på tidstyvene har startet.

I helseforetak testes det ut nye verktøy som skal effektivisere og frigjøre kapasitet. Velferdsteknologiske løsninger, Smart Omsorg og digitale innbyggertjenester er blant brikkene i puslespillet til fremtidens offentlige helsetjeneste. Omstillingene vil bli både krevende og spennende. Men i vår iver etter å modernisere må vi aldri glemme at hovedmålet vårt er å gi tjenester tilpasset den enkelte. De to ressurssterke damene på Varaldsøy kjempet for retten til det de anså som verdig og god pleie i alderdommen. Det er ikke gitt at alle eldre er kapable til det. Vi må være fremoverlent og se etter mulighetene ny teknologi gir oss, men vi må også ta vare på det beste i den eldreomsorgen vi har i dag. ■



Landsstyret NSF FGD 2017

LANDSSTYRET

Leder:

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

Nestleder:

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

Styremedlem:

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

Styremedlem,

landskonferanseansvarlig:
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 Grønsvæen
Mobil: 41 26 28 84
e-post: elingronl@hotmail.com

1. vara:

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

2. vara:

Frank Eide
Mobil: 99 32 15 76
e-post: eidefrank@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: christineeerheim@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
anmeha61@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. Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens


FAKTA
**Liv Wergeland
Sørbye**

 Gjesteredaktør
Geriatrisk sykepleie

Å mestre litt om mye – eller mye om litt

Denne utgaven av Geriatrisk sykepleie illustrerer ulike utfordringer en geriatrisk sykepleier møter i sin hverdag. Temaene varierer fra tannhygiene, legemiddelgjennomgang (LMG) og omsorg ved livets slutt.

Munnstell i sykehjem

Hygienearbeid sto sentralt i demokratisering og modernisering av det vestlige samfunn. Rent drikkevann og kroppsvask reduserte infeksjonssykdommen. Munnhygiene ble også viktig. Et bilde av smilende eldre med egne tenner, er et godt mål på velferd for alle. Tannhygiene er innenfor den private sone. Problemet oppstår når den eldre ikke lengre forstår hensikten med verken munnstell eller tannlege. Boge beskriver dagens praksis for munnstell i sykehjem i et historiske perspektiv. Dårlig munnhygiene kan være til skade for den eldre og tvangsvedtak er aktuelt.

Tverrprofesjonelt samarbeid

Feilmedisinering hos eldre er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt. Halvorsen har utforsket erfaringer farmasøyter og hjemmesykepleiere har gjort med bruk av LMG. Tradisjonelt har legen forordnet medikament, farmasøyten utlevert medisiner og sykepleieren har stelt den syke. I dag har sykepleiere og farmasøyter i kommunehelsetjenesten en nøkkelrolle i å identifisere behov for LMG. Oppgavefordelingen endres dog uten at profesjonsgruppens arbeidsmåter og organisatoriske rammer endres. Evnen til brukermidvirkning reduseres ved kognitiv svikt. Mangelfull kunnskap om de andre profesjonenes kompetanse og rolle kommer godt fram i undersøkelsen. Kunnskap og øvelse i tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og i utdanning bør bli bedre.

Omsorg ved livets slutt

I livets siste fase står omsorg og behandling sentralt for ansatte i sykehjem. Det er ofte vanskelige å forutsi når en skrøpelig eldre er døende. Sykepleier må ta stilling til akutte endringer i den eldres tilstand, når legen er ansatt på deltid. Johansen & Helgesen viser at tiltaksplan i livets siste fase bevisstgjør personalet på faglige og etiske utfordringer. Det krever kreativitet å kommunisere med pasienter med demens. Bruk av sang, musikk, bilder og symboler kan motvirke at den døendes situasjon blir overfladisk vurdert og håndtert.

Omsorg ved livets slutt

Hver ansatt kan ikke mestre alle oppgaver. Enkelte pleiere har et godt håndlag for munnstell, en annen kan mye om medikamenter - en tredje har lang erfaring med å vurdere når en pasient er døende. Ved å bruke stabens samlede kompetanse er det mulig å fungere bra, selv om de fleste bare mestrer litt om alt. ■

Hver ansatt kan ikke mestre alle oppgaver. Enkelte pleiere har et godt håndlag for munnstell, en annen kan mye om medikamenter - en tredje har lang erfaring med å vurdere når en pasient er døende. Ved å bruke stabens samlede kompetanse er det mulig å fungere bra, selv om de fleste bare mestrer litt om alt. ■



Sykle for livet

En studie publisert i British Medical Journal viser at å sykle eller gå til jobben har god effekt på å forhindre hjerte- og karsykdom. Best effekt får man av å sykle. Studien viste at risikoen for å dø var 41 prosent lavere hos dem som syklet til jobben, sammenlignet med dem som ikke var aktive. Studien tok utgangspunkt i Britiske biobank-data, og analysene inkluderte over 264 000 personer med snittalder på 53 år.



Kilde: Dagens medisin

Finn hjertestarterer

På www.113.no finnes en oversikt over hjertestarterere rundt omkring i Norge. På nettsiden går man inn på et norgeskart. Ved å klikke på markører på kartet, kan man se steder i landet der det finnes hjertestartere. Hvis du selv har ansvar for en hjertestarter, kan du også registrere den på www.113.no, til hjelp for andre.



Kilde: 113.no

«Livet kan bare forstås baklengs, men det må leves forlengs.» *Søren Kierkegaard*

Unngå grubling

Å lære seg å gruble mindre, har stor effekt for pasienter med depressive symptomer, viser ny forskning på behandlingsformen metakognitiv terapi (MCT). Terapien handler om å minske selve grubleprosessen.

– Man trenger ikke å bekymre seg og gruble. Å innse dette, er en befrielse for mange, sier førsteamanuensis Roger Hagen ved Institutt for psykologi, NTNU til forskning.no.

Hagen har publisert en fagartikkel om behandlingen av depresjon ved hjelp av MCT. Pasientene i studien ble behandlet over ti uker. Etter seks måneder hadde 80 prosent blitt helt friske fra sin depresjonsdiagnose.

Kilde: Forskning.no



Bra å ha ansvar

Ledere som gir medarbeiderne sine ansvar og myndighet til selv å bestemme hvordan oppgavene skal løses, får mer produktive medarbeidere. Det viser tre nye studier, gjennomført av førsteamanuensis Stein Amundsen ved Høgskolen Lillehammer og professor Øyvind L. Martinsen ved Handelshøyskolen BI. Nærmere 2000 ledere og medarbeidere i privat, offentlig og frivillig sektor har deltatt i studiene. I tillegg til at de ansatte presterer bedre, blir de dyktigere til å lede seg selv, viser studiene.

Kilde: Forskning.no

Bedre tannhelse

Andelen som lider av periodontitt, som i verste fall kan føre til tap av tenner, minker. Det viser en studie som tannlege Åsa Wahlin ved Malmö högskola har utført. Studien viser også at pasienter med alvorlig periodontitt beholder flere tenner enn tidligere. I avhandlingen har Åsa Wahlin gått gjennom flere studier av tilfeldig utvalgte voksne. Studien heter Periodontal health and disease in two adult populations in Sweden.



Kilde: forskning.se

Kan redde millioner

Millioner av dødsfall i verden kunne vært unngått hvert år, hvis folk hadde spist mer frukt og grønt, viser en studie.

– Jo mer frukt og grønt folk spiste, jo lavere var risikoen for hjertesykdom, slag, kreft og tidlig død, sier Dagfinn Aune ved NTNU som har ledet studien, til forskning.no.

Funnene viser blant annet at risikoen for hjerte- og karsykdom ble redusert med omtrent en fjerdedel for dem som spiste 800 gram frukt og grønnsaker hver dag.



Kilde forskning.no

Mange er deprimert

Psykiske lidelser, spesielt depresjon, er for personer i alderen 65–80 år, en av de vanligste årsakene til redusert livskvalitet. Over en fjerdedel av de eldre føler seg ensomme og ti prosent har depressive symptomer. Det viser en avhandling skrevet av Ingrid Djukanovic, som har tatt doktorgrad i helsefag ved Linnéuniversitetet i Sverige. Studien viser at få av dem som hadde depressive symptomer hadde vært i kontakt med en psykolog eller rådgiver. En av fire ble behandlet med antidepressiver. En større andel av menn viste depressive symptomer sammenliknet med kvinner.

Kilde: Forskning.se



Lever lenge – men ikke lengst

I 2015 var forventet levealder i Norge over 84 år for kvinner og 80 år for menn. Dette er lavere enn i blant annet Japan, Australia og flere middelhavsland, viser Folkehelse rapporten. Norge har gått fra å ha verdens høyeste levealder til å havne et lite stykke ned på verdensranking. Norges plassering varierer nå mellom 11. og 17. plass for begge kjønn sammenlagt. Hvilken plass vi ligger på, varierer noe med hvilke land vi sammenlikner oss med, og hvilken av de internasjonale databasene som benyttes.

Kilde: fhi.no





Tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger i hjemmebaserte tjenester

Samarbeid mellom lege, farmasøyt og sykepleier kan sikre at hjemmeboende pasienter får de legemidlene de skal ha. Hvilke erfaringer har sykepleiere og farmasøytter med tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger?

FAKTA

Av Liv Halvorsrud, Førsteamanuensis, PhD, Cand. San. Sykepleier, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Kari Anne Hoel, Høgskolelektor, MSci, Sykepleier

Anne Gerd Granås, Professor, PhD, cand. pharm. Farmasøyt

Introduksjon

Fokuset i denne studien er hvilke erfaringer helsepersonell har med tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger (LMG) blant mottakere av hjemmebaserte tjenester, samt pasientens delaktighet og utbytte av gjennomgangene. LMG er en strukturert faglig gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader, og den baseres på en samstemt legemiddelliste av de legemidlene personen faktisk får (1). Både nasjonalt og internasjonalt har feilmedisinering blant eldre rapportert å ha sammenheng med polyfarmasi (1-6). En litteraturgjennomgang om feilmedisinering viste at det ikke var noen effekt på avvik til tross for samstemming av legemiddellister og LMG (7). Derimot fant en nyere litteraturgjennomgang visse holdepunkter for at LMG ga færre innleggelser i sykehus, mindre dødelighet og

tverrprofesjonelt samarbeid mellom leger, farmasøytter og sykepleiere og organisatoriske rammer har vist seg å ha effekt på kvaliteten av den medikamentelle behandlingen (7, 12-14). Tverrprofesjonelt samarbeid er en interaktiv, forpliktende og krevende arbeidsform for å få gode løsninger på komplekse problemstillinger (15). Organisatoriske rammefaktorer blir sett på som nødvendig for å skape en fruktbar tverrprofesjonell samhandling (16).

Hensikten med denne studien er derfor å utforske erfaringer farmasøytter og hjemmesykepleiere har gjort i tverrprofesjonell LMG blant eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester.

Studiens forskningsspørsmål er:

1. Hvordan beskrives utbyttet av LMG?
2. Hvordan beskriver hjemmesykepleier og farmasøyt det tverrprofesjonelle samarbeidet?
3. Hvordan har pasientene vært involvert i LMG?

Metode

Studien er basert på en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Formålet med denne beskrivende studien har vært å forstå informantenes erfarte virkelighet gjennom fokusgruppeintervjuer og fortolkning av deres meningsyttringer (17).

Kontekst og utvalg

Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USH) i Oslo gjennomførte i 2014 et prosjekt med tverrprofesjonelle

«Intervjuene avdekket mangelfull kvalitet i medikamentbehandling.»

bedret livskvalitet (8). Et tverrprofesjonelt team eller kun behandlende lege kan utføre LMG (9). Helseprofesjonene i primærhelsetjenesten er i en særstilling til å bidra til at pasienten får rett medikasjon (10). I de nasjonale prosjektene i riktig legemiddelbruk identifiserte hjemmesykepleiere aktuelle pasienter til LMG og kontaktet deretter fastlegen (11). Både





SAMARBEID: Sykepleier, fastlege og farmasøyt kan dra nytte av hverandres kunnskap når de skal avgjøre hvilke legemidler en pasient skal ha. Illustrasjon: Colourbox

Sammendrag

Bakgrunn: Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader. Den skal baseres på en samstemt legemiddelliste av de legemidlene personen faktisk bruker.

Hensikt: Å undersøke hvordan hjemmesykepleiere og farmasøyer opplever tverrprofesjonelle LMG og hvordan pasienten har vært involverte.

