

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Eldreomsorg i koronaens tid

Leder



GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

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

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Liv Wergeland Sørbye**, Sykepleier Professor Emerita, Fakultet for helsefag Diakonhjemmet Høgskole, Oslo. **Gørill Haugan**, Sykepleier og professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Liv Halvorsrud**, Sykepleier Professor Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslo – storbyuniversitetet.

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

Frank Eide
Tlf: 993 21 576
frank.eide@bergen.kommune.no

TRYKK: Andvord Grafisk

FORSIDEFOTO: Istock

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.

Innhold

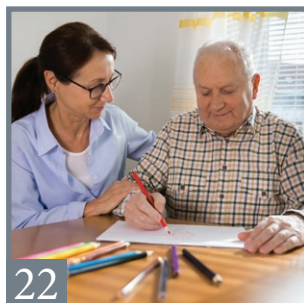
02 - 2020



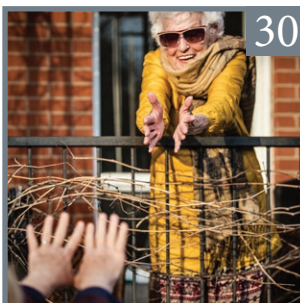
- 6 Oversikt over kontaktpersoner i lokalgruppene
- 8 Organisasjonskultur ved legemiddel-håndtering i sykehjem
- 22 Utdfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer
- 30 Når bestemor sitt fang er tomt
- 34 Kan tenkning fra psykisk helsevern brukes i møte med aggresjon blant eldre?



8



22



30



34



FAKTA

Tor EngevikLeder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

Eldreomsorg i koronaens tid

Den 12. mars i år stengte Norge ned og 2020 går inn i historien som et veldig annerledes år. Det var vel ingen av oss som helt kunne forestille oss hvilken innvirkning Korona-pandemien skulle få på livene våre, hverken privat eller på arbeidsplassen. Få av oss var forberedt på at forbud og påbud skulle bli så inn- og utvirkende. Kohorter, en meters regel og hjemmekontor er blitt normalen og smittevern-utstyr har blitt allemannseie. Sykepleiere over hele verden har fått en ny og forhåpentligvis sterkere posisjon. Sammen med leger og annet helsepersonell har vi blitt noen av de aller mest samfunns-kritiske yrker. For noen av oss har endringene på jobb i Helse-Norge vært håndterbare og for andre har de blitt vanvittig krevende. Det er med ydmykhet jeg leser deres beretninger.

På norske sykehjem bor det rundt regnet 40.000 eldre. De fleste av dem er over 65 år og så godt som alle har kronisk underliggende somatisk sykdom. For disse har pandemien vært brutal. Det er de eldre som blir mest kritisk syk av covid-19 og det er, paradoksalt nok, også denne gruppen som rammes hardest av tiltakene som må til for å beskytte dem. Det er åpenbart at de helt nødvendige og stramme restriksjonene har gjort hverdagen deres vanskeligere. Mange eldre savnet sosial kontakt før pandemien brøt ut, og isolasjonen som er innført for å verne dem, har i stor grad forverret denne ensomheten. Flere av sykehjemmenes vanlige sosiale tilbud har vært stengt ned og besøksforbud har gjort at de fleste har måttet vente i dager, uker og måneder på å få møte sine kjære. Noen fikk aldri det siste møtet.

For sykepleierne som har stått i front har det vært krevende å kombinere godt smittevern med god eldreomsorg. Bruk av munnbind har gjort det vanskelig for pasienter med nedsatt hørsel å

få med seg hva som blir sagt. Og fullt smittevern-utstyr har virket skremmende for pasienter med kognitiv svikt. Ved noen anledninger har jeg selv fått erfare hvor tungt det er å arbeide med klamme hansker, en drakt som er helt tett, en maske som gjør det tungt å puste, og med briller som dugger så mye at det er vanskelig å se. Min beundring går derfor til de som i det daglige må jobbe under slike forhold.

På tross av vanskelige arbeidsforhold, på tross av hyppige karantener og på tross av alle koronarelaterte utfordringer krever situasjonen at vi i enda større grad bruker vår kunnskap til å motvirke sykdom, død og sosial isolasjon. Og det får vi til. For sykepleierne er vant til å snu seg rundt. Vi er vant til å tenke kreativt og vant til å se løsninger der andre ser problemer. Det er derfor med glede jeg registrerer alle de positive tiltakene som - på tross av utfordringene - er satt i gang på landets sykehjem. Bruk av nettbrett har gjort det mulig for pasienter å se og snakke med sine nære via Skype. Flere steder har beboerne blitt samlet i små kohorter der sang, filmfremvisning, historiefortelling og andre positive sosiale aktiviteter har stått på agendaen. Utendørskonserter har blitt avholdt, og for noen har turer i sansehage eller i sykehjemmens nærområde blitt kjærkomne pusterom.

Alt er altså ikke helsvart. Koronapandemien utfordrer og den utvikler. Flere forskere jobber nå intenst for å forstå hvordan situasjonen har påvirket både dem som bor på sykehjem, deres pårørende og de som arbeider der. Deres funn vil bli spennende lesning. Hvordan pandemien kommer til å utfordre oss i fremtiden vet vi ikke, men jeg velger å sette min lit til dem som lover at alt blir bra. Til slutt. ■


FAKTA
Siri Andreassen Devik

Førsteamanuensis
Fakultet for sykepleie og helsevitenskap/Senter for omsorgsforskning,
midt, Nord universitet

Sikre og trygge tjenester

Pasientsikkerhet er et viktig kvalitetskrav i helse- og omsorgstjenesten og har vært et stort nasjonalt satsningsområde de siste tiårene. Tjenester som er sikre og trygge sørger for at sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum. Dette krever blant annet at helsepersonell arbeider i en kultur der man følger retningslinjer og fagprosedyrer, og at bemanningen og den administrative støtten er tilstrekkelig (1). Sammenhenger er funnet mellom pasientsikkerhetskultur og uønskede hendelser som fall, urinveisinfeksjoner, legemiddelfeil, dødelighet og pasienters fornøydhet med tjenesten (2, 3).

Pasientsikkerhetskulturen er varierende i norske sykehjem og hjemmetjenester (4) og den er i stor grad påvirkelig av hvordan tjenesten ledes (5). Dette er noe av tematikken i artikkelen «**Organisasjonskultur ved legemiddelhåndtering i sykehjem**» av Marit Storli, Toril Anne Elstad og Gørill Haugan. Artikkelen beskriver en studie av sykepleieres og sykepleiestudenters erfaringer av å ivareta legemiddelsikkerhet i sykehjem. Deltakerne fortalte at legemiddelhåndteringen ble påvirket av rutiner og samarbeidsformer, forstyrrelser i miljøet, og var i stor grad styrt av økonomiske rammer. De opplevde også at det kunne være vanskelig å være åpen om feil og at det innvirket på muligheten til læring og videre forebygging. Forfatterne understreker at

ledere i sykehjem har et stort ansvar for å skape åpne organisasjonskulturer der sykepleiernes kompetanse og risikoforståelse i større grad anerkjennes og får spillerom.

Pasienters sikkerhet er også tett forbundet med ansattes opplevelse av trygghet. I artikkelen «**Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer**», av Marianne Simonsen og Ann Karin Helgesen, leser vi at ansattes trygghet styrkes gjennom kjennskap til pasienten, kunnskap om demens og forståelse av atferd som kommunikasjon. Sykepleierne i denne studien anså det som helt essensielt å opptre med trygghet overfor pasienten. Om ikke kunne situasjonene eskalere. For å oppnå en slik trygghet var muligheten til refleksjon med kolleger en nødvendighet. Refleksjonsarbeidet ble sett som emosjonelt støttende og bidro til økt forståelse for pasientens atferd, men det foregikk uten systematikk. Forfatterne ser behov for at refleksjon over praksis systematiseres og gjerne også veiledes, slik at sykepleiere kan forstå mer av hvordan det faglige og det personlige påvirker en selv og situasjonen.

Sykepleie er nettopp å gjøre slike refleksjoner og vurderinger. Som sykepleiere følger vi ikke bare retningslinjer for hva som er faglig riktig, trygt og sikkert, vi vurderer også situasjonene – vi bruker skjønn.



Foto: iStock

Ikke minst får skjønnet brynet seg i unntakstilstanden vi nå befinner oss i. Pandemien har grepet inn i hverdagslivet til de fleste av oss. *Hensikten helliggjør middelet* er det noe som heter, men når man ser hva *middelet*, i dette tilfellet sosial distansering, gjør med mennesker blir man usikker. Å sikre overlevelse er utvilsomt den viktigste hensikten, men vi ønsker samtidig å leve gode liv. Liv Wergeland Sørby skriver godt om dette i artikkelen «Når bestemor sitt fanger er tomt» der hun skildrer både eget og andres savn av menneskelig kontakt, spesielt med barn og barnebarn. Mange eldre bor alene og smitteverntiltakene har ført til at det som kanskje betyr mest for mening og livsglede – kontakt med de man er glad i – er innskrenket. I kampen for å beskytte risikerer vi altså å skape stor utrygghet hos mennesker som allerede er sårbare. Dette er et tankekor og også noe helsemyndighetene er bekymret for. Hansker, munnbind og betryggende avstand skal øke pasientsikkerheten, men både samfunnet og helsevesenet utfordres nå på

hvordan sikkerhetstiltakene kan gjennomføres slik at de også inngir følelse av trygghet.

Pasientens sikkerhet handler om mer enn det å beskytte liv og helse. Det handler også om å formidle trygghet i relasjonene og møtepunktene som vi tross alt har. ■

Referanser

1. Phelan A, McCarthy S. and Adams E. Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *J Adv Nurse* 2018; 74, 626–636. <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
2. Hofmann D. and Mark B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Pers Psychol* 2006; 59, 847–869. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1744-6570.2006.00056.x>
3. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L and Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*, 2017, 7:e017708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
4. Ree E and Wiig S. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Serv Res*; 19, 607. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8>
5. Seljemo C, Viksveen P and Ree E. (2020). The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2020; 20, 799. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05671-y>



OVERSIKT OVER KONTAKTPERSONER I LOKALGRUPPENE

Hordaland	Trond Bergflødt	Trond.Bergflodt@bergen.kommune.no	Mobil 90 59 68 24
Nordland	Ann Iren Nikolaisen	ann.iren.nikolaisen@narvik.kommune.no	Mobil 91 10 84 78
Troms	Hilde Fryberg Eilertsen	hildefryeil@hotmail.com	Mobil 90 10 43 23
Sogn og Fjordane	Greta Elisabeth Gard Engdal	greta.elisabet.gard.endal@helseforde.no	Mobil 95 12 80 30
Vestfold	Katrine Linnom Pedersen	katrine.linnom@hotmail.com	Mobil 93 01 40 58
Møre og Romsdal	Heidi Opsvik Aandal	HeidiOpsvik@hotmail.com	Mobil 41 62 14 88
Oppland	Kari-Ågot K Taralrud	k.taralrud@hotmail.com	Mobil 91 64 69 61
Hedmark	Gunn Gihle Riisehagen	gunneitosi@gmail.com	Mobil 48 24 91 16

STYRET

Frank Eide fra venstre øverst, Hilde Fryberg Eilertsen, Elin Grønsveen, Wivi-Ann Tingvoll, Katrine Linnom Pedersen, Tor Engevik. Nederst fra venstre Liv Berit Jordal, Siren Andreassen.