Metode: Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer som besto av åtte hjemmesykepleiere og to farmasøyer. Vi benyttet kvalitativ beskrivende tematisk analyse.

Resultat: Farmasøyer og sykepleiere pekte på tre sentrale områder i erfaringen med LMG; kvaliteten i medikamentbehandling, sårbare pasienters medbestemmelse og mangelfull kunnskap om de involverte profesjonene. Utbytte av tiltakene etter LMG erfares som gode for pasienten. Særlig de skrapelige eldre er mindre delaktige i LMG. Kvalitetsbrist blir avdekket både i kjennskap til pasientens medisiner og brist på en organisatorisk struktur for videre oppfølging av legemiddelrelaterte problemer som ble identifisert.

Konklusjon: Legemiddelgjennomgang er en ny måte å arbeide sammen på og innebærer endringer i arbeidsmåter både individuelt og organisatorisk. Dypere innsikt og kunnskap om hverandres fag og oppgaver er en nødvendighet for å få til nye samarbeidsmåter på en god og effektiv måte.

Nøkkelord: Tverrprofesjonelt samarbeid; legemiddelgjennomgang; farmasøyt; hjemmesykepleier; hjemmesykepleien

Summary

Interdisciplinary systematic medication reviews in homecare services; a challenge?

Background: Systematic Medication Review (SMR) is a structured professional examination of the medicines patients actually use so that appropriate medical treatment is ensured.

Purpose: The aim of this study is to investigate how homecare nurses and pharmacists experience the interdisciplinary SMR.

Method: Four focus-group interviews consisting of eight homecare nurses and two pharmacists were performed. Qualitative descriptive thematic analysis is used.

Results: Pharmacists and nurses emphasized three main topics in their experience with SMR; quality in drug treatment, vulnerable users' participation and inadequate professional knowledge. The benefit of the SMR is good for the patient, but there is some quality shortcomings such as lack of organizational structure to perform and follow-up the SMR. Especially the frail elderly are less involved.

Conclusions: SMR is a new way of working together and involve changes in working methods both individually and organizationally. The knowledge of each others disciplines and tasks is a necessary factor to achieve new forms of collaboration.

Keywords: Interdisciplinary collaboration; systematic medical review; pharmacist; homecare nurse; homecare nursing





LMG i hjemmetjenesten knyttet til det Nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet (1). USH rekrutterte informanter til vår studie via lederne i bydelene. Lederne kontaktet muntlig aktuelle hjemmesykepleiere som hadde deltatt i LMG prosjektet. Sisteforfatter kontaktet farmasøytene. Inklusjonskriteriene var å ha gjennom-

omhandlet erfaringer med det tverrprofesjonelle samarbeidet ved LMG, utbytte av samarbeidet og pasientdelaktighet (11, 14, 18, 19). I fokusgruppeintervjuene fulgte vi litteraturens beskrivelse av moderators rolle og metoder ved å oppmuntre til en fri tale om tema, ved å ha en ikke-styrende intervjulist, stille åpne spørsmål, holde fokus og bidra til kommunikasjonsflyten mellom informantene og ved å gjenta sentrale begrep eller utsagn for å unngå misforståelser (17, 19-22). Første og siste forfatter laget intervjuguident og gjennomførte to intervjuer sammen og et intervju hver aleine. Intervjuene varte fra 33 til 75 minutter. Andreforfatter transkriberte halvparten av materialet og et profesjonelt byrå resten.

«Informantene forteller om utfordringer i brukermedvirkning.»

ført minst én LMG. Informanter fra samme bydel var av praktiske hensyn i samme gruppe. De fire fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i siste halvdel av 2014 i et egnet rom i bydelene hvor de arbeidet. To kvinnelige farmasøytter fra et apotek (en gruppe), fire kvinnelige (2 grupper à 2) og fire mannlige (alle i en gruppe) hjemmesykepleiere deltok.

Gjennomføringen av fokusgruppeintervju

Intervjuguident med åpne spørsmål basert på tidligere forskning, erfaring og forskningsspørsmålene

Analyse

Materialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ beskrivende temacentrert analyse i fire trinn inspirert av Kvale og Brinkmann (17). For å sikre at analysen ble ensartet og holdbar var alle forfatterne involvert og leste nøye igjennom alle intervjuene. Ikke relevant tekst fra intervjuene ble satt til side. Den gjenværende teksten ble grovsortert i meningsbærende enheter (trinn en). Disse meningsbærende enhetene ble fortettet til kortere enheter om hva teksten handler om (trinn to – meningsfortetning). Gjennom flere gjennomlesninger ble meningsfortetningene sortert i et mønster av tema og undertemaer (trinn tre). Siste trinn i analysen var å rette et reflekterende blikk på informantenes utsagn og å utvikle sentrale temaer. Siste trinn har et høyere abstraksjonsnivå enn de foregående trinnene. Tematiseringen ble organisert i et matriseskjema (se tabell 1) ut fra informantenes utsagn slik forskerne fortolket dem. Forfatterne arbeidet enkeltvis og sammen med materialet for å komme fram til en felles forståelse.

Etiske refleksjoner

Studien er meldt Norsk samfunnsvitenskape- lig datatjeneste (NSD), nr. 38702. Informantene undertegnet informert samtykke. Lagring av data og gjennomføring av studien er gjort i samsvar med forskningsetiske retningslinjer. For å ivareta anonymiteten er kjønn, alder, videreutdanning og erfaring med LMG ikke oppgitt.

Studiens gyldighet

Utvalget av farmasøytter ble begrenset av at det var få totalt sett med i prosjektet i Oslo kommune. Intervju med andre farmasøytter i liknende stillinger andre

TABELL 1: Utvalgte eksempler på analysematrise av materialet

Utsagn	Subtema	Tema
Og så ble det trappert ned fra 60 mg døgndose til 30. Brukeren har ikke falt siden	Feilmedisinering	Kvalitet i medikament- behandling
Bedre og våken og klarere enn noen gang	God effekt av endring	
...mitt inntrykk er at legen har for mange pasienter i forhold til hva de kan håndtere, at legen ikke har tid til å følge opp disse gamle skrapelige med polyfarmasi.	Mangel på tid til oppfølging	
Positiv til å jobbe i tverrfaglig team, og... og se en verdi av det.	Tverrprofesjonelt arbeider er verdifullt	Mangelfull profesjons- kjennskap
.. det må jo formes litt også det som skal sies (forfatterens presisering)... en lege vet kanskje nødvendigvis ikke helt hva vi sitter inne med av kompetanse, ..	Lite kjennskap til «den andres» kompetanse	
Det er jo vi som kjenner brukeren, da. I større grad, vil jeg tro. Men det... men det er jo det som gjør at det er vanskelig, da. Farmasøyten kan det tekniske, og vi har Ja, hele bildet i større grad»	Pasientkunnskap i arbeidet	
Vi gjorde en LMG, endre medisinen, så etter det så var det ikke noe oppfølging. Det blir liksom glemt litt på en måte.	Manglende kontakt med pasienten etter LMG	Brukermed- virkning for sårbare grupper



RIKTIG MENGE: Samarbeid mellom helsepersonell om medisiner av hjemmeboende pasienter, kan sikre at pasientene får riktig type og mengde medisin. Illustrasjon: Colourbox



steder i landet kunne ha bidratt med andre og utfyllende data om det tverrprofesjonelle samarbeidet i LMG. Hjemmesykepleierne ble rekruttert via sin leder. Det kan være at leder rekrutterte de som var mest engasjert i og begeistret for LMG, men på den annen side var ikke alle hjemmesykepleiere i prosjektbydelene med i LMG. Det kan være at de som var mindre positive til LMG, ikke ønsket å delta. Det kan være at disse vill ha gitt mer utfyllende svar på forskningsspørsmålene. Det er ikke tilgjengelig informasjon om hvor mange hjemmesykepleiere som utførte LMG i prosjektperioden. Alle tre forfatterne har via egen utdanning, egen yrkesutøvelse og via studenter kjennskap til legemiddelrelaterte oppgaver blant mottakere av hjemmebaserte tjenester. Denne for forståelsen kan ha bidratt til en bedre utforskning av problemstillingen og en mulighet til å forstå informantene bedre. På den annen side kan for forståelsen ha påvirket det vi har sett etter i analysen for eksempel utbytte av LMG.

Funn

Denne studien fant tre sentrale temaer ut ifra informantenes erfaringer med tverrprofesjonelle LMG .

Funnene viste ulike sider av kvaliteten i medikamentbehandling, dernest at de sårbare pasientenes medbestemmelse var problematisk og til slutt mangelfull profesjonskjennskap.

Kvalitet i medikamentbehandling

Intervjuene avdekket mangelfull kvalitet i medikamentbehandling både på individ og på organisatorisk nivå. Det er feil i legemiddelsamstemming, feilmedisinering samt mangler i kjennskap til virk-



«Oppfølgingen av pasienter over tid beskrives som mangelfull.»

ning, bivirkning og indikasjon for medikament. Et eksempel er pasienter som bruker bestemte medisiner, uten at det var diagnostiske holdepunkter for medikamentet. En av sykepleierne fortalte at en pasient hadde fått et smertestillende A-preparat i over fem år og som hadde falt gang på gang den seinere tiden. Hun sier om resultatet etter LMG «Og så ble det trappet ned fra 60 mg døgndose til





30. Brukeren har ikke falt siden». Og pasienten selv var fornøyd med denne endringen. Også andre beskriver at etter LMG og endring av medikamenter blir pasienten «bedre og våken og klarere enn noen gang». Et annet eksempel på doseendring er om en pasient som får redusert medikamentet

«Informantene forteller om et haltende samarbeid.»

uten at sykdomssymptomene økte «...det var ikke noen symptomer .. han har ikke blitt verre». Også en av farmasøytene antyder at indikasjonen for bruken av legemiddelet kan mangle og derfor er det vesentlig under LMG-møtet å få klarhet i «om det er indikasjon for alle legemidlene også».

Farmasøytene opplevde i enkelte LMG-møter at legen og / eller sykepleieren hadde mangelfull kjennskap til virkninger og bivirkninger av medikamentene for den aktuelle pasienten. En av farmasøytene omtalte dette at det er «de», lege og sykepleier, som skal vite hvordan pasienten har det. En av farmasøytene forteller også om eksempler på LMG-møter hvor sykepleieren ikke kjente pasienten og hadde ikke engang vært hos ham / henne. Oppfølgingen av pasienter over tid beskrives som mangelfull.

Andre kilder til kvalitetsbrist i medisineringen kunne være mangelfulle rutiner og at tid ikke var avsatt verken for sykepleier eller lege til oppfølging av medisiner. En av sykepleierne sammenlikner med egen erfaring fra LMG på sykehjem og sier at «strukturene for oppfølging ligger jo der på sykehjem, men ikke i hjemmetjenesten enda da...». Dessuten sier de at «...mitt inntrykk er at (fast)legen har for mange pasienter i forhold til hva de kan håndtere» .. og «at legen ikke har tid til å følge opp disse gamle skrøpelige med polyfarmasi». Det gis heller ikke noe kommunalt vedtak om LMG i betydning av å være direkte pasientrettet arbeid i hjemmetjenesten. Hjemmesykepleierne sier at LMG må de «ta ekstra».

Brukermedvirkning for sårbare grupper

Informantene forteller om utfordringer i brukermedvirkning i LMG og særlig for de mest skrøpelige og dermed mest sårbare eldre. En hjemmesykepleier hevder at pasienter med kogni-

tiv svikt blir glemt i oppfølgingen «Vi gjorde en LMG, endret medisinerne, så etter det så var det ikke noe oppfølging. Det blir liksom glemt litt på en måte...». Brukermedvirkningen forsvinner fra LMG når pasienten selv ikke kan være med. En informant forteller om en pasient som hadde ressurser til selv å bestille time hos sin fastlege for å få vite mer om sine medisiner. Pasienten hadde opprinnelig gitt sitt samtykke til LMG uten henne til stede. Informantene forteller at den direkte kontakten mellom fastlegen og pasienten kan være ønsket av pasienten, men vanskelig å gjennomføre. En hjemmesykepleier forteller at pasientene er fornøyd bare de treffer en lege og sier det slik: «Noen (fastleger; forfatterens utheving) går også på hjemmebesøk» mens «andre, nei, de har ikke tid så.. sier fastlegen at vi må bruke legevakta legevakta er ikke noe særlig ... ja. Det skjønner ikke bruker.» Hjemmesykepleierne er opptatt av at fastlegen kjenner pasienten og ikke kun bygger på sykepleierens kjennskap til pasienten. Om pasientens mulighet til direkte kontakt med sin fastlege, sier en av sykepleierne: « ... vi har hatt en dement dame som ikke kom seg ut. Og så fikk vi legen hjem til henne. Og det syntes jeg var veldig, veldig bra. Jeg tenker: Hun alene sammen med legen så hadde ikke han kunnet fått det bildet, da. Eller ... ja. Jeg tror det var ganske viktig, da. Jeg likte det veldig godt.»