OVERSIKT OVER KONTAKTPERSONER I LOKALGRUPPENE

Buskerud	Heidi Hobbestad	Heho7412@hotmail.com	Mobil 99 70 49 51
Østfold	Anne Kierulf Jacobsen	anne.kierulf.ja@gmail.com	Mobil 41 90 20 70
Oslo/Akershus	Christine Jærv Erkheim	christineerkheim@hotmail.com	Mobil 95 80 10 93
Rogaland	Oddveig Andersen	oddveiga86@hotmail.com	Mobil 95 55 08 01
Trøndelag	Linda Vinje	lindavinje@hotmail.com	Mobil 93 02 67 93
Telemark	Anne Cathrine Mathisen	Annecat.mathisen@gmail.com	Mobil 47 28 79 71
Finnmark	FGD Solfrid Nilsen Lund	solfrid@betania-alta.no	Mobil 99 64 64 78
Agder	<i>Søker ny kontaktperson</i>		



FRA



BESTILL
HIP'SAFE

www.hip-safe.no

DEN FØRSTE AIRBAG FOR HOFTEBESKYTTELSE.



Organisasjonskultur ved legemiddelhåndtering i sykehjem

FAKTA

Marit Storli

1. lektor, cand.polit., RN
NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap,
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Trondheim
E-post: marit.storli@ntnu.no
Telefon: 73 41 22 48

Toril Anne Elstad

1. amanuensis PhD, RN
NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap,
Institutt for psykisk helse,
Trondheim
E-post: toril.a.elstad@ntnu.no

Gørill Haugan

Professor, PhD, RN
NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap,
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Trondheim
Nord Universitet, Fakultet for Sykepleie og helsevitenskap, Levanger
E-post: gorill.haugan@ntnu.no
gorill.haugan@nord.no

Bakgrunn
Feilmedisinering er blant de hyppigste uønskede hendelsene i helse- og omsorgstjenesten (1-2). Nasjonale og internasjonale føringer dokumenterer behovet for økt pasientsikkerhet, og påpeker betydningen av bedre utnyttelse av organisasjonskulturelle aspekter (3-4). Etablering av kulturer som identifiserer og lærer av feil, og hvor system, kultur og individ ses i sammenheng kan redusere risiko ved legemiddelavvik (3-5). Erfaringslæring relatert til uønskede hendelser er en metode for kvalitetsforbedring (6).

Legemiddelhåndtering er ifølge legemiddelforskriften enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er rekvirert til det er utdelt (7). Sykepleiere skal gjennomføre legemiddelhåndtering (8), mens virksomhetsleder har ansvar for forsvarlig legemiddelhåndtering, opplæring og utvikling av legemiddelkompetanse hos helsepersonellet (7). Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, har plikt til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn (9). Sykehjempasienter som bruker mange legemidler og er sårbare for overmedisinering og bivirkninger (10). Som følge av Samhandlingsreformen (11) er dagens sykehjempasient sykere enn før og har behov for mer kompleks medisinsk oppfølging (12).

Organisasjonskultur er viktig for kvalitetsforbedring i sykehjem (13). Studier viser at god kommunikasjon og medarbeideres deltakelse i beslutningsprosesser fremmer de ansattes ansvarsfølelse og forhindrer utvikling av «skyldkultur» (14). Ved uønskede hendelser i sykehjem er organisatoriske barrierer fremtredende. Sykehjemslegene har lite kjennskap til beboerne, personalet mangler erfaring med legemiddelbehandling, og medisintildeling preges av avbrytelse og muntlig kommunikasjon (15); dette hindrer trygg legemiddelhåndtering (16). Legemiddelavvik er relatert til mangelfull informasjon og lite tilgjengelige rapporteringssystemer (17). Mangel på tid og opplæring, samt en dømmende kultur er beskrevet som årsaker til underrapportering av medikamentfeil (18-19). Internasjonale studier viser at sykepleiere ivaretar en kritisk funksjon i legemiddelbehandling ved overflytting mellom avdelinger og mellom institusjoner, samt at de fleste forstyrrelser under administrering av legemidler ikke hadde med legemiddelhåndtering å gjøre (20-22).

Blant ca. 5000 sykepleiere fra hjemmesykepleie og sykehjem mente halvparten at legemiddelfeil var «vanlig» (23); manglende sikkerhetstiltak tilknyttet legemiddelhåndtering begrunnes i tidspress (24). Høyere pasientansvar og økt kompleksitet i de sykepleiefaglige oppgavene er en konsekvens av samhandlingsreformen (25). Videre anses samhandling og kommunikasjon ved overgangen fra sykehus til kommune som problemområder for pasientsikkerhet (2, 26). Litteraturen fremhever behov for ansvars- og rolleavklaring i arbeidet med legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten (26-27, 28).

«Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, har plikt til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn»

Denne studiens hensikt er å utforske organisasjonskulturelle aspekt relatert til pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering i sykehjem. Organisasjonskultur er et dypt og komplekst fenomen som ifølge Schein (29) består av artefakter, som er synlige uttrykk for kultur og kan observeres som toppen av et isfjell. Artefakter formidler informasjon om kultur og må tolkes for å kunne virke som kultursymboler. Bang (30) beskriver organisasjonskultur ved å skille mellom kulturens uttrykk (artefakter) og kulturens innhold. Kulturens innhold er det sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene.

Metode

Utvalg

Syv sykehjem ble invitert til å delta i fokusgruppeintervju; av disse ønsket et sykehjem i en større by og et sykehjem på et mindre tettsted å delta, de øvrige fem valgte å ikke delta av ressurs hensyn. I tillegg ble 3. års sykepleiestudenter i praksis ved de samme sykehjemmene spurt om å delta. Studien fikk dermed to utvalg.

Utvalg 1 består av 15 sykepleiere fra de to sykehjemmene som deltok i fokusgruppeintervju. Ansienniteten varierte fra ½ til 24 år. Inklusjonskriteriene var; offentlig godkjent sykepleier, aktivt deltagende i legemiddelhåndtering, og ansatt i 75-100% stilling.

Sammendrag:

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har gitt sykehjemmene større ansvar for legemiddelbehandling. Ved å utforske organisasjonskulturelle aspekter ved legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling i sykehjem, kan det bli mulig å få bedre forståelse av bakenforliggende årsaker til feilmedisinering og risikoatferd.

Hensikten er å utforske organisasjonskulturelle aspekt av betydning for pasientsikkerhet ved legemiddelhåndtering i sykehjem. Studien er en del av et større prosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om feilmedisinering i sykehjem.

Metode: To sykehjem og to utvalg inngår i studien. Data er innhentet ved hjelp av fokusgruppediskusjoner med totalt 15 sykepleiere og 13 tredje-års sykepleiestudenter. I tillegg ble 29 læringslogger fra tredje-års sykepleiestudenter i praktiske studier i de to sykehjemmene inkludert.

Funn: Analysen gav tre hovedkategorier av organisasjonskulturelle aspekt av betydning for legemiddelhåndtering: (1) Materielle og strukturelle uttrykk, (2) Synlige og hørbare adferdsuttrykk og (3) Kulturinnhold, samt 7 underkategorier.

Diskusjon: Åpenhet relatert til feil, risikobevisthet og erfaringslæring av uønskede hendelser ved legemiddelhåndtering i sykehjem varierer. Studien beskriver aspekter ved sykehjemskulturen som kan stå i veien for effektiv utnyttelse av sykepleiernes legemiddelkompetanse og styrking av pasientsikkerheten.

Konklusjon: Sykepleierne som håndterer legemidler i sykehjem påvirkes av forstyrrelser i fysiske omgivelser, sikkerhetsrutiner og samarbeidsformer, og styres av økonomiske rammer og handler ut ifra egen virkelighetsforståelse, samt behov for gruppetilhørighet. Sykepleiestudenters og sykepleieres erfaringer viser variasjoner i åpenhet, risikobevisthet, læring og forebygging av uønskede hendelser ved legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling. Dokumentasjon som sikkerhetsrutine krever tid, men denne tiden er lite tilgjengelig for sykepleierne. Sykehjemsledelsen og mellomledere har sentrale roller i å utvikle åpne organisasjonskulturer hvor sykepleiere får større anerkjennelse for sin risikoforståelse og nøkkelrolle i legemiddelhåndtering.

Nøkkelord: Organisasjonskultur, sykehjem, legemiddelhåndtering, risiko.

Abstract:

Background: The Norwegian Coordination Reform has given nursing homes an increased responsibility for medical treatment. Exploring organizational-cultural aspects of medication handling and -treatment in nursing homes can provide an increased understanding of underlying causes of medication errors and unsafe behavior.

Aims of this study: To explore organizational-cultural aspects that influence on patient safety during handling of medications in nursing homes. The study is part of a larger project aiming to provide increased knowledge about medication errors in nursing homes.

Method: Two nursing homes and two samples are included in the study. Data were collected through focus-group discussions with a total of 15 nurses and 13 third-year student nurses. In addition, 29 learning-logs from third-year student nurses doing their practice-studies in the two nursing homes were included.

Findings: The data analysis resulted in three main categories related to organizational-cultural aspects which influence on the handling of medications: (1) Material and structural expressions, (2) Behavior and (3) Cultural content, which had 7 under-categories.

Discussion: Openness, risk-awareness and learning from unwanted incidents when handling medications vary between nursing homes. The study describes aspects of nursing home culture that can stand in the way of an effective use of nurses' medication competence and reduce patient safety.

Conclusion: Nurses who handle medications in nursing homes are influenced by disturbances in their physical environment, routines, different forms of collaboration and economic frameworks, and they act based on their own understanding of reality and needs for group affiliation. Student nurses' and nurses' experiences show variations in openness, risk awareness, learning and prevention of unwanted incidents during handling of medications. Documentation as a routine takes time, and this time is not always available for nurses. Managers of nursing homes have a central role in developing open organizational cultures where nurses receive recognition for their risk awareness and key roles in handling medications.

Keywords: Organizational culture, nursing homes, medication handling, risk awareness.



Utvalg 2 består av 13 sykepleiestudenter i 3.års praksisstudier i de samme sykehjemmene som deltok i fokusgruppeintervju. I tillegg deltok 29 studenter med til sammen 57 læringslogger med selvvalgt tema om sykepleiefaglig ledelse. Inklusjonskriterium for utvalg 2 var at sykepleiestudentene var i 3.års praksisstudier ved de samme sykehjemmene.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført fra januar 2012 til mars 2014. Førsteforfatter og en kollega fasiliterte fokusgruppeintervjuene, som varte mellom 50 og 85 minutter, og som ble registrert som lydfil og transkribert. Eksempel på spørsmål fra intervjuguiden var: *Hva forstår dere med feilmedisinering, hva er det som gjør at det skjer*

«Læringsmålet var økt kunnskap og ferdigheter i sykepleiefaglig ledelse»

feil? Hva med ledelsen; opplever dere at de fokuserer på risikoen som følger med medisinering av sykehjemspasienter?