Mangelfull profesjonskjennskap

Mangelfull kunnskap om de andre profesjonenes kompetanse og rolle kommer godt fram i intervjuene. Informantene forteller om et haltende samarbeid. De har også eksempler på samarbeid hvor alle tre profesjonene arbeider godt sammen. En av farmasøytene sier det slik: «Så det som jeg synes har fungert bra, det har vært at sykepleier kjenner pasienten godt, legen kjenner pasienten godt, legen kan bruke data godt sånn at det er lett å finne tilbake til journalnotater, når forskjellige ting ble startet opp, hvorfor ble de startet opp og sånt. Og fastlegen har sett pasienten før ... ja, innenfor det siste året, i hvert fall. ... og så at fastlegen må være positiv til prosjektet. Positiv til å jobbe i tverrfaglig team, og se en verdi av det.»

En av farmasøytene fortalte om motstand i samarbeidet og at hun nøye vurderer hvordan hun skulle presentere sitt fagbidrag i LMG-møtene og sier: « .. det må jo formes litt også det som skal sies (forfatterens presisering) ... en lege vet



kanskje nødvendigvis ikke helt hva vi sitter inne med av kompetanse, ..». Sykepleierne forteller også om situasjoner der de fornemmer at legen synes å gi signaler om mishag med å diskutere medikamenter med farmasøyten: «Det er sikkert der legene liksom blir litt arrogante i forhold til oss (forfatter forklarer: kommer fram i samtalen at dette gjelder farmasøyter), da. Tenker jeg». En annen hjemmesykepleier forteller om et eksempel hvor hun / han hadde fått samtykke fra pasienten til å drøfte den smertestillende behandlingen med legen, men legen ønsket ikke å drøfte dette uten selv å ha hørt dette direkte fra pasienten. Mens andre leger igjen bidrar aktivt til å lage en oppfølgingsplan om medikamentbehandlingen.

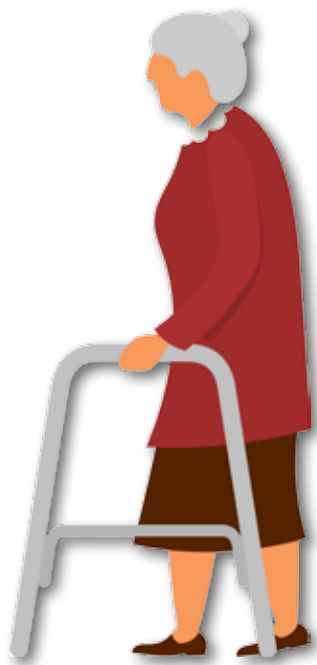
Om sin egen rolle i LMG sier en av sykepleierne: «..vi har med farmasøyter, og det er mer, tryggere enn å være aleine». Samtidig sier en annen «Det er jo vi som kjenner brukeren, da. i større grad, vil jeg tro. Men det.. men det er jo det som gjør at det er vanskelig, da. Farmasøyten kan det tekniske, og vi har Ja, hele bildet i større grad.» En annen sykepleier forteller om LMG-møter der legen og farmasøyten diskuterer «over hodet» på henne.

Både farmasøyt og hjemmesykepleier forteller om uenighet om hvem som bør ta initiativ til en LMG. Farmasøyten gir uttrykk for at det er sykepleierne som skal gjøre det samt å være koordinatorer i LMG. Men både farmasøyt og hjemmesykepleier viser til at de opplevde at fastlegen mener at dette er deres oppgave.

Diskusjon

Denne studien har utforsket erfaringer farmasøyter og hjemmesykepleiere har i tverrprofesjonell LMG blant eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester. Studien beskriver også pasientdeltakelse i LMG og utbytte av LMG. Resultatene oppsummeres i tre hovedtema; kvalitet i medisinerings alle ledd, sårbare gruppers delaktighet i egen medisinerings og kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid.

Vår studie utforsker erfaringer med et av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet, tverrprofesjonell LMG (11). Nettopp kvalitetsbrist i sikkerheten omkring medisinerings fører hvert år til unødvendige pasientskader (23). Funnene i vår studie peker på at tverrfaglig LMG ga godt utbytte for pasienten, jf. pasienten med sterke



smertestillende medisiner og svimmelhet som ble bedre etter tiltak gjennomført som en følge av LMG. Liknende funn fra Nord-Trøndelag peker på at pasientene fikk en bedring i medisinerings etter LMG (24). Imidlertid uttrykte våre informanter bekymring for muligheten til å følge opp pasienten både før og etter LMG. Organisatorisk ligger det ikke til rette for en tverrprofesjonell

BRA FOR PASIENTEN: Pasienter kan få det bedre når mengden legemidler justeres. Illustrasjon: Colourbox

«Tverrfaglige legemiddelgjennomganger ga godt utbytte for pasienten.»

oppfølging. Farmasøyt, lege og sykepleier er ikke knyttet til samme organisasjon og har derfor ulike økonomiske og strukturelle rammer å forholde seg til. Dette innebærer også få eller ingen felles arena for jevnlig muligheter til å bli kjent. Profesjonsgruppers arbeidsmåter er ofte styrt av organisasjons rammer og regelverk (16, 25). Til dels blir derfor organisasjonen premissleverandør for hvordan den enkelte profesjonsutøver kan utføre sine oppgaver.

Pasientrettigheter står stadig sterkere i dagens samfunn. Likevel avdekker vår studie og annen





litteratur (18) at pasienten og særlig de skrøpelig eldre ikke får vært med på LMG. Tankevekkende er fortellingen fra en av informantene om pasienten som selv bestiller time hos legen etter at hun ikke fikk LMG til tross for at hun hadde gitt sitt samtykke om LMG uten henne.

Oppgavefordelingen i medisinerer er regulert i lover og forskrifter for både farmasøyt (26, 27), sykepleier (28) og lege (9, 29). Utfordringer oppstår når det kreves tverrprofesjonelt samarbeid for å få en rett medisinerer. En god medisineringskjede er fra legen foreskriver best mulig medikament, apoteket gir rett medikament til pasienten og pasienten tar medisinen med eller uten hjelp av hjemmesykepleier. Og at helsepersonell kjenner virkningen og bivirkningen som pasienten har av medikamentet. I vår studie erfarte farmasøytene at både legen og hjemmesykepleieren hadde mangelfull kjennskap til pasienten. Interessant i denne sammenhengen er en internasjonal studie som peker på at sykepleiere i kommunehelsetjenesten kjenner pasienten og derfor har en nøkkelrolle til å oppdage medikamentfeil (10).

Tverrprofesjonelt arbeid fordrer kunnskap og vilje til samarbeid. Det er beskrevet som en interaktiv, forpliktende og krevende arbeidsform for å få gode løsninger på komplekse problemstillinger (15) og at det er ulike faser i samarbeidet (16). Lenge før Samhandlingsreformen (30) bidro til endringer av oppgavefordelingen i helsevesenet, ble det stilt spørsmål ved om legeoppgaver fragmenteres når legen mottar polikliniske notater fra sykepleier istedenfor at legen skriver dem (31). Vår studie kan tyde på at det fortsatt er både mangelfull kunnskap og gamle tradisjoner omkring oppgavefordeling og samarbeid. Lauvås og Lauvås (15) og Orvik (16) hevder at tverrprofesjonell kompetanse er noe som må læres og som må bygge på trygghet og kunnskap om egen fagkompetanse. Andre hevder at tverrprofesjonelt samarbeid forutsetter et paradigmeskifte i verdier, i regler for opptreden og i arbeidsmåter (32). Vår studie beskriver en endring i hvem som «står pasienten nærmest». Det er lange tradisjoner på hvilket område ulike helsearbeidere møter pasienten på. Legen diagnostiserer, forordner og følger opp (medikament)behandling. Farmasøytene har oppgaver i produksjon og utlevering av medisiner og sykepleieren steller og pleier den syke. I dagens nye organisering av helsevesenet endres dette til eksempelvis rollene i LMG hvor sykeplei-

ere og farmasøytene i kommunehelsetjenesten kan ha nøkkelroller i å identifisere behov for LMG (10, 11). Oppgavefordelingen endres dog uten at profesjonsgruppen arbeidsmåter og organisatoriske rammer endres.

Styrke og begrensninger

Til tross for at vår studie har få informanter, er de jevnt over samstemte. Våre funn finner også støtte i litteraturen. Det kan være at informanter fra kommuner hvor LMG er en del av den ordinære driften, ville ha rapportert om andre erfaringer. Forfatterne lyktes ikke å få intervjuer med leger under henvisning til press på legenes arbeidstid og at deres arbeidsform gjorde det vanskelig. Det kan være at funnene hadde vært utdypet eller annerledes dersom fastleger hadde deltatt. Hjemmesykepleierne fortalte om andre utfordringer enn LMG mellom hjemmetjenesten og fastleger. Det kan tenkes at disse andre utfordringene bidrar til vanskeligere samarbeid i LMG. Altså at det er noen andre bakenforliggende grunner til vansker i samarbeidet. Farmasøytene hadde LMG i alle bydelene og kan reflektere fra et større spekter av fastleger. Dessuten hadde farmasøytene erfaring fra flere LMG enn hjemmesykepleierne. Studien etterspør hvordan våre informanter erfarte utbytte av LMG og ikke generelt utbytte av LMG. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram gir et bredere bilde av effekten av LMG (1). Tre av gruppene var bare kvinner og en bare menn. Det kan tenkes at en blanding av kjønn i gruppene kunne ha gitt andre svar. Gruppeinndelingen var gjort med hensyn til arbeidssituasjonen til den enkelte. Våre funn kan derfor reflekteres over i lys av disse rammene.

Konklusjon, betydning for praksis og videre forskning

Tverrprofesjonell LMG blant mottakere av hjemmesykepleie er en nyere arbeidsform for alle involverte parter. Farmasøytene og hjemmesykepleierne pekte i vår studie på tre sentrale områder i erfaringen med LMG; kvalitet i medikamentbehandling, sårbare pasienters medbestemmelse og mangelfull profesjonskjennskap. Utbytte av tiltakene som en følge av LMG er god for pasienten. Men det avdekkes også kvalitetsbrist både i kjennskap til pasientens medisiner og brist på en tilrettelagt organisatorisk struktur for videre oppfølging av LMG. Særlig de skrøpelig eldre er mindre delaktige. LMG er en ny måte å arbeide sammen på og innebærer endringer



i arbeidsmåter både individuelt og organisatorisk. Kunnskapen om hverandres fag og oppgaver er en nødvendig faktor for å få til nye samarbeidsmåter. Kunnskap og øvelse i tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og i utdanning har et forbedringspotensial

Det er behov for mer forskning om langtids-effektene av LMG og om hvilke pasienter som ønsker og kan delta i LMG. Videre også kunnskap om undervisningsformer som kan bidra til bedre tverrprofesjonelt samarbeid. ■



MEDISINER: En god medisineringskjede er når legen foreskriver best mulig medikament, apoteket gir ut rett medikament og pasienten tar medisinen med eller uten hjelp av hjemmesykepleier. Illustrasjon: Colourbox

Referanser:

1. I trygge hender. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram: Pasientsikkerhetsprogrammet.no; 2012 [cited 2016 19.02]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender>.
2. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*. 2007;5(4): 345-51.
3. Helsedirektoratet. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak Oslo2011.
4. Riker GI, Setter SM. Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it – implications for home healthcare and hospice. *Home Healthcare Nurse*. 2012;30(8): 474-85.
5. Vincent GK, Velkoff VA. The next four decades, the older population in the United States: 2010 to 2050. Washington, DC, U.S.: Census Bureau, 2010.
6. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2014;13(1): 57-65.
7. Holte HH, Hafstad E, Vist GE. Oppsummering av systematiske oversikter om effekt av samstemming av legemiddellister Oslo: Rapport fra Kunnskapssenteret; 2015 [cited 2016 02.01]. 7; [Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/oppsummering-av-systematis...>]
8. Alldred DP, Kennedy M-C, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *The Cochrane Library*. 2016.
9. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomgang. 2012.
10. Elliott RA, Lee CY, Beanland C, Vakil 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(1): 13-24.
11. I trygge hender. Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten 2012 [cited 2016 1505]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%...>
12. Scullin C, Hogg A, Luo R, Scott MG, McElnay JC. Integrated medicines management – can routine implementation improve quality? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18:807-15.
13. Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010;28(2): 82-8.
14. 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.
15. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi 2ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2004. 264 p.
16. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Innføring av profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2 ed. Oslo: Cappelen Damm; 2015. 176 p.
17. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
18. Arnesen Å, Østensen I. Sluttrapport. Pilotprosjekt – Samstemming og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. Oslo kommune. Oslo: Pasientsikkerhets kampanjen 2012 [cited 2016 1910]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%...>
19. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 4th ed. ed. Los Angeles, Calif: Sage; 2009.
20. Chrzanowska J. Interviewing Groups and Individuals in Qualitative Market Research. London: SAGE Publications; 2002.
21. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997.
22. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. ed. Oslo: 2016.
23. Helsetilsynet. Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenesten til eldre – oppsummeringsrapport. Oslo: Statens Helsetilsyn, 2010.
24. Devik A, S, Fiskvik I, L, Lassen T, Halbostad T, Enmarker I. Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag. Midt Norge: Senter for omsorgsforskning 2016.
25. Høst T. Ledelse i helse- og sosialsektoren. 3 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2014. 362 p.
26. Lovdata. Lov om apotek (apotekloven) Oslo2000 [cited 2016 19.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>.
27. Lovdata. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek Oslo1998 [cited 2016 19.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455>.
28. Lovdata. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008 [cited 2016 02.01]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>.
29. Lovdata. Forskrift om fastlegeordning i kommunene Oslo2012 [cited 2016 19.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>.
30. St.meld.nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid (2008–2009) Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
31. Sundar T. Legeoppgaver på avveie? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2002;122(3): 331–2.
32. D' amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(1): 8–20.



Utfordringar ved tannpuss i sjukeheim

Korleis kan det ha seg at tannpuss vert rekna for å vere så viktig at ein kan vurdere bruk av tvang for å få gjennomført slikt arbeid i sjukeheim?

FAKTA

Av Jeanne Boge,
Fyrsteamanuensis, Senter
for omsorgsforskning Vest
Høgskulen på Vestlandet

Introduksjon

I 2003 blei amerikanske innbyggjarar bedt om å rangere fem oppfinningar. Tannbørsten kom på fyrsteplass, framfor bil, PC, mobil og mikrobylgeiønn (1). Ein skal ikkje sjå bort i frå at ein ville fått liknande svar om ein gjorde tilsvarende undersøkingar i Noreg no. Reine og velstelte tenner er ei sentral norm i moderne samfunn. Dette vert tydeleg når ein ser på litteratur og undervisningsmaterieill i sjukepleieutdanningar (2, 3). Gamle si munnhelse får spesielt stor merksemd (4).

Detaljerte normer om korleis munn og tenner bør stellast kan vere til stor hjelp. Slik litteratur problematiserer diverre i liten grad utfordringar som kan oppstå ved munnhygiene i konkrete pleiesituasjonar. I dag er det mange eldre som har naturlege tenner. Det kan vere vanskeleg å halde slike tenner reine når bebuar har nedsett motorikk, nedsett kognitiv funksjon og mentale lidningar, slik mange i sjukeheim har (5, 6). Ein studie frå sju-

«Den eine heldt hendene, medan den andre pussa.»

keheimar i Oslo viste at 70 % av bebuarane hadde naturlege tenner. Dei med naturlege tenner hadde dårlegare munnhygiene enn dei med tannprotesar. Munnhygiene var spesielt dårleg hjå bebuarar med kognitiv svikt. Dei som ikkje samarbeidde med pleiar hadde den dårlegaste munnhygiene (7). Det same vert understreka i ein tysk studie som viser

at sjukeheimsbebuarar med demens hadde mykje dårlegare munnhelse enn bebuarar utan demens (8). Ein svensk studie viser at munnhygiene vert dårlegare dess meir pleietrengjande ein er (9).

Systematisk arbeid med munnhygiene ser ut for å ha ein positiv effekt på den orale helsa (10, 11). I ein norske studie hadde 36 % av bebuarane akseptabel munnhygiene før eit munnhelse prosjekt starta. Seks år etter at prosjektet blei avslutta hadde 70 % av bebuarane akseptabel munnhygiene, men det var ei utfordring at 30 % av bebuarane hadde dårleg munnhygiene. Nokre av desse var døyande, andre var aggressive eller nekta pleiar å pusse tennene for dei (11). Ein svensk studie viser også at hovudproblemet var pleietrengjande som motsette seg hjelp til tannpuss (12). Ein annan studie viser at 40 % av bebuarane i 11 norske sjukeheimar hadde uakseptabel munnhygiene og at 21 % av pleiarane hadde vurdert å be om tvangsvedtak for å få pussa tennene til bebuarar som motsette seg munn-/tannstell (13). I norske sjukeheimar er det strenge reglar for bruk av tvang, og all tvangsbruk må meldast til fylkeslegen (14).

Problemstilling

Korleis kan det ha seg at tannpuss vert rekna for å vere så viktig at ein kan vurdere bruk av tvang for å få gjennomført slikt arbeid i sjukeheim?

Teori

Artikkelen er basert på ein teori om at ein kan finne forklaringar på notidige praksisar og tenkemåtar, ved å analysere oppkomsten til praksisane.



**HJELP TIL TANN-
PUSS:** Bebuarar
som pussar tennene
sjølve, er vanlegvis
avhengig av at pleiar
tar fram tannbørste.
Illustrasjonsfoto:
Mostphotos

Sammendrag

Bakgrunn: Tidlegare studier viser at tannstell kan vere utfordrande når personar har nedsett motorikk, svekka kognitiv funksjon, psykiske lidingar og naturlige tenner, og tvangstiltak kan bli vurdert for å få gjennomført tannpuss. Korleis kan det ha seg at tannpuss vert rekna for å vere så viktig at ein kan vurdere bruk av tvang for å få gjennomført slikt arbeid i sjukeheim? Artikkelen er basert på ein teori om at ein kan finne forklaringar på notidige praksisar og tenkemåtar, ved å analysere oppkomsten til praksisane.

Formål: Skape ny forståing for utfordringar ved tannpuss i sjukeheimar.

Metode: Artikkelen er hovudsakleg basert på dokumentanalyser og intervju med ti hjelpepleiarar.

Resultat: Norma om at munn og tenner skulle vere reine oppstod i samband med moderniseringa av vestlege samfunn. Denne norma prøver helsepersonell i sjukeheim å oppfylle ved å tilby bebuarane tannpuss ein gong i døgnet. I møte med bebuarar som ikkje vil pusse tennene kan pleiepersonalet kome i eit vanskeleg dilemma mellom omsynet til bebuar sin autonomi på den eine sida og omsynet til munnhygiene på den andre sida.

Konklusjon: Studien viser at dei moderne normer for tannpuss som oppstod for om lag 120 år sidan framleis er så viktige at pleiepersonell kan bruke makt for å få børsta tennene til bebuar.

Nøkkelord: Tannpuss, sykehjem, historisk perspektiv, intervju

Summary

Challenges with tooth brushing in nursing homes

Background: Earlier studies shows that tooth brushing can be challenging when individuals have impaired motor skills, impaired cognitive function, mental illnesses and natural teeth. Sometimes force is considered in order to get the residents toots cleaned. How can it be that clean toots is considered so important that one may consider the use of force in order to get the toot brushing done? The article is based on the theory that one can find explanations on contemporary practices by analyzing the rise of the practices.

Aim: Create new understanding on tooth brushing challenges in nursing homes.

Method: The article is mainly based on analysis on documents and on interviews with ten auxiliary nurses.

Results: The norm that mouth and teeth should be clean occurred in connection with the modernization of Western countries. This norm health professionals in nursing homes tries to meet by providing the residents tooth brushing once a day. When residents don't want to brush their toots, the staff can experience a difficult dilemma between the consideration of the resident's autonomy and the consideration of oral hygiene.

Conclusion: The study shows that the modern norms on toot brushing that occurred about 120 years ago still is so important that caregivers could use force in order to brush the resident's teeth.

Keywords: Toot brushing, nursing home, historical perspective, interview



var hjelpepleiarane i sjukeheimen som innfridde slike kriterium. Åtte av dei ti hjelpepleiarane som deltok hadde arbeidd 10 – 25 år med kroppsspleie i sjukeheim.

Intervjua blei gjennomført i etterkant av observasjon for at samtalane ikkje skulle påverke måten pleiarane utførte arbeidet sitt på (17). Ved intervju var det relativt opne spørsmål om når ulike delar av kroppen blei vaska og stelt, og om korleis pleiarane erfarte praksisane, og då var det fleire som spontant problematiserte munn- og tannstell. Det blei brukt bandspelar og intervju blei transkribert av underteikna.

Eit historisk perspektiv på notidige praksisar kan hjelpe oss til å forstå korleis det har seg at me utfører og erfarer notidige daglegdagse praksisar som me gjer. Slik distanse kan vere heilt avgjerande når ein er sjukepleiar og forskar i eigen kultur (19). Dei historiske undersøkingane i denne studien er basert på analyser av dokument som set kroppslig reinsemd inn i ein historisk samanheng, og blei gjort i pakt med normer for kjeldegranskning. Ved slike analyser undersøker ein blant anna kven som skreiv kjelda, tidspunktet, konteksten dokumentet blei skriva i, formålet med kjelda, om den var offentleg eller privat, om kjelda var førstehands eller andrehands (20).

Fylgjande spørsmål blei stilt til dokumenta som blei brukt som empirisk materiale:

Når oppstod forventingane om at individane skulle ha reine munnar og tenner?

Resultat

Nedanfor presenterer me fyrst resultatane frå analysane av


historiske dokument. Deretter vert det ein presentasjon av resultatane frå analysane av observasjonsnotat og intervju.

Tannpuss i eit historisk perspektiv

For 150 år sidan var det truleg ingen som hadde vurdert å bruke tvang for å få pussa tennene til eldre og pleietrengjande, fordi folk flest



FÅ PUSSAR SJØLV: Det er svært få som pussar tennene sjølv. Dei som gjer det sjølv er gjerne dei som er mentalt klare. Illustrasjonsfoto: Colouurbox



ikkje hadde slike verktoy. Tannbørstar er eit relativt nytt fenomen. Grunnleggjaren av moderne sjukepleie, Florence Nightingale nemner ikkje tannbørstar i verdas fyrste lærebok i sjukepleie Notater om sykepleie som kom ut i 1860 (21). Tannbørstar er heller ikkje nemnt i dei to fyrste norske lærebøkene i sjukepleie som kom ut i siste halvdel av 1800- talet (22, 23). Bakgrunnen for at lærebøkene ikkje skriv om tannbørstar er at det ikkje var vanleg å bruke slike innretningar, sjølv om dei begynte å produsere tannbørstar i USA på 1840 – talet. På den tida var tannbørstar eit verktoy som borgarskapet brukte til å markere avstand til fattigfolk sine skitne og ustelte tenner. Denne klassemarkeringa må ein forstå i lys av dei store omveltingane som oppstod i samband med industrialiseringa og etableringa av marknadsorienterte moderne samfunn. I slike samfunn blei det store ulikskapar mellom fattig og rik, og dei rike brukte kroppsleg reinsemd til å markere at dei høyrde til i dei øvre sosiale lag (24, 25).

Den fyrste norske lærebok i sjukepleie som skriv at pasientar bør pusse tennene oppstod i 1901 (26). Dette indikerer at på den tida var tannpuss blitt ei allmenn norm. Sjølv om det oppstod slike normer er det ikkje sikkert at alle pussa tennene, men norma er uttrykk for at det har skjedd ei endring i oppfatninga av munn og tannstell (1). Desse nye normene må forståast i lys av det omfattande politiske moderniseringsarbeidet som blei gjennomført i Noreg i siste halvdel av 1800 – talet. Legar, lærarar og sjukepleiarar fekk ei sentral rolle i arbeidet med å få fattigfolk til å vaske og stelle seg i pakt med dei moderne, hygieniske,

borgarlege normene for lukt og utsjånad. Det politiske hygienearbeidet var basert på ein ide om at dei som var reine også var ordentlege og lydige borgarar som handla i pakt med dei økonomiske og politiske maktthavarar sine interesser (27). Dette politiske reinsemdsarbeidet er utfyllande dokumentert i studien Om renligheds–stellet i Norge som Eilert Sundt gav ut i 1869 (28). Dette politiske hygienearbeidet var ikkje spesielt for Noreg men eit generelt trekk ved demokratis-

«Mange likte ikkje at pleiarane pussa tennene deira.»

ringa og moderniseringa av vestlege samfunn. Den svenske etnologen Jonas Frykman (25) har vist dette i studiar frå Sverige og den franske historikaren Georges Vigarello har gjort tilsvarende dokumentasjon frå Paris (27) .