I læringsloggene beskrev sykepleiestudentene en erfart situasjon fra praksisperioden, samt egne sykepleiefaglige refleksjoner relatert til situasjonen. Læringsmålet var økt kunnskap og ferdigheter i sykepleiefaglig ledelse. Loggenes omfang var ca. 300-500 ord, og ble innlevert til praksislærerne som var tilknyttet sykehjemmene. Førsteforfatter var en av to praksislærere. De to andre forfatterne hadde ingen relasjon til studentene.

Det totale datamaterialet består av tre fokusgruppeintervju med sykepleiere, to fokusgruppeintervju med sykepleiestudenter og 57 læringslogger.

Forskningsetiske hensyn

Informantene fikk informasjon om studiens hensikt, hva deltakelse ville innebære, frivillighet og retten til å trekke seg når som helst uten forklaring, samt hvordan deres integritet ble ivaretatt. Fokusgruppedeltakernes anonymitet ble ivaretatt ved å snakke med dem om en felles etisk forpliktelse til å holde informasjonen innenfor gruppen. Informert frivillig samtykke ble innhentet fra samtlige deltakere (15 sykepleiere og 13 sykepleiestudenter). I tillegg ga 29 sykepleiestudenter

skriftlig samtykke til å inkludere sine læringslogger som datamateriale i studien. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 27552).

Analyse

Dataanalysen er basert på Tjoras (31) stegvisdeduktiv induktive metode hvor meningskoding og meningskategorisering inngår i en oppadgående induktiv prosess hvor man jobber fra data mot teori, og en nedadgående deduktiv tilbakekobling ved å sjekke fra det «teoretiske» til det «empiriske» (31, s.19). Koding av tekstbiter ga en oversikt over hva det ble snakket om i fokusgruppene. Ved ytterligere kondensering ble flere koder samlet til en underkategori som deretter ble samlet til hovedkategorier. Læringsloggene ble kodet og organisert i underkategorier og hovedkategorier på samme måte som fokusgruppeintervjuene. Notater nedtegnet i forbindelse med fokusgruppediskusjonene ble i hovedsak brukt til å fortolke datamaterialet. Tabell 1 demonstrerer stegene i analyseprosessen (koding og kategorisering) ved hjelp av et eksempel, og viser stegene fra rådata (høyre kolonne) til underkategori (midt-kolonne) og hovedkategori (venstre kolonne).

Funn

Fokusgruppediskusjonene og studentenes læringslogger ga spontane og detaljerte beskrivelser av enkeltepisoder som sammen tegnet et bilde av organisasjonskulturelle aspekter i sykehjemmene (29-30). Kategorier med nær tilknytning til begrepene «kulturuttrykk» og «kulturinnhold» ble fortolket (30) og er listet opp i Tabell 2.

1. Materielle og strukturelle uttrykk for organisasjonskultur

1A) Etablerte sikkerhetstiltak og samarbeidsstrukturer

Etablerte sikkerhetstiltak forstås som medisinerom, dobbeltkontroll, skriftlig dokumentasjon, samt avviksmeldesystemet. Samarbeidsstrukturer involverer samarbeid med lege, apotek og andre avdelinger samt internt i avdelingene.

Eget medisinerom som sikkerhetstiltak eksisterte i begge sykehjem. Det ene sykehjemmet brukte et datastyrt medisinkabinett for istandgjøring av medisiner; noe som ikke fungerte optimalt:

«Vi har et datastyrt medisinerom; det er én skjerm

TABELL 1: Eksempler på stegene i analyseprosessen (koding og kategorisering av rådata til kategori)

Hovedkategori	Underkategori	Rådata
Materielle og strukturelle uttrykk	Etablerte sikkerhetstiltak (medisinrom)	<p>Moderator: <i>Hvordan er det...er det eget rom for medisiner?</i></p> <p>Sykepleier: <i>Ja</i></p> <p>Moderator: <i>Som alle flyr inn på, samtidig som man legger opp, eller?</i></p> <p>Sykepleier: <i>Vi har fordelt oss på forskjellige dager som vi skal legge opp medisin. For det også er et problem hvis det er masse folk når man skal legge opp, at det skjer feil. Derfor så har vi vel spredt oss utover hele uka.</i></p> <p>Sykepleier: <i>Vi har et medisinrom som er datastyrt, og det er én skjerm som alle skal plukke sine medisiner fra. Sånn at når vi holder på med en ting, så må vi overlate skjermen til noe som haster</i></p>
Synlige og hørbare adferdsuttrykk	Brudd på dokumentasjonsrutiner	<p>Student: <i>--det er veldig mange som signerer på medisiner før medisinen er gitt, når de liksom tar den fra dosetten og inn i et medisinglass. Så er det ikke sikkert den pasienten tar den medisinen, og gå tilbake og stryke ut den signaturen man har, det er ganske lett å glemme, og det blir glemt. Så det står egentlig på medisinarket at han har fått den, og så har han ikke gjort det, fordi det blir signert i forkant.</i></p>
	Kommunikasjon	<p>Sykepleier: <i>Pasientene skal ha mat, og så må vi på kjøkkenet også... og bestille tøy, og bestille varer, og det er utrolig mange arbeidsoppgaver i tillegg til akkurat det med medisinbehandling ... du skal ta telefoner, og så vinner du kanskje å legge noen dosetter før lunch, og så skal du prøve å spise litt, også skal du fortsette. Og da er trafikken inne på medisinrommet, den er så stor, at du hele tiden blir avbrutt og da er marginene i forhold til feil små</i></p>
Kulturinnhold	Risikoforståelse	<p>Moderator: <i>Ble problemer omkring polyfarmasi diskutert på avdelingen?</i></p> <p>Student 1: <i>Det synes jeg sykepleierne var opptatt av; trenger pasienten å stå på dette her. Det var noe de jevnlig tok opp.</i></p> <p>Student 2: <i>«Der jeg jobbet så var altså listene var milelange. Opptil 14-15 sorter. Masse forskjellige medikamenter! Jeg følte egentlig at legene nedprioriterte det. Det var sikker ingen pasienter som brukte under fem sorter.</i></p> <p>Student 3: <i>På vår avdeling så var det faktisk prioritert. Legene var genuint opptatt av å fjerne medisiner, gikk til bunns i hvorfor pasientene gikk på medikamenter som de ikke hadde behov for.</i></p>



TABELL 2: Gruppering av kulturelle kategorier fra analyseprosessen

HOVEDKATEGORI	UNDERKATEGORI
1. Materielle og strukturelle uttrykk	1A) Etablerte sikkerhetstiltak og samarbeidsstrukturer 1B) Tidspress
2. Synlige og hørbare adferdsuttrykk	2A) Brudd på sikkerhetsrutiner 2B) Kommunikasjon
3. Kulturinnhold	3A) Praktisk, synlig arbeid 3B) Individuelt ansvar og åpenhet 3C) Risikoforståelse

som alle skal plukke sine medisiner fra. Når vi holder på med en ting, må vi overlate skjermen til noe som haster».

Dobbeltkontroll av at riktig type og dose medisin ble gitt til riktig pasient var godt innarbeidet som sikkerhetstiltak: «*det sitter liksom i ryggmargen at vi skal dobbeltsjekke*». Når sykepleiestudenter håndterte medisiner, skulle en sykepleier kontrollere. Dersom kun en sykepleier var på vakt, kontrollerte helsefagarbeideren sykepleiestudenten ved å telle antall tabletter, uten å kontrollere at det var riktig type medisin:

«... jeg vet ikke hva den runde er, men det er riktig, for der er seks tabletter».

Fortløpende dokumentasjon av pasientopplysninger, deriblant medisiner, og avviksmeldinger var velkjente sikkerhetstiltak, men skriftlig dokumentasjon av foreskrevet legemiddelbehandling fungerte ikke like godt:

«i medisinlista er det bare rot; den er håndskrevet, man skjønner ingenting».

Sykepleierne ved det ene sykehjemmet var svært fornøyd med samarbeidet med det lokale apoteket: «*Vi får kjempeservice fra apoteket*». Sykepleierne var trygge på forsyning av nødvendige medisiner. Ved behov ble medisiner levert på dagen eller senest dagen etter og de apotekansatte var tilgjengelig for spørsmål. Det andre sykehjemmet fikk medisinleveranser to ganger per uke fra et apotek 50 mil unna; her mottok korttidsavdelingen pasienter fra sykehuset daglig, ved overflyttingen manglet noen ganger spesialmedisin:

«Vi (sykepleierne) må springe og prøve å låne...jag

har en del timer på å springe rundt i korridorene på sykehuset».

«Du kan bruke en hel dag på å få tak i en medisin vi ikke har».

Sykepleierne uttrykte et sterkt ønske om å få medisinleveranser fra et apotek rett over veien.

Sykehjemsavdelingene samarbeidet godt; ved usikkerhet rådførte man seg med hverandre. Legene var tilgjengelige for spørsmål og diskusjon, og det var tett samarbeid ved det minste sykehjemmet:

«Legen kjenner jo oss, så de vet hvem vi er, hva vi kan fra før, hva slags erfaringer vi har. Og de kjenner pasientene; det er en stor fordel å ha samme fastleger over tid.»

Legevisitten var to ganger ukentlig ved korttidsavdelingene og en gang ved langtidsavdelingene. Administrative funksjoner hos mellomlederne var ulik i de to sykehjemmene. Ved det ene sykehjemmet var mellomlederne unntaksvis involvert i legemiddelhåndteringsoppgaver mens ved det andre var mellomleder-stillingene fordelt mellom utøvende sykepleie og personalledelse; her deltok mellomlederne i legemiddelhåndteringen.

1B) Tidspress

I sykehjem representerer sykepleierne profesjonen med høyest legemiddelkompetanse som er tilgjengelig døgkontinuerlig. Sykepleiebemanningen er marginal; eksempelvis var en sykepleier ofte ansvarlig for flere sengeposter tilsvarende 35-40 pasienter. Vanligvis brukte pasientene mellom 5-10 typer medisin; en pasient brukte 14 ulike medisi-

ner. Istandgjøring av legemidler var tidkrevende; ofte ble det introdusert nye medisinerpreparater, synonympreparater og nye administrasjonsmåter: Moderator: *Er det for få sykepleiere?*

Sykepleier: *«... hjelpepleiere og assistenter har medisinkurs og kan dele ut, men de kjenner ikke tablettene så godt, derfor må de spørre.»*

Sykepleierne ivaretok gruppelederfunksjon og veiledningsansvar for sykepleiestudenter. Når øyeblikkelig pasientbistand måtte prioriteres ble veiledning av sykepleiestudenter nedprioritert. Dette oppstod relativt ofte, og medførte at tredje-års sykepleiestudenter fungerte som reservearbeidskraft. Mangel på tid og sykepleiere skapte utfordringer i dokumentasjon av medisinerendringer og legemiddelavvik:

Sykepleier 1: *«Når dokumentasjon av legemiddelendringer (pga. travelhet) overlates til sen-vakta som også har det travelt; kanskje blir det ikke gjort.»*

Sykepleier 2: *«Når medisinerendringer skjer i vakt-skiftet og det er travelt; da har du ikke tid til å dokumentere skriftlig på medisinerark og det blir stress; jeg anser for lite fagfolk på jobb som årsak til feilmedisinering. Hvis du som den eneste kan og skal administrere medisiner til hele avdelingen, blir*

medisin ofte gitt på feil tidspunkt ...».