Det at tannpuss blei ei allmenn norm på starten av 1900- talet, indikerer at dei som bur i sjukeheim i dag har vore vande med å pusse tennene frå dei var barn, men det var fyrst i 1938 at nylontannbørsten oppstod. Tannbørstane som eksisterte før den tid var ofte laga av hardare materialar (1, 29).

Tannpuss i sjukeheim i vår tid

Nedanfor skal me sjå korleis tannpuss vert gjort i ein sjukeheim i vår tid. Observasjonane blei gjort før frukost, og det var ingen av dei 10 observerte som pussa tennene. Pleiarane fortalte at bebuarane fekk hjelp til å pussa tennene om kvelden. Sjølv om det ikkje var rutine med tannpuss før frukost, var det enkelte som fekk det gjort om dei bad spesielt om det og nokre av dei som fekk hjelp til å stå opp etter frukost pussa også tennene om morgonen. Det var fleire pleiarar som meinte at pleietrengjande burde få høve til å pussa tennene før frukost for velvere sin del, men tannpuss om morgonen var uvanleg. Tannpuss tok tid og kunne koma i konflikt med målet om å få flest mogeleg inn i stova til frukost.

«... dei tinga som blir kutta ut når me er underbemanna, det er akkurat slike ting, velvære ... det å få pussa tennene sine før frukost»

Medan nokre pleiarar tykte at bebuar burde få pusse tennene før frukost, var det andre som





meinte det var meiningslaust å pusse tennene for så å gå rett inn i stova og ete. Då var det betre om dei fekk pusse tennene etter frukost, men det blei det slurva med.

«Og så etter frukost skal dei kjørast ned på rommet igjen for å få pussa tennene. Det blir jo aldri gjort. Det har vi ikkje tid til, me er jo ikkje ferdige med stellet, og dei skal til arbeidsstova og frisør og kva det no måtte vera, så det blir ikkje.»

Det var uvanleg at nokon med protesar ikkje gav pleiarane lov til å vaske og pusse dei, men etter kvart kom stadig fleire til sjukeheimen med egne

som var nødvendig for å lyfte og bruke tannbørsten. Det var ingen av bebuarane som brukte den elektriske tannbørsten om ikkje pleiar pressa på. Elektriske tannbørstar hadde fått ein sentral plass i sjukeheimen i samband med ein kampanje dei hadde gjennomført, men bebuarane likte ikkje dei elektriske innrettingane.

«... dei som har egne tenner har no fått elektriske tannbørstar... men dei liker ikkje å bruke dei, nei da, dei liker ikkje å bruke dei, så dei må pressast der altså ... for dei vil ikkje ha den der maskina i munnen.»

Mange likte ikkje at pleiarane pussa tennene deira verken med elektrisk tannbørste eller med nylontannbørste. Pleiarane var svært klar over at det ikkje var lov å bruke tvang når nokon fullstendig nektar å pusse tennene. Derfor måtte pleiarane vera kreative og finna måtar å motivere den pleietrengjande på.

«...du kan jo leggje opp ein tannpuss slik at det faktisk kan bli litt artig... eg har ein pasient ... me har det kjempegøy, for me syng når me pussar tennene. Han blør veldig mykje i tannkjøttet. Han tykkjer det er ubehageleg ... så me har laga ein litt sånn gøy tone av det, så det er alltid veldig mykje latter når me skal pusse tenner.»

I sjukeheimen var det enkelte som ikkje ville pusse tennene sine i det heile. Ein pleiar fortalde om ei som hadde vore hjå tannlegen, og som meinte at då fekk det vera nok tannstell for ei stund. Ho hadde inga forståing for at det skulle vera nødvendig å pusse tennene. Kvinna som hadde vore hos tannlegen var ikkje den einaste som ikkje viste interesse for tannpuss, det kunne vera ein kamp å pusse tennene til dei som hadde egne tenner. Også til bebuarar som ikkje hadde kognitiv svikt, men det kunne vere spesielt utfordrande når bebuar hadde demens. Då hendte det at dei måtte vera to pleiarar for å få pussa tennene. Den eine heldt hendene, medan den andre pussa. Pleiarane tykte det var vanskeleg og slitsamt å måtte slost for å få pussa tenner, men det var vanskeleg å la vera,

«Ja, me har ein som me faktisk er to på ... og då må ein halda og den andre pusse ... han er ein veldig, veldig senil dement ... og det slit veldig når du må slost for ... dei skal vera velstelte og fine ... Og det er grådig tungt ... det er faktisk det tyngste ... eg kan gjerne ta løft og tunge tak, så lenge eg slepp slikt ... Du får jo, skulle til å seie, refs viss

«For 150 år sidan var det truleg ingen som hadde vurdert å bruke tvang.»

tenner. Når bebuar hadde egne tenner måtte pleiar arbeide med tannbørste inne i bebuar sin munn, og slike invasjonar var det mange bebuarar som ikkje likte.

Dersom bebuarane hadde vore rimeleg sjølvhjelp kunne dei ha pussa tennene når dei sjølv ville, men i sjukeheimen var det ikkje så mange som var i stand til å gjennomføre tannpuss utan hjelp. På ei avdeling med 27 pleietrengjande var det to – fire som pussa tennene sine sjølve.

«Det er svært få som pussar tennene sjølv. Dei som gjer det sjølv er gjerne dei som er mentalt klare, og rimeleg godt føre, og som i tillegg har balanse.»

Sjølv om bebuar pussa tennene sjølve, var dei vanlegvis avhengig av at pleiar tok fram tannbørste, tok på tannkrem, sette fram vatn og plasserte bebuar ved servanten.

Nokre pleietrengjande som føretrekte å pusse tennene sine sjølve, klarte ikkje å gjennomføre dette gjeremålet sjølv om pleiarane la godt til rette.

«... dei kan godt prøve å pusse tennene, men det blir ofte ikkje effektiv tannpuss. Dei tek gjerne tannbørsten inn i munnen med tannkrem på, men så stoppar det.»

Spesielt vanskeleg kunne det vere å klare tannbørstinga sjølv dersom tannbørsten var elektrisk. Den elektriske tannbørsten var tyngre enn vanleg tannbørste, og bebuarane mangla ofte kreftene



du ikkje steller dei, og så får du refs viss du ... men du ser det når tannkjøttet begynnar å blø.»

Av og til når bebuar hadde demens fekk ein ikkje pussa tennene til bebuar uansett kor mykje godvilje og fantasi pleiarane brukte. Enkelte kneip att munnen, derfor hadde det hendt at dei hadde brukt kinnhaldar for å opna opp munnen. Dette er ei bua sak som held munnen open, slik at du slepp å halda den open med fingrane. Kinnhaldar var ikkje det fyrste ein tydde til, men pleiar som fortalde om kinnhaldar opplevde at dette hjelpe-middelet var mykje meir skånsamt enn å halde munnen open ved hjelp av fingrar. Det var berre ein

av dei 10 intervjuja pleiarane som hadde brukt kinnhaldar, og det verka som om det var svært uvanleg å ty til slike verktøy ved tannpuss. Det var ingen i sjukeheimen som brukte kinnhaldar på den tida datasinglinga fann stad.

Diskusjon

Denne artikkelen er eit forsøk på å skape forståing for at tannpuss vert rekna for å vere så viktig at ein kan vurdere tvang for å få det gjort i sjukeheim. I lys av dei kroppslege normene for reinsemd som oppstod i samband med moderniseringa av vestlege samfunn er det forståeleg at helsepersonell tyk-

TANNVERK: Tannrâte kan gje tannverk, og i verste fall ende med at ein må fjerne tenner. Illustrasjonsfoto: Mostphotos





kjer det er ei stor utfordring å ta hand om bebuarar som ikkje vil ha hjelp til tannpuss, samstundes som bebuar heller ikkje klarer å pusse tennene sjølve.

Innleiingsvis såg me at cirka 70 % av norske sjukeheimsbebuarar har naturlege faste tenner (7) og at fleire studiar viser at pleietrengjande kan mislike at pleiar arbeider inne i munnen deira (7-9). På lik linje med tidlegare studiar, viser denne studien at dei vanskelegaste problemstillingane oppstod når bebuar hadde eigne tenner og ikkje ville ha hjelp (13). Spesielt vanskeleg var det når bebuar kneip munnen att. Då kom pleiarane i et dilemma mellom omsynet til bebuars ynskjer om å sleppe å pusse tennene på den eine sida og omsynet til konsekvensane av manglande tannstell på den andre sida. Pleiarane argumenterer for at bebuarane kan få sår i munnen om ikkje tennene vert pussa. Det er sikkert rett, men sjølv om munnane ikkje skulle bli såre ville tennene høgst sannsynleg blitt pussa, fordi verken pleiar, andre bebuarar eller pårørande ville

«Spesielt vanskeleg var det når bebuar kneip munnen att.»

like å vere saman med menneske som har ein illeluktande munn og skitne tenner. Slike bebuarar ville høgst sannsynleg bli isolert.

Med tanke på at om lag 80 % av bebuarane i sjukeheim har demens (5, 6), er det problematisk å la vere å pusse tennene til dei som protesterer. Det er lite sannsynleg at bebuar ynskjer å ha skitne tenner og luktande munn, om vedkomande ikkje hadde det før han/ho fekk demens. Når dei vegrar seg for tannpuss kan det vere fordi dei ikkje lenger forstår kva ein tannbørste er. Dei kan oppleve det ubehageleg at andre invaderer munnen deira utan at dei heilt forstår kvifor og at dei ikkje forstår konsekvensane av dårleg munnhygiene. Dette er eit dilemma fordi dei som ikkje steller munn og tenner kan få tann-

råte (7-9). Tannråte kan gje tannverk og i verste fall ende med at ein må fjerne tenner. Når me ser TV frå kulturar utan moderne tannstell, er det ikkje uvanleg at personar manglar tenner. Det er ikkje så mange generasjonar sidan det var slik i vårt land også. På eldre foto har vaksne individ gjerne munnen att for å skjule tennene som mangla. I vår tid er det uvanleg at norske borgarar har tannlause munnar. Det er ingen grunn til å tru at pleietrengjande ynskjer seg slike tilstandar, sjølv om dei kan tykkje at det er ubehageleg å få hjelp til munn-/tannstell.

Denne artikkelen har ikkje hatt som ambisjon å seie noko om korleis tannpuss vert gjennomført ved alle norske sjukeheimar. Artikkelen bidreg heller ikkje med normer om korleis tannpuss bør gjerast. Teksten har derimot prøvd å skape forståing for at det kan vere utfordrande å oppretthalde moderne normer for munnstell i sjukeheimar.

Tidlegare studiar har ikkje kopla saman den historiske oppkomsten til tannpuss og notidig munnstell i sjukeheim. Såleis bidreg artikkelen med ny kunnskap som helsepersonell kan tenke i forlenginga av når dei skal handtere munn-/tannstell i sjukeheim.

Konklusjon

Tannbørsten ser ut for å ha kome i allminneleg bruk for om lag 120 år sidan, og oppstod i forlenginga av dei moderne normene for kroppsleg reinsemd. Det er framleis minst like viktig å ha reine tenner no som då. Det vil sei at normene for korleis munnar og tenner skal sjå ut og lukte framleis står ved lag. Studien viser at dei moderne normer for munnhygiene er så sentrale at pleiepersonell kan bruke makt for å få børste tennene til bebuar. ■

Referansar:

1. Frønes K. Tannbørsten, et hverdagens kulturminne. Byminner. 2010;1:28-35.
2. Borge A. Personlig hygiene. In: Mekki TE, editor. Sykepleieboken 1. Oslo: Akribe; 2007.
3. Damm C. Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten Oslo: Cappelen Damm; 2015 [Available from: <https://www.cappelendammundervisning.no/undervisning/pps/no/aktuelt/inde...>]
4. Samson H, Strand G. God omsorg til den gamle pasienten. In: Kirkevold M, Brodtkorb K, AH R, editors. Geriatrik sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
5. Engedal K, Haugen P, Demens. Fakta og utfordringer. Fønsberg: Forlaget aldring og helse; 2009.

6. Pedersen R, Hem M, Gjerberg E, Førde R. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. Tidsskrift for Den norske legeforening 2013;118(133):1935-9.
7. Zuluaga D, Ferreira J, Montoya J, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. Gerontology. 2012;29(2):420 - 6.
8. Zenthöfer A, Schröder J, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel A. Comparison of oral health among older people with and without dementia. Community Dent Health 2014;31(1):27 - 31.
9. Strömberg E, Hagman-Gustafsson M, Holmén A, Wårdh I, Gabre P. Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. Community Dent Oral Epidemiol 2012;40(3):221 - 9.
10. Blinkhorn F, Weingarten I, Boivin L, Plain J, Kay M. An intervention to improve the oral health of residents in an aged care facility led by nurses. Health Education. 2012;71(4):527 - 35.
11. Samson H, Berven L, Strand G. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home European Journal of Oral Sciences 2009;117(5):575-9.
12. Wårdh I, Hallberg L, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care - a low priority in nursing. Scand J Caring Science. 2000;14(2):137-42.
13. Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients. Gerodontology 2012;29(2):748-55.
14. Pedersen R, Hem M, Gjerberg E, Førde R. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning Tidsskrift for den norske legeforening 2013;118(133):1935 - 9.
15. Larsen K. Videnskap mellom kontinuitet og brud - hvad siger den historiske epistemologi og kan pædagogik og sociologi lære af den? Praktiske grunde Tidsskrift for kultur- og samfunnsvitenskap 2007;2:5-19.
16. Larsen K. Observasjoner i et felt. In: Hammerslev Oea, editor. Refleksiv sociologi i praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
17. Widerberg K. Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok. Oslo: Universitetsforlaget; 2001.
18. Boge J. Kroppsvask i sjukepleia. Bergen: Institutt for samfunnsmedisin, Seksjon for sykepleievitenskap, Bergen University; 2008.
19. Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. Flekkefjord: Seek; 1991.
20. Kjeldstadli K. Fortida er ikke hva den en gang var: en innføring i historiefaget. 2. utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
21. Nightingale F. Notater om sykepleie. Revidert med tillegg, samlede utgaver ed. Oslo: Universitetsforlaget; 1997/1860.
22. Nissen R. Lærebog i Sygepleie for Diakonisser. Oslo: Gyldendal; 2000/1877.
23. Kaurin E. Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd. Kristiania: Cammermeyer; 1879.
24. Schjøtz A. Folkets helse - landets styrke. 1850-2003. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
25. Frykman J. Hel og ren. In: Frykman J, Löfgren O, editors. Det kultiverte menneske. Oslo: Pax Forlag; 1994. p. 131-221.
26. Waage HR. Lærebog i sygepleie. Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO; 1901.
27. Vigarello G. Concepts of Cleanliness:changing Attitudes in France since the Middle Ages. Cambridge: Cambridge University Press 1988.
28. Sundt E. Om renligheds-stellet i Norge Oslo: Gyldendal; 1869.
29. Lundström I, Hermansen R, Kellmer I-H. Om renslighet: hygienien gjennom tidene: utstillingskatalog. Bergen: Bryggens museum; 1978.



Magene 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

Nestlé Health Science
Tlf. 67817400 www.nestlehealthscience.no



GARDISTER PÅ BALL: Den 19. november 1976 var det fest på Ullern sykehjem. Soldater fra garden stilte opp som kavalerer. Aftenposten dekket begivenheten, med følgende notis: «Gardist-vals på Ullern. Flottere kavalerer kunne vel neppe noen ønske seg enn de tyve gardistene med befal som i går aftes møtte i paradeuniform til ball på Ullern sykehjem. Det var H.M. Kongens Garde fjerde kompani som førte damene til bords, mens hjemmets sykesøstre var de eldre herrers borddamer. Det ble en hyggelig aften med oppløsning av Lillebil Ibsen og dans til trekkspill og piano.»





Omsorg i livets siste fase

Artikkelen tar for seg faglige og etiske utfordringer og vurderinger knyttet til omsorg i livets siste fase for pasienter på sykehjem, sett fra helsepersonells perspektiv.

FAKTA

Av Håkon Johansen,, Sykepleier, mastergrad i Helsetjenester til eldre. Spesialsykepleier Palliativ enhet, Askim kommune. Rådgiver Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, Østfold. Medlem Rådet for sykepleieetik

Ann Karin Helgesen, Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg, PhD. Førsteamanuensis og fagansvarlig for videreutdanning i akuttgeriatri ved Høgskolen i Østfold

Bakgrunn

Verdens befolkning eldes og antall eldre over 80 år vil mer enn tredobles i tidsrommet 2015 til 2050 (1). Som en følge av flere eldre og økt levealder, øker forekomsten av demens i befolkningen (2). Demens er en vesentlig årsak til at personer blir lagt inn på sykehjem (3). Sykehjem er ofte den gamles aller siste bosted og majoriteten av pasientene har høy alder, er skrøpelige og trenger mye omsorg og behandling (4). Omsorg og behandling i livets siste fase er følgelig en viktig funksjon for sykehjem. Tidligere forskning peker på et behov for å bedre kvaliteten på omsorg og behandling i livets siste fase ved sykehjem (5), og opplæring av personalet og innføring av spesifikke tiltaksplaner antas å bedre kvaliteten (6). Liverpool Care Pathway (LCP) er en tiltaksplan for døendes siste dager og timer. LCP-planen som har et helhetlig fokus på pasienten og pårørende, har som målsetting å heve kvaliteten på sykepleie, behandling og dokumentasjon (7, 8). I Norge har LCP-planen gjennomgått en revisjon for å få tydeligere struktur og bedre språk. Den nye tiltaksplanen, «Livets siste dager – plan for lindring i livets sluttfase» ble introdusert høsten 2015 og bygger på LCP. Sintef vurderer

nen hadde feilet og burde trekkes tilbake. Granskningskommisjonen påpekte at i flere tilfeller ble LCP tatt i bruk på feil grunnlag, og uten å kommunisere bruken av tiltaksplanen verken med pasient eller pårørende. I noen tilfeller kunne tiltaksplanen også ha medvirket til å fremskynde døden (10). I Norge kritiseres LCP for å fragmentere og overforenkle pasientens situasjon og på den måten bryte med hospicefilosofiens helhetlige syn på mennesket (11). Husebø mfl. (12) hevder at med sykehjemmenes svake legedekning kan kombinasjonen av LCP og mangelfull medisinsk utredning føre til at diagnosen «døende» blir stilt på for svakt grunnlag. Alvorlig syke pasienter kan stå i fare for verken å få god nok medisinsk utredning eller individuell oppfølging. De mener videre at planen er forusvarlig å bruke for pasienter med demens fordi disse pasientene i liten grad blir involvert i forberedende samtaler og fordi sykdomsforløpet ved demens gjør det krevende å fastslå at pasienten er døende. Forberedende samtaler der både pasient og pårørende blir involvert hevdes å være en forutsetning for forsvarlige beslutninger i livets siste fase (13). Slike samtaler kan være en utfordring på sykehjem da nærmere 80 % av beboerne har demens fra mild til alvorlig grad (14), og svekket evne til kommunikasjon er et utbredt symptom blant pasienter med demens (15).

«Liverpool Care Pathway har de siste årene blitt kritisert.»

i sin evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg at den nye tiltaksplanen kan bidra til å kvalitetssikre profesjonsutøvelsen (9).

Liverpool Care Pathway har de siste årene blitt kritisert. En uavhengig granskningskommisjon i Storbritannia konkluderte i 2013 med at tiltakspla-

Hensikt med studien

Hensikten med studien er å kartlegge faglige og etiske utfordringer og vurderinger knyttet til omsorg ved livets siste fase for pasienter på sykehjem.

Metode

Våren 2014 ble LCP implementert ved et sykehjem på Østlandet. I den forbindelse ble internunder-



PLEIETRENGENDE: De fleste pasientene på sykehjem har høy alder, er skrøpelige og trenger mye omsorg og behandling. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Sammendrag

Introduksjon: Mange gamle avslutter livet på sykehjem. Bruk av tiltaksplaner for livets siste fase er omdiskutert i ulike fagmiljøer. Majoriteten av beboerne ved sykehjem i Norge har en demensdiagnose og medfølgende kommunikasjonsvansker. Det gir særlige utfordringer knyttet til forsvarlige beslutninger ved livets avslutning.

Metode: Våren 2014 ble det utført en spørreundersøkelse med 88 ansatte (svarprosent 62) på et sykehjem med hensikt å kartlegge faglige og etiske utfordringer og vurderinger knyttet til omsorg i livets siste fase for pasienter på sykehjem. Det ble anvendt beskrivende statistikk.

Resultat: Resultatene viser at mer enn halvparten av respondentene rapporterer at det gjennomføres samtaler om pasientens eksistensielle/ åndelige behov. Halvparten av respondentene rapporterer at det er satt av tid til faglig refleksjon, og et flertall av respondentene rapporterer at de arbeider aktivt med problemløsning for å oppnå god lindring. Resultatene viser at 41% av respondentene rapporterer at det er vanskelig å vurdere om pasienten er døende. Flertallet av respondentene rapporterer at palliative tiltak blir vurdert.

Konklusjon: Studien tydeliggjør utfordringer knyttet til omsorg i livets siste fase for pasienter på sykehjem.

Nøkkelord: palliativ omsorg og behandling, tiltaksplan for livets siste fase, forberedende samtale, faglig refleksjon, spørreundersøkelse

Summary

Background: Many old people end their lives in nursing homes. Integrated care plans for end of life care is disputed by different professions. Most nursing home residents in Norway have a dementia diagnosis accompanied by communication difficulties. This is causing especially challenges related to justifiable end of life decisions.

Method: In spring 2014 it was conducted a questionnaire study with purpose to map staff experiences in vocational and ethical challenges related to end of life care for nursing home patients. Descriptive statistics were used.

Results: The results showed that more than half of the respondents report that conversations about existential/spiritual needs are conducted. Half of the respondents report that there is available time for vocational reflection, and most of the respondents report that they work actively with resolving problems to achieve good symptoms relief. The results showed that 41% of the respondents report that it is challenging to assess whether the patient is dying. Most the respondents report that palliative measures are considered.

Conclusion: The study clarifies challenges related to end of life care for nursing home patients.

Keywords: palliative care, integrated care plan for the last phase of life, advance care planning, vocational reflection, cross-sectional study, questionnaire





REFLEKSJON: Halvparten av dem som deltok i undersøkelsen svarte at det blir satt av tid til etisk refleksjon der de jobber. Illustrasjonsfoto: Mostp-hotos

visning i grunnleggende palliasjon, etiske utfordringer i livets siste fase og praktisk bruk av LCP gjennomført. I sluttfasen av implementeringen av LCP ble det gjennomført en spørreundersøkelse med et studiespesifikt spørreskjema i den hensikt å få kunnskap om faglige og etiske utfordringer og vurderinger knyttet til omsorg i livets siste fase. Spørreskjemaet ble utarbeidet med bakgrunn i innholdet i internundervisningen og innholdet i LCP-planen. Det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være konkrete slik at respondenter

«Behandlingsteamet trenger også tid til faglig refleksjon.»

med ulik fagbakgrunn kunne forstå spørsmålene. Spørreskjemaet ble vurdert av en ekspertgruppe hvilket førte til noen få endringer (16). Skjemaet har seks innledende spørsmål om respondentens bakgrunn, deltakelse i internundervisningen ved sykehjemmet og bruk av tiltaksplanen LCP. Deretter følger 39 påstander som er delt inn i følgende avsnitt:

1. Innføring av tiltaksplanen LCP
2. Forberedende samtale
3. Åndelige/ eksistensielle behov
4. Medikamentbruk
5. Når utsiktene til levedygtig liv synes å være truet
6. Når tilstanden endrer seg og vi må vurdere om pasienten er døende

7. Symptomlindring og sykepleie
8. Dokumentasjon og problemløsning
9. Faglig refleksjon og samarbeid

En firedelet skala med svaralternativene «helt enig», «delvis enig», «litt uenig» og «helt uenig» ble benyttet. Det var også mulig å svare «ikke relevant». Det ble anvendt beskrivende statistikk.

Studien er i tråd med Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (17). Respondentene fikk skriftlig informasjon og leverte samtykkeerklæring før oppstart. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste vurderte studien som ikke meldepliktig.