Sykepleier 3: *«Årsaken til at det ikke skrives avvik er at man ikke har tid; tidspresset hindrer oss i å gjøre en kvalitetsmessig god jobb.»*

Sykepleiestudentene opplevde at mellomledere og sykepleierne viste forståelse for at de som noviser trengte mer tid til oppgaver som bl.a. legemiddelhåndtering. Likevel erfarte en student følgende: *«Du kan ikke stå og bruke tid på å gjenkjenne hvilke tabletter som er hvilke, du blir jo kjent med tablettene etter hvert.»* Studenten tenkte: *«Hva slags kvalitetssikring av mitt arbeid er dette?».*

Videre skapte tidspress forventninger om høyt arbeidstempo hos studentene:

«Vi fikk kjeft for ikke å arbeide fort nok da jeg lot en pasient ligge i senga og vente mens jeg undersøkte en annen pasient som var blitt akutt forverret.»

I ettertid forstod man at pasienten hadde symptomer på en livstruende tilstand.

2. Synlige og hørbare adferdsuttrykk for organisasjonskultur

Sikkerhetsrutiner er prosedyrer, regler og handlemåter som skal ivareta sikkerhet. Datamaterialet beskrev sikkerhetsrutiner i form av dokumenta-



Foto: iStock

sjonsrutiner, overflyttingsrutiner, melderutiner, samt retningslinjer og lovverk som vedrørte for-svarlighetskravet. Videre ble kommunikasjonen oppad og nedad, samt på tvers i organisasjonen ofte omtalt.

2A) Brudd på rutiner ble ofte omtalt:

«Kvalitetssikringssystemet brytes ofte ... Alt er ned-felt i rutiner, men rutinene er ikke fulgt – det er ikke inkompetanse – det er pga. tidsfaktoren».

«Det er slitsomt, vi bruker unødvendig mye energi på å ringe to-tre ganger for å få tak i epikrisen og finne noen som har oversikt»

Ved akuttssituasjoner ble det vanskelig å gjennomføre sikkerhetsrutiner: en pasient utviklet akutt sepsis, men dokumentert allergi ble ikke sjekket, og pasienten fikk feil medikament:

«Det er ikke bare å sjekke i permer når pasienten er så dårlig og du som eneste sykepleier vurderer at du ikke kan gå fra ham».

Brudd på etablerte overflyttingsrutiner fra sykehus til sykehjem forekom ofte: sykehuset presset på med utskrivningsklare pasienter mens sykehjemmet ville slippe å betale dagbøter. Mange pasienter ble overflyttet uten epikrise, men pasienten ble ikke flyttet tilbake:

Sykepleier 1: *«vi får telefon fra sykehuset at nå kommer pasienten, da spør jeg: følger det med epikrise? --og hvis epikrisen ikke er klar til halv ett, så må pasienten vente til dagen etter. Så kommer pasienten halv ett, uten epikrise, så får vi bare beskjed om at epikrisen blir faksset senere... Det er ikke så enkelt å flytte den pasienten tilbake til sykehuset...»*

Sykepleier 2: *«Det er det som er vanskelig. Om du har den regelen; pasienten kommer til oss, kjempesliten av den korte turen. Så skal pasienten få svi for at sykehuset ikke har gjort jobben sin... du står der – de har med seg pårørende. Det er greit i teorien, men ikke så greit i praksis.»*

Sykepleier 3: *«Jeg har mottatt en intensiv-pasient klokka seks på kvelden. Hvor skal jeg sende pasien-*

ten tilbake? Stakkars! Skal jeg straffe pasienten?»

Mye tid gikk med til å få tak i epikriser og medisinalister, samt skaffe medisiner som ikke var medsendt fra sykehuset:

«Det er slitsomt, vi bruker unødvendig mye energi på å ringe to-tre ganger for å få tak i epikrisen og finne noen som har oversikt».

Medisinlisten og epikrisen kunne komme flere dager i etterkant, og var ofte ikke samsvarende. Medisin med blødningsfare (Marevan) var ofte unøyaktig dosert. En fredag ettermiddag mottok sykehjemmet en nyretransplantert pasient hvor livsviktig medisin var gjenglemt.

Læringsloggene beskrev situasjoner med unøyaktig dokumentasjon av utdelt medisin; studentene forklarte dette med at sykepleierne var rutinerte, kjente hverandre godt, hadde oversikten i hodet, og var derfor mindre nøye med skriftlig dokumentasjon. I fokusgruppene og læringsloggene fremhevet sykepleiestudentene betydningen av at medisin ble gitt til rett tid, mens de erfarte at de ansatte ikke betraktet feil tidspunkt som avvik i legemiddelhåndtering; en gjengs oppfatning blant nattevaktene var at man ikke skulle vekke pasienter som sov for å gi dem medisin ble beskrevet.

Følgende diskusjon forklarte hvorfor avviksmeldinger ikke alltid ble skrevet:

Sykepleier 1: *«Avviksskriving blir nedprioritert fordi vi ikke får betalt overtid for å skrive avvik».*

Sykepleier 2: *«Det er kanskje de mest alvorlige som avvik-meldes».*

Moderator: *«Hva mener du med alvorlig?»*

Sykepleier 2: *«Det som synes kanskje? Det merkes at det er gjort feil. Som da en smerte-pumpe til en kreftpasient ble avglemt på natta slik at pasienten ikke fikk morfin på flere timer - det var alvorlig; da ble det skrevet avvik».*

Sykepleier 3: *«Jeg skrev til og med avvik da jeg fant to Paracet i undertøyet hos en pasient som jeg hjalp på toalettet».*

En sykepleiestudent fulgte en pasient med fall-skade til røntgen: en morfinsprøyte ble medsendt som behovs-medisinering. Dette representerer brudd på forsvarlighetskravet og utdanningens retningslinjer om hvilke legemiddeloppgaver sykepleiestudenter kan utføre uten tilsyn. Episoden ble ikke meldt eller diskutert som avvik ved legemiddelhåndtering.



Foto: Istock

2B) Kommunikasjon i organisasjonen omfattet verbale uttrykk, ofte i form av sjargong, nonverbal kommunikasjon, avbrytelser og misforståelser

Sykepleiestudentene mente helsefagarbeiderne ikke hadde nok legemiddelkompetanse; flere ganger overhørte de helsefagarbeideres beskrivelser av sykepleierne:

«Typisk sykepleierne - de gjemmer seg bort i medisintralla for å unngå stell og slike ting. De låser seg inne på medisinnrommet».

Ordet heldig ble brukt om kritiske situasjoner ved legemiddelhåndtering:

«Vi er heldig som ligger så geografisk nært sykehuset», og «Vi var heldig som hadde lege tilgjengelig hele tiden i sykehjemmet».

Mange oppgaver var tillagt sykepleierne; under legemiddelhåndtering mottok de ulike henvendelser fra kollegaer, pasienter og pårørende og måtte «multitaske». Slike avbrytelser representerte risiko for feil i medisinnoppleggingen.

Nonverbale sanksjoner fant sted i organisasjonskulturen. En student varslet mellomlederen

om press til å godta legemiddel-opplæring fra en helsefagarbeider, til tross for at slik opplæring skal utføres av sykepleiere:

«Det ble en ekkel situasjon mellom meg og helsefagarbeideren... hun ville ikke snakke med meg på flere uker».

En læringslogg beskrev et vakt-skifte hvor studentgruppeleder skulle fordele pasientrom og arbeidsoppgaver mellom personalet; personalet reiste seg og forlot møterommet uten å kommunisere, og uten å forholde seg til hennes koordinering av arbeidet. Studenten tolket hendelsen som uttrykk for maktstrukturer, dårlig kommunikasjon og arbeidsmiljø. En læringslogg beskrev en misforståelse fra en hendelse der en pasient med delirium hadde falt ut av sengen og fått bruddskader. På bakgrunn av erfaring fra ortopedisk avdeling argumenterte sykepleiestudenten for innstikksted for smertestillende medikasjon:

«Jeg oppfatter det som at sykepleieren er enig i mine argumenter og går med på å sette injeksjonen i pasientens lår. Jeg får injeksjonen dobbeltsjekket av den



andre sykepleieren som har kommet, og setter deretter 2,5 mg morfin intramuskulært i pasientens lår. I ettertid ble jeg oppmerksom på at sykepleieren som henta ut og gav meg morfin for å sette injeksjonen, opplevde situasjonen annerledes. Sykepleieren ønsket å snu pasienten på siden, og sette injeksjonen i baken i stedet for låret. Sykepleieren oppfattet at jeg overkjørte henne. Jeg som student må være obs på min rolle, og sikre at sykepleieren er enig i hva som skal gjøres...det er sykepleieren som skal stå for den endelige beslutningen.»

«Etter en episode med en alvorlige feil bestemte man å ha minst to sykepleiere på alle vakter. Ledelsen sikret likevel ikke slik minimumsbemanning»

Studentenes argumentasjon og valg av innstikk-sted ble oppfattet som mangel på ydmykhet og fikk mye oppmerksomhet, mens gjennomgang av hendelsesforløpet med pasientskade med tanke på læring uteble.

Sykepleierne opplevde at ledelsen hadde for lite innsikt til å forstå kompleksiteten og sykepleieansvaret for legemiddelhåndtering, ledelsens fokus var økonomi:

«Vi fikk til og med spørsmål om vi kunne vaske sonde-matslanger fordi settene var så dyre.»

Sykepleierne ble sjelden tatt med på råd om innkjøp av utstyr, dette skapte frustrasjon:

«I stedet for å spørre oss som holder på med utstyret hver dag, hører de bare på leverandørene ...»

Etter en episode med en alvorlige feil bestemte man å ha minst to sykepleiere på alle vakter. Ledelsen sikret likevel ikke slik minimumsbemanning. Effekten av dette var at dobbeltkontroll skled ut i situasjoner hvor de måtte henvende seg til naboavdelingen for å få gjennomført kontrollen. Men det fantes unntak: «Vår leder er veldig støttende på at vi skal være to sykepleiere på vakt, men det er ikke alltid det er en sykepleier å oppdrive».

På spørsmål om hvordan ledelsen forholdt seg til legemiddelforskriften og risikovurdering svarte sykepleierne:

«Det er slikt en lurer på; er ledelsen egentlig klar over at det finnes en forskrift?»

«Jeg tror de er klar over risikoen, men så lenge det ikke skjer alvorlige hendelser ... de er vant til at vi strekker oss og kommer i mål uansett».

3. Kulturinnhold

Kulturens innhold i form av normer, verdier og virkelighetsoppfatninger kommer ikke direkte til uttrykk i intervju og læringslogger, men fortolkes basert i utsagn og beskrivelser. Praktisk, synlig arbeid som verdi, individuelt ansvar som norm, samt varierende risikoforståelse ble tydeliggjort i data.

3A) Praktisk synlig arbeid

I tillegg til det sykepleiefaglige ble det forventet at sykepleierne også bidro i det praktiske arbeidet så som matlaging, matservering, bestilling av tøy og varer:

«Det er ganske krevende å være sykepleier... du skal jo bidra i avdelinga også».

Noen uttrykte dårlig samvittighet over tid i telefonen:

«...belastningen blir jo større på de som er i igjen, da det blir en person mindre».

Når lederne ikke deltok i det praktiske arbeidet, oppstod misnøye:

«Det har veldig mye å si, jeg merker at medisiner er et sårt punkt. Hvis en må administrere medisinen og det er kjempemye å gjøre for de andre, og sjefen sitter på kontoret og ikke bidrar, da blir det dårlig stemning».

Fleire læringslogger beskrev situasjoner hvor sykepleiestudentene satt på vaktrommet for å lære dokumentasjonssystem og planlegge avdelingsovertagelse, og ble avbrutt med spørsmål om å delta i praktiske gjøremål:

«En ansatt kom inn på vaktrommet og spurte om hjelp til kaffeservering. Det høstes som det var kjempetravelt og at vi bare satt på vaktrommet og latet oss. To studenter ble med for å hjelpe til, men da de kom var det bare en pasient som manglet kaffe».

På spørsmål fra moderator om hva som var ledelsens fokus, svarte sykepleierne:

Sykepleier 1: «Ikke "hvordan går det med medisinoppleggingen?", men "hvor lang tid bruker du?"»

Sykepleier 2: «Hvor lang tid... alt er målt i kroner og øre, slik er det... det er vel ikke noe å legge skjul på.»

Sykepleier 3: «Fagkoordinator spør om vi har fått lagt opp medisiner denne uken. Men ikke noe i forhold

til "hvordan går det med..."; det er bare at det skal være lagt opp».

Dersom sykepleierne ikke hadde rukket å legge opp medisinen for den kommende uken, ble de spurt hvorfor.

3B) Det individuelle ansvaret og åpenhet

En sykepleier uttalte

«om en skriver avvik på en hendelse med dødelig utfall, tar man på seg ansvaret for en annen persons død; da kan det sitte langt inne å skrive avvik».

Sykepleierne opplevde legemiddelansvaret så belastende at det til tider forstyrret nattesøvn, de sammenlignet sykepleieansvaret i sykehjemmet med sykepleieansvaret i spesialisthelsetjenesten:

«... det er et helt annet ansvar, for der hadde vi bare noen få pasienter og legen tilgjengelig hele tiden».

Legemiddelbehandling er legenes ansvar, likevel tok sykepleierne mye behandlingsansvar:

«Vi har et stort ansvar. Vi har blitt mer et sykehus og må overta den aktive behandlingen uten den samme legedekningen. Vi får mange dårlige kreftpasienter og har stort ansvar som sykepleier».

Som konsekvens av at sykehuset glemte å sende med spesialmedisin etablerte sykepleierne en rutine for å ringe sykehuset før overflyttingen

for å avklare behov for spesielle medisiner, dette synliggjorde ansvar for pasientsikkerhet gjennom aktiv handling.

Prøvde sykepleierne å varsle om uforsvarlighet ved behandlingen, ble de gjerne møtt med spørsmål tilbake fra ledelsen: «Hva har du gjort for at det skal bli forsvarlig»? Dette indikerer sterk vektlegging av det individuelle ansvaret. De erfarte ikke ubehag knyttet å skrive legemiddelavvik; ingen måtte ta dette personlig. En mellomleder uttalte:

«Vi har lagt i bunn en holdning for at det skal kunne varsles».

Mellomlederen fortalte om gjentakende uheldige episoder med samme sykepleier og mente at i slike tilfeller var det greiest

«å tipse vedkommende på en direkte og skikkelig måte om å lese bedre på medisinkortet».

En sykepleier kommenterte:

«...dette er ok i stedet for at folk bare tenker: er det du som har vært her nå igjen og som vanlig glemte».

Det var godt kunne rådføre seg med erfarne kolleger, det var lav terskel for å spørre når man var usikker. Mellomledere fortalte om egne feil:

«Jeg har gitt til feil pasient, tror jeg rett og slett var uoppmerksom. Det gir ikke noen god følelse, det er fryktelig å oppdage. Da flyr mange tanker gjennom



Foto: iStock

hodet».

«Jeg har gitt medisin til feil pasient, fordi tre het nesten det samme; det var skikkelig ubehagelig».

Sykepleiestudentenes opplevde stor åpenhet om uønskede hendelser blant sykepleierne, og at ingen var ute etter å ta de som hadde forårsaket feil. Sykepleierne erfarte at ledelsen var lite oppmerksom på risiko; selv etter alvorlige hendelser som følge av marginal bemanning ble ikke bemanningen forsterket. Det samme gjaldt sikkerhetstiltak ved utblanding og opplegging av medisiner:

«Når én sykepleier bruker hele dagen til å legge opp medisiner for en uke, er det ganske viktig at den personen får ro rundt seg til å gjøre det på en ordentlig måte og unngå feil. Da bør det være innleid en i stedet for den personen i avdelingen, slik at man kan konsentrere seg om medisinoppleggingen, men det blir ikke gjort.»

Sterkere fokus på risiko ville medført tiltak slik at sykepleieren som arbeider med medisinoppleggingen ble skjermet for forstyrrelser.

Mellomledere som deltok i legemiddelhåndtering, uttrykte større risikoforståelse og tok grep for å øke sikkerheten: medisinoppleggingen ble

organisert på ulike ukedager for å unngå mest mulig forstyrrelser i medisinrommet. Mellomlederne som til daglig håndterte legemidler mente dette var viktig for å få bedre oversikt og innsikt i virkninger og bivirkninger. De var bevisst betydningen av faglig refleksjon og kritisk vurdering av pasientenes legemiddelbruk, noe som ble avgjørende for å velge manuell opplegging av medisiner. Sykehjemmet hadde diskutert overgang til multidosesystemet, men en mellomleder argumenterte for bedre sikkerhet ved manuell istandgjøring:

«Det dukker opp noen spørsmål når du står og legger opp; hvorfor står han på dette? Du mister denne refleksjonen om du har ei medisinliste som du bare gjennomgår med lege».

Diskusjon

Tidspress, marginal sykepleiebemanning og marginalt med legemiddelkompetanse er organisasjonskulturelle aspekter som er godt dokumentert (23-27). Funn fra denne studien dokumenterer også at sykepleiestudenter fungerer som reservearbeidskraft til en marginal sykepleiebemanning. Sykepleierne i vår studie har mange arbeidsoppgaver og



Foto: iStock

brede ansvarsfelt. Dette er i tråd med en nyere norsk sykehjemstudie som beskriver hvordan sykepleiere må vise stor grad av tilpasning og fleksibilitet (21, 28). Barber (15) fant at samarbeid mellom apotek og sykehjem var lite utviklet; dette varierte i vår studie. Anbudsordninger for offentlige innkjøp medførte lite fleksible medisinleveranser, og ble en tidstyv. Vi fant at forstyrrelser ved legemiddelhåndtering samt unøyaktig eller mangelfull dokumentasjon skapte merarbeid og fungerte som tidstyver for sykepleierne. Flere studier påviser hvordan stadige forstyrrelser utgjør en risiko for feilmedisinering (21-22) I en kontekst med lav sykepleiebemanning og tidspress er det forunderlig at sykepleiere og ledelse kunne akseptere at en hel dag ble brukt på å skaffe til veie manglende medisiner. Lite motforestillinger mot slik bruk av sykepleiekompetanse kan indikere liten påvirkningsmulighet og usikker organisasjonsforståelse (13, 32). Tidspress kan ha forhindret refleksjon over andre handlingsvalg og forklare hvorfor sykepleierne ikke brukte tiden til å øve trykk oppover i organisasjonen.

Brudd på overflyttingsrutiner fra sykehuset var et gjennomgående tema, ofte i form av mangelfull informasjonsflyt og svak koordinering ved overflytting. Lignende funn bekreftes i nasjonale og internasjonale studier (2, 20, 33). Evaluering av Samhandlingsreformen viser at kommunene opplever et ubalansert styrkeforhold og manglende likeverd i forhandling og samarbeid med sykehusene (11). Større anerkjennelse av sykehjemmenes utvidede rolle i legemiddelbehandling og økt påvirkningsmulighet kan redusere risikonivået ved overflytting fra sykehus (11, 20).

Underrapportering av avvik har vært en svakhet og risiko ved sikkerhetsarbeid så vel som manglende oppfølging av rapporterte avvik (3-5, 16). «Skyldkultur» eller en dømmende kultur kan være årsak til underrapportering og manglende åpenhet og læring av uheldige hendelser (14, 19). Disse to sykehjemmene dokumenterte i beskjeden grad avvik; både hendelser med alvorlig pasientskade, samt avvik med begrenset risiko ble ikke meldt (1, 21). Håndteringen av en spesifikk hendelse er ganske interessant; faglig argumentasjon ble oppfattet som manglende ydmykhet, mens gjennomgang av hendelsesforløp, risikoelementer og mulighet for læring av den alvorlige hendelsen med pasientskade ved hjelp av avvismeldesystemet utble. Verdien av «mindre alvorlige avvik» kan bli

undertolket. Funn av tabletter i undertøyet viser at oppfølging av hvorvidt medisiner blir inntatt,

«Et relevant spørsmål er om brudd på etablerte sikkerhetstiltak er så vanlig at de sykehjemsansatte oppfatter slike brudd som legitimt?»

kan være vanskelig. Gjennom avviksmelding gis et signal om at enkelte pasienter trenger tettere oppfølging av sin medisinering, som er viktig spesielt ved høypotente legemidler.

Et relevant spørsmål er om brudd på etablerte sikkerhetstiltak er så vanlig at de sykehjemsansatte oppfatter slike brudd som legitimt? Tydelige forventninger fra leder til medarbeiderne i oppfølging av rutiner og kvalitetsforbedring er viktig (17). Organisasjonskultur kan brukes som et ledelsesverktøy dersom lederen evner å utnytte dette (34). Svak forståelse av gode rutiner som sikkerhetstiltak, samt manglende lojalitet til å gjennomføre etablerte sikkerhetstiltak, er organisasjonskulturelle aspekter som krever oppfølging av både mellomledere og øverste ledelse ved sykehjemmene (29-30, 34).