I denne artikkelen presenteres resultater knyttet til avsnitt 3, 4, 5, 6, 8 og 9 i spørreskjemaet.

Resultat

I dette avsnittet beskrives utvalget og det presenteres resultater knyttet til respondentenes erfaring med samtaler med den alvorlig syke pasienten og deres pårørende, faglige utfordringer og vurdering av pasientens tilstand og tiltak knyttet til behandling og omsorg i livets siste fase. Respondentenes svar «helt enig» og «delvis enig» er her slått sammen til en score. Likeens «helt uenig» og «delvis uenig».

Utvalg

Institusjonen har 142 ansatte i et avtalt arbeidsforhold, og alle disse ble spurt om å delta i undersøkelsen. 88 personer leverte samtykkeerklæring og besvarte skjemaet. Svarprosent var 62%. I tabellene fremgår det at 1-4 av respondentene ikke besvarte alle spørsmålene.

Av respondentene har 36% (n=32) sykepleierutdanning, 55% (n=48) har fagarbeiderutdanning og 9% (n=8) er ufaglærte assistenter. Av respondentene er 15% (n=13) mellom 18 og 39 år, 67% (n=59) er mellom 40 og 59 år og 18% (n=16) er 60 år eller eldre.

Av respondentene har 67% (n=59) deltatt i internundervisning.

Samtaler med den alvorlig syke pasienten og deres pårørende

Resultatene viser at nær 60% av respondentene rapporterer at det gjennomføres samtaler med pasienter og pårørende om pasientens eksistensielle/ åndelige behov. 50% av respondentene rapporterer at det er rutiner for å dokumentere slike samtaler. (Tabell 1.)

Faglige utfordringer

Resultatene viser at 53% av respondentene rapporterer at det er satt av tid til å reflektere sammen om faglige utfordringer når avdelingen har døende pasienter, og et flertall av respondentene rapporterer at de diskuterer hvorfor de ikke lykkes med å lindre plagsomme symptomer (76%) og forsøker andre tiltak for å oppnå lindring (86%). (Tabell 2.)

Vurdering av pasientens tilstand og vurdering av tiltak

Studiens resultater viser at 41% av respondentene rapporterer at det er vanskelig å vurdere om pasienten er døende, og 30% av respondentene rapporterer at de får for stort ansvar når de vurderer om en pasient er døende. Flertallet av respondentene rapporterer at medikamentbruken hos pasienter med kort forventet levetid blir nøye vurdert (87%) og at medikamenter som ikke er hensiktsmessige blir seponert (92%). 78% av respondentene rapporterer også at det tas initiativ til å vurdere lindrende behandling når utsiktene til leveverdig liv er truet. (Tabell 3.)

Diskusjon

Studien har kartlagt faglige og etiske utfordringer og vurderinger knyttet til omsorg ved livets siste fase for pasienter på sykehjem, fra helsepersonells perspektiv. Resultatene avdekker at henholdsvis 58 % og 60 % av respondentene rapporterer at de snakker med de alvorlig syke pasientene om eksistensielle/ åndelige behov og/eller med pårørende om pasientenes eksistensielle/ åndelige behov. Videre rapporterer 50 % av alle respondentene at det er rutiner for å dokumentere slike samtaler. Eksistensielle tema er en viktig del av den forberedende samtale som har til hensikt å kartlegge pasientens verdier og preferanser for behandling og omsorg i livets siste fase, og å forberede pasient og pårørende på at livet går mot slutten (13, 18). Forberedende samtaler og nedtegning av pasientens ønsker og preferanser legger grunnlaget for å ta forsvarlige beslutninger i livets siste fase (13).

LCP-planen har et helhetlig fokus på pasient og pårørende, og åndelig omsorg er ett av aspektene som tiltaksplanen søker å ivareta (7). Samtaler om åndelige og eksistensielle behov kan legge grunnlaget for å se det unike medmennesket i den alvorlig syke (19, 20). Når LCP-planen blir brukt i sin hele bredde og det gjennomføres samtaler om åndelige og eksistensielle behov, synes kri-



TABELL 1: Samtaler om eksistensielle/ åndelige behov. Angitt i antall og prosent.

	Helt enig/ delvis enig	Helt uenig/ litt uenig	Ikke relevant	Sum
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
I min avdeling snakker vi med alvorlig syke pasienter om eksistensielle/ åndelige behov. (Pasienten har bevart evne til kommunikasjon).	51 (58)	28 (32)	9 (10)	88 (100)
I min avdeling snakker vi med pårørende til alvorlig syke pasienter om pasientens eksistensielle/ åndelige behov. (Pasienten har svekket evne til kommunikasjon).	53 (60)	28 (32)	7 (8)	88 (100)
I min avdeling er det rutiner for å dokumentere samtaler om åndelige/ eksistensielle behov.	42 (50)	31 (37)	11 (13)	84 (100)

TABELL 2: Faglig refleksjon og problemløsning angående pleie og lindring, angitt i antall og prosent.

	Helt enig/ delvis enig	Helt uenig/ litt uenig	Ikke relevant	Sum
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
I min avdeling er det satt av tid til å reflektere sammen om faglige utfordringer når vi har døende pasienter	46 (53)	36 (42)	4 (5)	86 (100)
Når vi ikke lykkes med å lindre plagsomme symptomer i min avdeling, diskuterer vi hvorfor vi ikke lykkes.	67 (76)	17 (19)	4 (5)	88 (100)
Når vi ikke lykkes med å lindre plagsomme symptomer i min avdeling, forsøker vi et annet tiltak.	75 (86)	8 (9)	4 (5)	87 (100)

TABELL 3: Vurderinger om faste medisiner, versus lindrende behandling, angitt i antall og prosent.

	Helt enig/ delvis enig	Helt uenig/ litt uenig	Ikke relevant	Sum
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Jeg synes det er vanskelig å vurdere om en pasient er døende.	35 (41)	49 (57)	2 (2)	86 (100)
Jeg opplever å få for stort ansvar når vi vurderer om en pasient er døende.	26 (30)	55 (64)	5 (6)	86 (100)
I min avdeling blir medikamentbruken hos pasienter med kort forventet levetid nøye vurdert.	76 (87)	11 (13)	0	87 (100)
I min avdeling blir medikamenter som ikke er hensiktsmessige i livets slutfase, seponert. (Pasienten har kort forventet levetid).	80 (92)	7 (8)	0	87 (100)
Når utsiktene til leveverdig liv hos alvorlig syke pasienter synes å være truet, tas det initiativ til å vurdere lindrende behandling.	67 (78)	17 (20)	2 (2)	86 (100)



tikken om å overforenkle og fragmentere pasientens situasjon å være i mindre grad berettiget (16).

Redusert evne til kommunikasjon er en vanlig konsekvens av demens (15), og når et flertall av sykehjemsbeboere har demens er det følgelig utfordringer knyttet til forberedende samtaler på sykehjem. Forskning peker på at for å lykkes med en forbe-

«Fire av ti respondenter rapporterer at det er vanskelig å vurdere om pasienten er døende.»

redende samtale der pasienten med demens selv deltar, bør dette gjøres i tidlig fase av sykdommen (21, 22). European Association for Palliative Care anbefaler åpenhet om utviklingen i demenssykdommen, og at kommunikasjon mellom pasienten med demens, pårørende og behandlingsteam bør foregå jevnlig gjennom hele sykdomsforløpet (22). Studier viser at kun et fåtall pasienter med demens har dokumenterte samtaler som viser preferanser for behandlingsvalg (23), og det er heller ikke vanlig at pasienten med demens og pårørende har snakket sammen om livets siste fase før innleggelse på sykehjem (13).

Mulighetene for å lykkes med en forberedende samtale med pasienten med alvorlig grad av demens er begrenset (21). Det synes allikevel rimelig å utfordre en alminnelig oppfatning om at denne pasientgruppen nærmest er utilgjengelig for meningsfull kommunikasjon. Studier viser at pasienter med demens kan beholde evne til refleksjon og selvinnsett til tross for forverring av demenssykdommen og økende kognitiv svikt (24, 25) og at de kan kommunisere med personer de kjenner godt og som kan tolke deres uttrykk. Pasienter med demens kan uttrykke bevissthet om og forsoning med en nært forestående død, og de kan gi uttrykk for hvordan de erfarer omsorgen de mottar (26). Forberedende samtaler med pasienter med demens forutsetter imidlertid at personalet har en god relasjon til pasienten, kjennskap til deres livshistorie og ikke minst at de har gode ferdigheter i kommunikasjon med pasienter med demens (25, 27).

Vår personlige erfaring etter flere års arbeid som sykepleiere og forskere innen eldreomsorg generelt og demensomsorgen spesielt er at demensutred-

ningen ofte er mangelfull og at sekkebenevnelsen demens ofte benyttes som diagnose. I verste fall kan dette føre til at «alle behandles likt» og den enkeltes potensiale til å delta i forberedende samtale ikke fanges opp tilstrekkelig. Svikt i språkfunksjon er vanlig ved demens, men evnen til å forstå og å uttrykke seg verbalt varierer ut ifra type demens (14, 28). Annen fysisk og psykisk sykdom kan også medføre svikt i de kognitive funksjoner inkludert evnen til kommunikasjon (14, 28). Sansesvikt vil også i stor grad kunne påvirke evnen til kommunikasjon (29, 30). Diskusjonen belyser det komplekse sykdomsbilde som ofte kjennetegner dagens sykehjemsbeboer og understreker viktigheten av god utredning av de kognitive funksjoner og i denne sammenheng spesielt kommunikasjonsevnen. Hva er årsaken til det eventuelle kommunikasjonsproblemet? Er det noe som kan gjøres for å bedre kommunikasjonen? Eventuelle tilleggs lidelser må diagnostiseres og vurderes behandlet, og sansesvikt må avhjelpes med behandling og hjelpemidler (28-30).

Enkelte av kritikerne av LCP hevder at det er uforsvarlig å anvende LCP-planen for pasienter med demens fordi de i liten grad blir involvert i forberedende samtaler (12). Det synes rimelig å stille spørsmål om pasientene får bedre omsorg og behandling uten en tiltaksplan for livets siste dager og timer. Demenssyndromet har dødelig utgang og studier belyser at behovet for palliativ omsorg og behandling for pasienter med alvorlig grad av Alzheimers sykdom, som er den hyppigst forekommende demenslidelsen, er det samme som hos kreftpasienter (23). Dersom livsforlengende behandling opprettholdes for denne pasientgruppen kan dette i verste fall føre til betydelig unødvendig lidelse (23).

Kun halvparten av respondentene rapporterer at det er satt av tid til å reflektere sammen om faglige utfordringer når avdelingen har døende pasienter. Ethiske vurderinger og beslutninger knyttet til livets siste fase dreier seg ofte mer om sosiale, kulturelle og åndelige aspekter enn rent medisinske, og sykepleiere må avveie ulike etiske hensyn for å handle forsvarlig (31). Jevnlig etisk refleksjon med utgangspunkt i eksempler fra praksis kan styrke sykepleiernes etiske bevissthet (32). Helsedirektoratet (33) legger vekt på refleksjon i behandlingsteamet for å utvikle kompetanse i palliasjon. Det er rimelig å anta at knapp tid til faglig refleksjon i teamet vil gå



ut over nødvendige etiske overveielser knyttet til den døende sykehjemsbeboeren, og behandlingsteamet kan gå glipp av muligheter for å videreutvikle kompetanse i palliasjon.

Et flertall av respondentene rapporterer at de diskuterer hvorfor de ikke lykkes med å lindre plagsomme symptomer og forsøker andre tiltak for å oppnå lindring. Støtte for problemløsning er en del av LCP-planen der problem, tiltak og virkningen av tiltaket skal dokumenteres. Når behandlingsteamet ikke lykkes med å lindre plagsomme symptomer, skal problemet analyseres og nye tiltak forsøkes (7). Det synes rimelig å hevde at når LCP-planen brukes etter denne hensikten, vil det bidra til å sikre forsvarlig utredning og individuell oppfølging.

Studiens resultater viser at om lag fire av ti respondenter rapporterer at det er vanskelig å vurdere om pasienten er døende, og tre av ti rapporterer at de får for stort ansvar når de vurderer om pasienten er døende. Dette samsvarer med en studie som rapporterer at personale på sykehusavdelinger erfarer at det er krevende å vurdere om pasienten er døende, særlig når pasienten ikke har en kreftdiagnose (34). Studien er utført i konteksten av spesialisthelsetjeneste, men kan antakelig peke på et allment fenomen; det er utfordrende for helsepersonell å skifte fokus fra

livsforlengelse til palliasjon (34). Anvendelse av LCP-planen forutsetter at årsaker til pasientens tilstand er medisinskfaglig vurdert. Det tverrfaglige teamet skal dessuten være enig om at pasienten er døende. Videre i sykdomsforløpet når LCP-planen er i bruk, skal det gjøres revurderinger av pasientens tilstand (7).