Studentene representerte at utenfra blick, og reiste et relevant spørsmål om hvorfor sykepleierne ikke brukte rolige perioder til kvalitetsforbedring av legemiddelhåndtering? Bidrag til kvalitetsforbedring forutsetter sterk innflytelse over egen arbeidssituasjon (13). I de to sykehjemmene utgjorde helsefagarbeiderne og ufaglærte majoriteten av bemanningen. Forskning viser at helsefagarbeidere betrakter pasientsikkerhet som en praktisk oppgave (18); deres «praktiske» perspektiv på legemiddelhåndtering påvirker kulturinnholdet. Sjargong som «sykepleierne gjemmer seg bort ved medisintralla» kan tolkes som svak risikoforståelse relatert til legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling. Dersom en slik risikoforståelse dominerer organisasjonskulturen i sykehjem, og sykepleierne har et stort behov for gruppetilhørighet, vil dette kunne undertrykke verdien av risikoforståelse, en legemiddelkom-

petanse som hovedsakelig er basert i kunnskap og sitter i hodet (5, 18). Virkelighetsoppfatninger hjelper medlemmene til å fortolke det som skjer rundt dem. Organisasjonskultur gir grunnlag for opplevelser av identitet som organisasjonsmedlem og oppslutning om organisasjon som fellesskap, samt gir mening og retning for handling (4-5, 29-30).

Ledelsens fokus på tidsbruk kan tolkes som at praktisk, synlig arbeid og tempo ble prioritert fremfor sikkerhet, og at ansvaret for økonomi ble presset nedover i organisasjonen. Spørsmål fra mellomleder om hva «du» (sykepleierne) hadde gjort for å ivareta forsvarlighetskravet kan indikere at risiko betraktes som et individuelt ansvar fremfor et systemansvar. Slike holdninger står i motsetning til prinsipper for pasientsikkerhet hvor systemperspektivet er overordnet individ-skyld perspektivet (1-5). Legemiddelforskriften presiserer at ledelsen skal inneha kunnskap om risikonivået og sørge for god internkontroll (7). En ledelse som neglisjerer risiko kan undergrave sykepleiernes legemiddelkompetanse og svekke risikoforståelsen i organisasjonskulturen (29, 34). På tross av høyt legemiddelansvar hadde sykepleierne i vår studie begrenset mulighet for påvirkning. Forbedring av pasientsikkerhet forutsetter deltagelse i beslutningsprosesser, systemperspektiv og erfaringslæring av uønskede hendelser (4-6, 13-14, 32). Ordet «heldig» kan oversettes med flaks, og ble brukt flere ganger i beskrivelsen av kritiske situasjoner ved legemiddelhåndtering. Om virkelighetsforståelsen i sykehjem er slik at sikkerhet er avhengig av flaks, at sykepleierne tar stort personlig ansvar, og at sikkerhet i mindre grad kan påvirkes, så vil det være relativt risikofyllt. Oppgavefordeling bør endres slik at sykepleierne i større grad kan konsentrere seg om funksjoner som krever legemiddelkompetanse.

Metodediskusjon

Førsteforfatter var praksislærer for noen av de inkluderte sykepleiestudentene. Legemiddelhåndtering var et tema i praksisstudiene, og kan ha innvirket på dataene, men i bare 17 av de 57 læringsloggene var legemiddelhåndtering et tema. De øvrige omhandlet tema som tidspress, rutinebrudd, kommunikasjon og samarbeid, prioritering av praktisk og synlig arbeid.

Kun to sykehjem deltok; et sykehjem fra en stor bykommune og et fra en liten landkommune.

Funnene må ses i lys av denne begrensningen. Totalt deltok 15 sykepleiere og 13 sykepleiestudenter i fokusgruppeintervju, som i en kvalitativ forskningskontekst utgjør et solid data-tilfang. I tillegg representerte de 29 3.års-sykepleiestudentenes læringslogger et ytterligere perspektiv på legemiddelhåndtering og organisasjonskultur, som anses som en styrke ved studien. Forfatterne er sykepleiere med klinisk erfaring, undervisnings- og veiledningserfaring samt forskningskompetanse; deres forforståelse utgjør en styrke med tanke på å forstå og fortolke data om legemiddelhåndtering i en sykehjemkontekst.

Konklusjon

Funnene beskriver organisasjonskultur i sykehjem hvor kulturuttrykk og kulturinnhold påvirker hverandre i en dynamisk prosess. Sykepleiestudenters og sykepleieres erfaringer viser variasjoner i åpenhet, risikobevisthet, læring og forebygging av uønskede hendelser ved legemiddelhåndtering og legemiddelbehandling. Sykepleierne som håndterer legemidler i sykehjem påvirkes av forstyrrelser i fysiske omgivelser, sikkerhetsrutiner og samarbeidsformer, og styres av økonomiske rammer og handler ut ifra egen virkelighetsforståelse, samt behov for gruppetilhørighet. Dokumentasjon som sikkerhetsrutine krever tid, men denne tiden er lite tilgjengelig for sykepleierne. Sykehjemledelsen og mellomledere har sentrale roller i å utvikle åpne organisasjonskulturer hvor sykepleiere får større anerkjennelse for sin risikoforståelse og nøkkelrolle i legemiddelhåndtering. ■

Referanser

1. Aase, K. Pasientsikkerhet. Teori og praksis. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
2. Meld. St. 11 (2018 – 2019). Kvalitet og pasientsikkerhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
3. NOU 2015:11. Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
4. Kaufmann G. & Mc Caughan D. The effect of organizational culture on patient safety. *Sted: Learning zone*; 2013; vol 27 no 43 p. 50-56. Tilgjengelig fra: doi:10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280
5. Levine, K.J., Carmody, M., Silk, K.J. The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Journal of Nursing Management* /volum 28, utg. 1; 2019. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/jonm.12906>
6. Elmqvist, K.O., Rigaudy, M.T.J. & Vink, J.P. Creating a no-blame culture through medical education: a UK perspective. *Journal of Multidisciplinary healthcare* 2016;9: 2016. s. 345 - 46. Tilgjengelig fra: doi:10.2147/JMDH.S111813

7. Helsedirektoratet. Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer. Forskrift av 3.april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. IS-7/2015. Oslo; Utgitt 03/2015, revidert 12/2015 og 08/2017. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer/Legemiddelhc3%20A5nderingsforskriften%20med%20kommentarer%20\(rev\)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_attachment/inline/506142af-6a2f-407f-8f3d-b87d-3adc3cd5:81191d21a0a9e3131cb80deff61f723499f3f65c/Legemiddelhc3%20A5nderingsforskriften%20med%20kommentarer%20\(rev\)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer/Legemiddelhc3%20A5nderingsforskriften%20med%20kommentarer%20(rev)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_attachment/inline/506142af-6a2f-407f-8f3d-b87d-3adc3cd5:81191d21a0a9e3131cb80deff61f723499f3f65c/Legemiddelhc3%20A5nderingsforskriften%20med%20kommentarer%20(rev)%20E2%80%93%20Rundskriv.pdf)
8. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Universitets- og høyskoleloven § 3-2 andre ledd. Oslo; 2019. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
9. Helse og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo; Sist endret 01.07.2020.
10. Rogstad, S., Brekke, M., Gjelstad, S., Strand, J. & Fetveit, A. Potentially inappropriate Prescribing to Older Patients: Criteria, Prevalence and an Intervention to Reduce It: The prescription Peer Academic Detailing Study – A Cluster-Randomized, Educational Intervention in Norwegian General Practice. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*; 2018. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/bcpt.13040>
11. EVASAM. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. Oslo: Norges Forskningsråd; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2016/evaluering-av-samhandlingsreformen/>
12. Killie, P.A & Debesay, J. Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. Nordisk tidsskrift for helseforskning; 2016. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4052>
13. André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T. & Ringdal, G. I. The Impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2013. Tilgjengelig fra: doi.org/10.1111/scs.12086
14. Scott-Cawiezell, J. R., Vogelmeister, A. A., McKenny, C., Rantz, M., Hicks, L. & Zellmer, D. Moving from a culture of blame to a culture of safety in nursing home setting. *Nursing Forum*; 2006. Tilgjengelig fra: [doi:10.1111/j.1744-6198.2006.00049.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2006.00049.x)
15. Barber N.D., Alldred D.P., Raynor D.K., Dickinson R., Garfield S., + m.fl. Care homes' use of medicines study: Prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. *Sted, Quality and Safety in Health Care*; 2009. Tilgjengelig fra: [doi:10.1136/qshc.2009.034231](https://doi.org/10.1136/qshc.2009.034231)
16. Handler, S.M., Perera, S., Olshansky, E.F., Studenski, S.A., Nace, D.A., + m.fl. Identifying modifiable barriers to medication error reporting in the nursing home setting. *Journal of the American Medical Directors Association*; 2007. s. 568–74.
17. Dilles, T., Elseviers M.M., Van Rompaey B., Van Bortel L.M. & Vander Stichele R.R. Barriers for nurses to safe medication management in nursing homes. *Health Policy and Systems*; 2011. Tilgjengelig fra: [doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01386.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01386.x)
18. Vogelsmeier, A. A., Scott - Cawiezell, J.R., Pepper, G. A. (). Medication reconciliation in nursing homes: Thematic differences between RN and LPN staff. *Journal of Gerontological Nursing*; 2011. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-2011103-05>
19. Holmstrøm, A., Airaksinen, M., Weiss, M., Wuljij, T., Chan X. & Laaksonen, R. National and local medication error reporting systems. A survey of practices in 16 countries. *Journal of Patient Safety*; 2016. Tilgjengelig fra: [doi: 10.1097/PTS.0b013e3182676cf3](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182676cf3)
20. Mardani, A., Griffiths, P., Vaismoradi, M. The role of the Nurse in the Management of Medicines during Transitional Care: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary healthcare*; 2020;13 s.1347-61 Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S276061>
21. Odberg, K. R.; Sætre Hansen, B. S.; Aase, K. & Wangensteen, S. Medication administration and interruptions in nursing homes: A qualitative observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 27; 2020. s.1113-24. Tilgjengelig fra: [doi: 10.1002/nop.21216](https://doi.org/10.1002/nop.21216)
22. Westbrook, J.I.; Li, L.; Hooper, T.D.; Raban, M.Z.; Middleton, S., Lehnborn, E. C. Effectiveness of a 'do not interrupt' bundled intervention to reduce interruptions during medication administration: a cluster randomized controlled feasibility. *BMJ Qual Saf.*; 2017;26 734-42. Tilgjengelig fra: [doi: 10.1136/bmjqs-2016-006123](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006123)
23. Gautan, H., Øien, H. & Bratt, C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA Rapport; 6/2016. Tilgjengelig fra: <https://ro.no/2016/08/my-nova-rapport-konsekvenser-av-mangel-pa-sykepleiere-i-helse-og-omsorgstjenesten-i-kommunene/no>
24. Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S., Elstad, T. Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. Oslo: Sykepleien Forskning; 2016. Tilgjengelig fra: [doi:10.4220/Sykepleienf.2016.59801](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59801).
25. Svendsen, S. J., Landmark, B. Th., Grov, E. K. Døende pasienter i sykehjem. Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt». Oslo: Sykepleien Forskning; 2017. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>
26. Galek, J., Zukrowski, M. & Grov, E.K. Slik kan legemiddelhåndtering bli mer forsvarlig og riktig. Sykepleien forskning; 2018. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74117>
27. Måløy, E., Eines, T. F. & Vatne, S. Opplevelse av lav kompetanse og pulverisert ansvar ved legemiddelhåndtering i kommunehelsetjenesten. Molde: Arbeidsrapport nr. M1603. Møreforskning og Høgskolen i Molde; 2016.
28. Odberg, K. R., Hansen, B.S., Wangensteen, S.: Medication administration in nursing homes: A qualitative study of the nurse role. 2018. Tilgjengelig fra: [doi: 10.1002/nop.21216](https://doi.org/10.1002/nop.21216)
29. Schein, E. H. Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig? Oslo: Mercuri Media Forlag; 1987.
30. Bang, H. Organisasjonskultur: en begrepsavklaring. Oslo: Tidsskrift for Norsk psykologforening; 2013; 50:326–36.
31. Tjora, A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
32. Orvik, A. Organisasjonskultur og kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk kompetanse. 2. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
33. Skinner, M.S. Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning; 2015. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3715>
34. Johansen, M. Organisasjonskultur som ledelsesverktøy. En studie av organisasjonskultur. Norges Arktiske Universitet (UiT); 2015.



Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer

Av dagens sykehjemsbeboere har ca. 80% demens (1). De fleste personer med demens, mer enn 90%, vil utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) i løpet av sykdomsforløpet.

Introduksjon

Noen demenstyper har mer utpregede APSD symptomer enn andre (2). APSD består av ikke-kognitive symptomer som blant annet apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger; disse regnes som de mest belastende symptomene ved demenssykdom. APSD symptomene er ofte komplekse med flere årsaksforhold. Nevrologiske endringer i hjernen kan ligge til grunn for symptomene og den utfordrende atferden som kan følge. Faktorer knyttet til miljøet personen befinner seg i samt samhandlingen med helsepersonell og pårørende viser imidlertid å ofte innvirke på atferden (3). Personer med APSD krever mye ressurser fra helse- og omsorgspersonell (2) og arbeidet kan oppleves som belastende (4). Situasjonen på forsterkede skjermede enheter vurderes å være spesielt utfordrende da enhetene er spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige APSD symptomer (5). Studier viser at en personsentrert tilnærming kan være gunstig i møte med personer med APSD og en utfordrende atferd (6), og ifølge Helsedirektoratet (2) skal det tilbys miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg.

Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem.

Design og metode

Studien har kvalitativ tilnærming da det søkes dybdekunnskap om sykepleieres erfaringer.

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk med semistrukturerte intervjuer. Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden er: Fortell om en situasjon der du opplevde at atferden var utfordrende? Hvordan prøvde du selv å tilnærme deg situasjonen? Inkludjonskriteriene var at deltakerne måtte ha bachelor i sykepleie og minimums tre års erfaring som sykepleier innenfor demensomsorg.

Intervjuene ble gjort i to forsterkede skjermede enheter i Nord Norge. To sykepleiere ved hver avdeling ble intervjuet. Intervjuene ble gjort av førsteforfatter vinteren 2018-19. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen i deltakerens arbeidstid. Intervjuene varte mellom 45–60 minutter og ble registrert ved hjelp av lydopptaker. Samtlige intervju ble transkribert av førsteforfatter.

Analyse

Dataene er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (7). I det første trinnet ble det skapt et helhetsinntrykk av datamaterialet. Alt transkribert materiale ble lest flere ganger. Deler av teksten som virket interessant ble uthevet med fet skrift. Etter flere gjennomlesninger ble helhetsinn-

FAKTA

Marianne Simonsen
Mastergrad i aldring og eldreomsorg
Fagansvarlig Institusjoner, Helse og omsorg, Hammerfest kommune
marianne.simonsen@hammerfefflist.kommune.no
+47 995 05 294

Ann Karin Helgesen
(kontaktperson)
Geriatrisk sykepleier med PhD i sykepleievitenskap
Professor, prodekan fou Høgskolen i Østfold, avdeling Helse og Velferd
ann.k.helgesen@hiiof.no
+47 416 44 245
Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet



Foto: iStock

Sammendrag:

Bakgrunn og hensikt: Utfordrende atferd er hyppig forekommende på sykehjem. Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem.

Metode: Dette er en kvalitativ studie der data er samlet inn ved hjelp av fire semi-strukturerte forskningsintervju. Data er analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering. Studien er tilrådd av Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

Resultat: Resultatene viste at sykepleierne vektlegger at kjennskap til pasienten, kunnskap om demens og forståelse for atferd som kommunikasjonsuttrykk er grunnleggende elementer for å kunne tilpasse tilnæringsmåten slik at de møter hver enkelt pasient på best mulig måte. Kjennskap, kunnskap og forståelse gjør det mulig å være bedre forberedt på det uforutsigbare i møte med pasienten. Sykepleierne beskriver at hyppige situasjoner med utfordrende atferd kan være krevende og det er spesielt krevende når de ikke blir satt i posisjon til å hjelpe. Nødvendigheten av å reflektere sammen med kollegaer i hverdagen fremheves.

Konklusjon: Studien belyser nødvendigheten av å tilpasse tilnæringsmåten på bakgrunn av kjennskap til pasienten, kunnskaper om demens og forståelse om atferd som kommunikasjonsuttrykk. Muligheter for refleksjon bør settes i system.

Nøkkelord: demens, utfordrende atferd, sykehjem, kvalitativ studie.

Abstract:

Background and purpose: Challenging behaviour is common in nursing homes. The aim of this study is to gain knowledge about nurses' experiences of challenging behaviour in people with dementia in reinforced sheltered units in nursing homes.

Method: This is a qualitative study. Data is collected by four semi-structured interviews. Data was analysed using systematic text condensation. The Norwegian Centre for Research Data (NSD) approved the study.

Results: The results revealed that nurses emphasize knowledge of the patient, knowledge of dementia and understanding of behaviour as a way of communication, as essential elements when meeting the patient in a best way possible. Knowledge and understanding help nurses prepare for unpredictable situations. The nurses describe that frequent situations with challenging behaviour can be demanding, and it is especially demanding when they are not put in a position to help. They emphasize a need to reflect with colleagues.

Conclusion: This study highlights the need to approach the patients based on knowledge of the patient, knowledge of dementia and understanding of behaviour as a way of communication. Possibilities for nurses to meet for reflection should be facilitated.

Keywords: dementia, challenging behaviour, nursing home, qualitative study.





trykket oppsummert og fire foreløpige temaer med tilhørende sub-kategorier kom fram. I analysens andre trinn ble meningsbærende enheter sortert ut. Relevant tekst ble skilt fra irrelevant, og den teksten som tenktes å kunne belyse problemstillingen ble sortert ut. Temaene fra første analyse-trinn ble veiviser i letingen etter meningsbærende enheter. Ord, setninger og avsnitt ble markert med uthevet skrift, kopiert og limt inn i et arbeidsdokument som inneholdt de foreløpige temaene fra første analyse-trinn. Det ble på denne måten foretatt en dekontekstualisering av materialet. Deler ble deretter satt i sammenheng med en helhet for å se om det kunne oppnås ny forståelse. I det tredje trinnet ble data abstrahert. I denne fasen av arbeidet ble det laget et kondensat til hver av sub-gruppene. Det ble tilstrebet at alle deltakerens stemmer kom fram i kondensatene. Idet fjerde trinnet, rekontekstualiseringen, var det var lett å

finne tilbake til hvilken deltaker det gjaldt siden hver deltaker hadde en egen fargekode og det var markert med sidetall hvor i den transkriberte teksten materialet var hentet.

Etiske hensyn

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (ref.nummer 652128). Deltakerne har gitt skriftlig informert samtykke etter å ha blitt kjent med studiens formål og muligheten til å trekke seg fra studien uten at dette ville gi konsekvenser for dem. Samtykkeerklæringene ble oppbevart i låst skuff på førsteforfatterens låste kontor. Lydopptakene ble oppbevart i en annen låsbar skuff. Ved studiens ferdigstilling ble opptakene slettet. For å best mulig sikre anonymiteten til deltakerne oppgis ikke demografiske opplysninger og opplysninger om sykehjemmene.

Resultater

TABELL 1: Resultat

Kategorier	Subkategorier
Å bli kjent med pasienten	Historien om pasienten Atferd som kommunikasjonsuttrykk Kartlegging av utfordrende atferd
Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt	Den grunnleggende tilnærmingen Å være forberedt
Personalets opplevelser av utfordrende atferd	Atferd som oppleves som utfordrende Reaksjoner hos personalet Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen

Å bli kjent med pasienten

Deltakerne forteller at grunnlaget for å få til en god samhandling er å bli godt kjent med pasienten. Kategorien er delt inn i sub-kategoriene 'historien om pasienten', 'atferd som kommunikasjonsuttrykk' og 'kartlegging av utfordrende atferd'.

Historien om pasienten

Alle deltakerne fremhever det å kjenne til pasientenes livshistorie som grunnleggende, at pasientens livshistorie er den viktigste redskapen de har.

«Livshistorien til personen danner grunnlaget for å skape tillit og danne en god relasjon». Informant C, sykehjem Y.

Ved å bruke livshistorien aktivt kan det bidra til å skape trygghet for personen ved å bekrefte hvem vedkommende er. Livshistorien kan også brukes som avledning i utfordrende situasjoner.

Flere av deltakerne trekker fram bruken av tiltaksplaner som positivt. Tiltaksplaner kan danne et grunnlag for at personalet møter personen mest mulig likt hvilket skaper trygghet og forutsigbar-

het. Like viktig som tiltaksplaner er observasjonene som gjøres i møte med pasienten.

«Det er som å bli kjent med nye mennesker, vi må være sammen med dem over tid, også må vi se hvordan de responderer. Vi må være sammen med dem for å lære dem å kjenne, for å se den endringen i blikket, for å se den endringen i kroppsbewegelsen, om de er knapp eller om de er myk. Vi må se på måten de tygger på, altså det er alt». Informant B, sykehjem X.

Atferd som kommunikasjonsuttrykk

Samtlige deltakere beskriver at det er avgjørende å ha forståelse for hva demens er, hvordan sykdommen utvikler seg og hvilke konsekvenser det kan gi for pasienten. Nødvendigheten av å ha kunnskaper om atferd som kommunikasjonsuttrykk; dvs. at atferd må forstås som uttrykk for et eller annet underliggende budskap som pasienten ikke er i stand til å formulere verbalt, fremheves.

«Raskt endret atferd har som oftest en bakenforliggende årsak. Da må vi forske, da må vi bruke eliminasjonsmetoden». Informant C, sykehjem Y.

Deltakerne beskriver en eliminasjonsmetode der de utelukker at det er somatiske plager som ligger til grunn for den endrede atferden. Det fremheves at å gi beroligende medikamenter når en person forsøker å kommunisere ut noe som plager dem, kan overskygge det som faktisk er årsaken til atferden oppstår. Dersom den somatiske eliminasjonsmetoden ikke forklarer atferden, vurderes om atferden kan være uttrykk for noe annet, for eksempel en annerledes virkelighetsoppfattelse.