Flertallet av respondentene rapporterer at medikamentbruken hos pasienter med kort forventet levetid blir nøye vurdert og at medikamenter som ikke

«Palliasjon skal verken framskynde døden eller forlenge dødsprosessen.»

er hensiktsmessige blir seponert. Flertallet rapporterer også at det tas initiativ til å vurdere lindrende behandling når utsiktene til leveverdig liv er truet. En tidligere artikkel antyder at behandlingsteamet er tilbakeholdende med å avslutte/ begrense livsforlengende behandling selv om utsiktene til leveverdig liv er begrenset (16). Når et menneske åpenbart har smerter eller andre plagsomme symptomer, er avstengt fra å uttrykke seg, ser ut til å lide og ikke

FAMILIE: En samtale med pasienten og pårørende kan gi viktig informasjon om pasientens åndelige behov. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



PLEIE: Det er utfordrende for helsepersonell å skifte fokus fra livsforlengelse til palliasjon. Illustrasjonsfoto: Mostpotos

får gitt uttrykk for sin opplevelse av tilværelsen, er det nærliggende å tenke på menneskets situasjon som uverdig (34).

Best mulig livskvalitet, vedlikehold av funksjoner og mest mulig velvære er vesentlige mål i palliasjon, og vil være hensiktsmessig også i omsorgen for pasienter med demens (22). Vektleggingen av målene vil endres gjennom det individuelle sykdomsforløpet. Det å sikre høy grad av velvære vil være et mål som vektlegges i økende grad, og i fasen med alvorlig grad av demens bør dette målet dominere omsorg og behandling. Palliasjon skal verken framskynde døden eller forlenge dødsprosessen. Medisinsk behandling i livets siste fase bør ha som intensjon å gi lindring og mest mulig velvære. For noen av behandlingsmåtene ved livsforlengende behandling er det knyttet usikkerhet til hva pasienten oppnår av lengre levetid, og behandlingen gir ofte ubehag og risiko for bivirkninger (7, 35). Om siktemålet med medisinsk behandling og sykehusinnleggelse er livsforlengelse, bør det man oppnår i forlenget levetid veies mot de negative effektene (22), og når ubehagelige bivirkninger knyttet til livsforlengende tiltak overstiger det man oppnår i forlenget levetid, kan det være etisk forsvarlig å vektlegge palliasjon framfor livsforlengelse (7).

Den alvorlig syke pasienten som er innlagt på sykehjem kan etablere en opplevelse av tilhørighet og å være hjemme i stor grad gjennom relasjonen til pleiepersonalet. Ved innleggelse på sykehus, må pasienten forholde seg til nytt personale, og konsekvensen kan bli en følelse av hjemløshet og økt stress (36). Sykehusinnleggelse medfører

også risiko for akutt forvirring for pasienten med demens (22).

Som vist tidligere har et flertall av sykehjemsbeboere demens, en studie (37) rapporterer at pasienten med demens ofte blir erkjent som døende først når han eller hun er bevisstløs. Vi har tidligere pekt på at pasienten med demens i livets siste fase har tilsvarende behov for palliasjon som kreftpasienten. I lys av dette er det rimelig å anta at pasienten med demens er utsatt for ikke å få tilfredsstillende palliativ omsorg og behandling når det blir erkjent at de er døende så vidt sent i sykdomsforløpet. Det er en forutsetning for kvaliteten på palliativ omsorg og behandling for pasienter med alvorlig grad av demens at personalet forstår pasientens behov og har evne til å vurdere når pasienten er døende (38). Når forutsetningene for bruk av LCP-planen er oppfylt med medisinsk faglig vurdering av reversible årsaker til pasientens tilstand, enighet innad i behandlingsteamet om at pasienten er døende og revurderinger synes det urimelig å hevde at LCP-planen legitimerer uforsvarlig praksis.

Styrke og svakhet ved studien

Studiens svarrespons er 62% og det er gjort rede for utvalgets sammensetning. Derimot foreligger det ikke opplysninger om de som ikke har besvart undersøkelsen. Det er av den grunn vanskelig å avgjøre om utvalget er representativt for alle ansatte ved sykehjemmet. Studien er gjennomført i slutfasen av implementeringen av LCP-planen ved det undersøkte sykehjemmet slik at noen av respondentene har deltatt på internundervisning, mens noen få andre ikke har det. Dessuten har noen av respondentene erfaring med å bruke LCP-planen mens andre ikke har denne erfaringen (16). Det er følgelig en stor bredde i respondentenes erfaringsbakgrunn. Studiens spørreskjema er utformet slik at respondentene blir bedt om å vurdere ulike sider ved tjenestetilbudet. Noen av spørsmålene i spørreskjemaet kan tenkes å være egnet undersøkt med alternative metoder som for eksempel intervju, og/eller deltakende observasjon.

Konklusjon

Viktige faglige og etiske utfordringer og vurderinger knyttet til omsorg ved livets siste fase for pasienter på sykehjem er knyttet til forberedende samtaler, involvering av pårørende og grundig og tverrfaglig vurdering av pasientens tilstand. Forbe-

redende samtaler bør omfatte åndelige og eksistensielle behov. Dette legger grunnlaget for individuell behandling og helhetssyn på pasienten, og forsvarlige beslutninger. Et personale med god kompetanse i palliasjon og samhandling med pasienter med demens, og kontinuerlig kommunikasjon med pasienten med demens og pårørende vil motvirke at den døendes situasjon blir overfladisk vurdert og håndtert. Behandlingsteamet trenger også tid til faglig refleksjon. Når disse forutsetningene er til stede, er det mulig for behandlingsteamet på sykehjemmet å ta forsvarlige beslutninger og yte palliasjon av høy kvalitet.

Videre forskning bør undersøke sykepleierens observasjoner og vurderinger når pasienten med demens blir vurdert som døende. ■

Referanser:

- United Nations DoEaSA, Population Division. World population ageing 2015. 2015.
- Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri C. The Global Prevalence of Dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2012.
- Gaugler JE, Yu F, Davila HW, Shippee T. Alzheimer's disease and nursing homes. *Health Aff*. 2014;33(4):650-7.
- Kojima G. Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(11):940-5.
- Hall S, Koliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group*. 2011(3).
- Seymour JE, Kumar A, Froggatt K. Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of-life care? A mixed methods enquiry in England. *Palliative Medicine*. 2011;25(2):125-38.
- Ellershaw J, Wilkinson S. Care of the dying : a pathway to excellence. 2nd ed. ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Paulsen SR, Elvestuen IL, Edler-Woll TM, Mandersson A, Abrahamsen J. Kvalitetssikrer omsorg til døende. *Sykepleien*. 2014;102(06):58-61.
- Melby L, Das A, Halvorsen T, Steihaug S. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg. . Sintef Teknologi og samfunn; 2016.
- Al-Benna S, O'Boyle C. Controversial Liverpool Care Pathway with-drawn in the United Kingdom after official government review. *Burns*. 2014;40(3):529-31.
- Trier E, Rønson A. Liverpool Care Pathway – en forhandling mellom to tradisjoner? . 2013(2).
- Husebø B, Førde R, Engedal K, Selbæk G. Vedrørende: Bruk av Liverpool Care Pathway hos sykehjemspasienter med demens. . In: Universitetet i Bergen lfg hos, Senter for alders- og sykehjemsmedisin, editor. 2014.
- Gjerberg E, Lillemoen L, Førde R, Pedersen R. End-of-life care commu-nications and shared decision-making in Norwegian nursing homes – experiences and perspectives of patients and relatives. 2015.
- Engedal K, Brækhus A, Haugen PK, Aldring og h. Demens : fakta og utfordringer : en lærebok. 5. utg. ed. Tønsberg: Aldring og helse; 2009.
- Communication Alzheimers Association2016 [Available from: https://www.alz.org/national/documents/brochure_communication.pdf
- Johansen H, Helgesen AK. Nursing staffs experiences with the Liver-pool Care Pathway. *Ansattes erfaringer med Liverpool Care Pathway*. 2015;7(3).
- Sykepleiernes samarbeid i N. Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries = Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden; 2003.
- McLeod Sordjan R. Death preparedness: a concept analysis. *J Adv Nursing*. 2014;70(5):1008-19.
- Amoah CF. The central importance of spirituality in palliative care. *Inter-national journal of palliative nursing*. 2011;17(7).
- Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *J Med Ethics*. 2010;36(7):396-400.
- Brooke J, Kirk M. Advance care planning for people living with dementia. *British journal of community nursing*. 2014;19(10).
- van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CMPM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*. 2014;28(3):197-209.
- Gauthier S, Leuzy A, Racine E, Rosa-Neto P. Diagnosis and management of Alzheimer's disease: Past, present and future ethical issues. *Prog Neurobiol*. 2013;110:102-13.
- Helgesen AK, Karlstads Universitet Ffhn-otfhn. Patient participation in everyday life in special care units for persons with dementia. Karlstad: Karlstads universitet, Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap from 2013, Institutionen för hälsovetenskaper; 2013.
- Wogn-Henriksen K. Du må... skape deg et liv": en kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe per-soner med tidlig debuterende Alzheimers sykdom 2012.
- Helgesen AK, Wilde-Larsson B, Larsson G, Abrahamsen Grøndahl V. Adaptation of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) instru-ment for persons with dementia. 2017.
- Söderlund M, Cronqvist A, Norberg A, Ternstedt BM, Hansebo G. Con-versations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(1):37-47.
- Wyller TB. Geriatri : en medisinsk lærebok. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
- Grue EV. Syn- og hørselsvikt hos eldre - sykepleierens rolle. *Geriatrisk sykepleie*. 2011;3(2):4-8.
- Solheim J. Hearing loss in the elderly. *Hørseltap hos eldre*. 2011;3(2).
- Coyle N. Palliative care, hospice care, and bioethics: a natural fit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2014;16(1):6-12.
- Weidema FC, Molewijk BAC, Kamsteeg F, Widdershoven GAM. Aims and harvest of moral case deliberation. *Nursing Ethics*. 2013;20(6):617-31.
- Helsedirektoratet. Rapport om tilbudet til personer med behov for lin-drende behandling og omsorg mot livets slutt : å skape liv til dagene. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
- Husebø S. Avslutte livsforlengende behandling? . Omsorg. 2006.
- Mitchell SL, Miller SC, Teno JM, Davis RB, Shaffer ML. The Advanced Dementia Prognostic Tool: A Risk Score to Estimate Survival in Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;40(5):639-51.
- Falk H, Jakobsson Ung E. Den sista vårdplatsen. Andershed, BM Ternstedt & C Håkanson (Red), Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik2013. p. 79-90.
- Klapwijk M, Caljouw M, van Soest-Poortvliet M, van Der Steen J, Achter-berg W. Symptoms and treatment when death is expected in dementia patients in long-term care facilities. *BMC Geriatr*. 2014;14.
- Norberg A. Livet med avancerad demenssjukdom. I Andershed, B., Ter-nestedt, BM, & Håkansson, C.(red.). Palliativ vård–Begrepp & perspektiv i teori och praktik2013. p. 369-77.



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!
Hvordan bli medlem? Send sms med kodeord GERIATRI til 02409

Mvh Gunhild Grythe,
medlemskontakt i NSF FGD



Illustrasjonsfoto: Colourbox

En temautgivelse om de vanskelige valgene ved livets slutt

#Når er det nok?

«Med teknologiens muligheter til å forlenge livet kom også ansvaret for døden. Teknologiens muligheter har derved gjort det som tidligere var skjebne og sjanse til vårt valg og vårt ansvar. Spørsmålet er om vi er godt rustet til å ta slike valg og til å bære ansvaret. Har vi blitt teknologiske kjemper og etiske dverger?»

Bjørn Hofmann, professor i medisinsk etikk

Med intervjuer, kommentarer og essays av blant annet Bjørn Hofmann, Astrid Rønsen, Marie Aakre, Ken Murray, Frederik Emil Juul, Georg Bollig og Per og Finn Nortvedt.

Den kan **bestilles på sykepleien.no/bokasin**

De første 200 som bestiller får den gratis.

Deretter koster den kr 99,- + porto kr 39,-

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