«Fult forståelig at ho fru Hansen klatrer ut av vinduet dersom hun tror barna er alene hjemme, selvfølgelig, hadde det vært meg som hadde en opplevelse av at ungene var alene hjemme og at du hadde stengt meg inne, jeg hadde jo smurt deg rett ned. Det er jo helt, helt forståelig. Hvis noen da i tillegg hadde gitt meg en kopp kaffe hadde jo vært helt idiotisk. Ta nå heller og hjelp meg hjem». Informant B, sykehjem X.

Kartlegging av utfordrende atferd

Deltakerne forteller at kartleggings skjema ikke benyttes systematisk. Det er først når de ikke klarer å finne årsaken til atferden at kartlegging utføres. Mest benyttet er døgnregistreringsskjema, også kalt mengdekartlegging. En av deltakerne beskriver at situasjonskartlegging utføres.

«Dersom vi ser et mønster er det lettere å finne år-

saken til at atferden oppstår, så gjør vi tiltak ut i fra det». Informant C, sykehjem Y.

Det kartlegges hva som skjedde i forkant av situasjonen, selve situasjonen og hvordan den ble løst. Kartleggingen varer cirka en til to uker før materialet analyseres.

Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt

Deltakerne beskriver at tilnærmingen må tilpasses hver enkelt pasient. Kategorien er delt inn i subkategoriene 'den grunnleggende tilnærmingen' og 'å være forberedt'.

Den grunnleggende tilnærmingen

Deltakerne beskriver at det viktigste er å tilpasse tilnærmingen til hver enkelt pasient. Uavhengig om det gjelder forebygging eller å dempe utfordrende atferd er det viktig å formidle ro i situasjonen.

«Jeg går sakte mot pasienten, jeg er rolig og har lavt toneleie. Etter hvert går jeg nærmere med omsorg, da stryker jeg kanskje litt på pasienten sin skulder. Jeg bruker korte setninger, sørger for at pasienten forstår at jeg er her for å hjelpe». Informant A, sykehjem X.

Alle deltakerne gir beskrivelser av at de er sitt eget kroppsspråk bevisst i møte med pasientene og at det er viktig å fremstå som trygge i møter der atferden er utfordrende. Nye og uerfarne pleiere kan gjøre situasjoner mer utfordrende.

«Dersom noen i personalet ikke vet hva de skal gjøre og blir redd eller usikker i møte med en pasient som selv føler seg utrygg, så kan situasjonen bli enda verre for pasienten. Da blir ofte atferden verre». Informant D, sykehjem Y.

Deltakerne beskriver at det er vesentlig å vise forståelse og bekrefte at man ser at personen er lei seg for så å gi trøst eller å vise ydmykhet når personen blir agitert.

Ulike tiltak iverksettes i møte med den utagerende pasienten. Det kan bedre på situasjonen å gå ut av situasjonen for så å forsøke på nytt igjen eller å bytte pleier. Bruk av medikamenter må vurderes nøye og en helhetsvurdering må legges til grunn.

«Det handler om hvorfor gir du medisiner? Er det for at pasienten skal få det bedre, at den skal få det lettere, for at den skal få bedre ro til å spise, for at pasienten skal kunne få muligheten til å glede seg over en tur ut eller hva det måtte være, så tenker jeg at det er på sin plass. Hvis tanken er at det er vanskelig for oss, da er vi helt på villspor. Det er pasi-



enten vi må ha i fokus». Informant B, sykehjem X.

Dersom pasientene er veldig agitert kan det imidlertid vurderes å gi en tilpasset dose beroligende slik at pasienten får roet seg og at pleierne kommer i bedre posisjon for å kunne hjelpe.

Å være forberedt

Deltakerne forteller at i tilnærmingen må de være forberedt på at en plutselig atferdsendring kan forekomme. Det gjelder å være observant på pasienten sitt kroppsspråk og ansiktstuttrykk.

Plutselige atferdsendringer kan oppstå som en følge av høy lyd eller andre overraskelsesmomenter. Pleiernes tilnærming beskrives ofte å være årsaken til at den utfordrende atferden oppstår. Andre ganger beskrives det som umulig å forutse og at man derfor må være føre var.

«Vi skal ta en risikovurdering hver gang vi skal møte en pasient som kan ha en atferd i form av fysisk utagering. Vi skal tenke hva er det jeg kan møte her, hvordan stiller jeg meg, hvordan har jeg håret, har jeg noe som er løst slik at jeg kan bli kvelt. Jeg er

alltid imellom når vi er hos de krevende pasientene, jeg vet alltid hvor døren er, jeg har alltid ryggen mot veggen og vet alltid hvor pasienten er». Informant B, sykehjem X.

Personalets opplevelser av utfordrende atferd

Deltakerne forteller om deres opplevelser av utfordrende atferd. Kategorien er inndelt i subkategoriene 'atferd som oppleves som utfordrende', 'reaksjoner hos personalet' og 'refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen'.

Atferd som oppleves som utfordrende

Alle deltakerne forteller at de opplever situasjoner med utfordrende atferd daglig, men de gir ulike beskrivelser av hva de opplever som utfordrende situasjoner. Noen beskriver at seksuell atferd oppleves som mest utfordrende. De beskriver at det er vanskelig å avlede pasientene ut av situasjoner med denne type atferd og at det er vanskelig å skjerme vedkommende på en skånsom måte. Å bli utsatt for fysisk utagering beskrives også som utfordrende da



Foto: Istock

det er vanskelig å ikke bli berørt når man selv får smerter, selv om personen er syk og ikke mener det. Det aller mest utfordrende er imidlertid ikke atferden i seg selv, men at man ikke kommer i posisjon til å hjelpe.

«Atferden var så vekslende. Personen ble så sint på meg og ville slå meg og mine kollegaer, det var ikke det som var vanskelig. Det som var vanskelig var at vi ikke klarte å hjelpe vedkommende i hans frustrasjon og sinne. Vi klarte ikke å få tak på hva det var, vi klarte ikke å trygge han». Informant B, sykehjem X.

Reaksjoner hos personalet

Deltakerne forteller at det kan være krevende å møte utfordrende situasjoner og at dette gjør noe med deres egne følelser.

«Det var liksom fra det ene til det andre, sånn følelsesmessig så var jo jeg oppkavet å bare «åååh, herregud» for jeg var jo rød rundt halsen og hadde merker etterpå, så det var jo ordentlig kvelertak. Så det var kanskje litt utfordrende for meg selv da, at jeg måtte skifte situasjon, så du kan ikke la følelsene liksom ta overhånd». Informant C, sykehjem Y.

Det beskrives også usikkerhet knyttet til hvordan det blir å møte pasienten etter ubehagelige situasjoner.

«Det er også det at man klarer å skille den utfordrende atferden, det er viktig. At du ikke får et sånn horn i siden til pasienten. Det er viktig at man skaper en ny dag». Informant C, sykehjem Y.

Deltakerne forteller også at det er vanskelig å se hvor vondt noen av pasientene har det følelsesmessig og når de opplever at de ikke strekker til for å hjelpe pasientene i disse situasjonene.

Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen

Deltakerne forteller at de har gode rutiner for bruk av refleksjon på avdelingene der de jobber. Refleksjon er ikke satt i system, men skjer der og da når de føler behovet er der. Innholdet i refleksjon varierer. Det kan være årsakene til en atferd eller at en i personalgruppen har opplevd en utfordrende situasjon. Deltakerne trekker fram at det er viktig å støtte hverandre i hverdagen og at refleksjon kan hjelpe til med å forstå atferden.

«Vi er veldig flink til å dele erfaringene våre med hverandre. Dersom noen får til en god samhandling med en pasient som andre har utfordringer med, deler vi erfaringene med hverandre. Vi spiller

hverandre gode». Informant D, sykehjem Y.

«Det å gjennomgå en situasjon med kollegaer i etterkant kan hjelpe meg med å forstå hva jeg kanskje gjorde galt i tilnærmingen som gjorde sånn at atferden forverret seg». Informant C, sykehjem Y.

Refleksjon beskrives å kunne hjelpe til med å bedre noen av personalets negative holdninger til pasientene og en nødvendighet for å takle arbeidet.

Diskusjon

Studiens resultater viser at god kjennskap til pasienten var avgjørende for å lykkes med samhandlingen. Tiltaksplaner ble beskrevet som positivt da disse kan bidra til at personalet møter personen mest mulig likt hvilket skaper trygghet og forutsigbarhet. Kjennskap til pasienten var også en av faktorene som gjorde det mulig å komme i posisjon til å hjelpe. Nødvendigheten av å ha personen i fokus og ha kunnskaper om livshistorien fremheves. Bruken av livshistorier er tidligere beskrevet som å kunne bidra til vedlikehold av personen med demens som en hel person i stedet for en «dement pasient» (8). I tillegg til kjennskap om selve pasienten beskrives det som nødvendig å ha kunnskap om demens og atferd som kommunikasjonsuttrykk for å kunne ha en personsentrert tilnærming (3, 8-11).

Studien viser at deltakerne observerer og vurderer pasientenes kroppsspråk kontinuerlig. Kartleggingsverktøy brukes i liten grad når atferden endrer seg. Systematisk kartlegging, identifisering og en nøyaktig beskrivelse av utfordrende atferd hos personer med demens er helt sentralt for å kunne forstå og iverksette tiltak og behandling på en best mulig måte. Uten systematisk kartlegging og mangelfull dokumentasjon kan det bli mye synsing blant pleiepersonalet, noe som kan gi ulik forståelse og oppfatning av hvorfor den utfordrende atferden oppstår og hvilke tiltak som bør igangsettes (12, 13). Selv om ikke kartleggingsverktøy benyttes igangsettes søk for å finne årsaken til atferdsendringen. Er det en somatisk tilstand som ligger til grunn, er det en annen virkelighetsforståelse av situasjonen? Det er kjent at personer med demens ofte kan ha en annen virkelighetsoppfatning preget av hendelser fra tidligere i livet, enn de andre tilstede i situasjonen (14).

Et interessant resultat er at pleieres tilnærming ofte er årsaken til at den utfordrende atferden oppstår. Det fremhes som essensielt å vise trygghet ovenfor pasienten. Dersom pleiepersonalet ikke er

godt forberedt på det uforutsigbare som kan skje i samhandlingen og ikke vet hva de skal gjøre i situasjoner der atferden er utfordrende, kan situasjonen eskalere. Dette sees ofte dersom pleiepersonalet er nye og uerfarne. Dessverre preges eldreomsorgen både nasjonalt og internasjonalt av utfordringer knyttet til bemanning, kunnskap og kontinuitet i personalgruppen (15, 16), hvilket kan ramme tilbudet personer med demens og utfordrende atferd tilbys.

Et viktig, men ikke overraskende resultat var at hyppige situasjoner med utfordrende atferd kan være krevende å forholde seg til. Det aller mest utfordrende var imidlertid ikke atferden i seg selv, men at man ikke kommer i posisjon til å hjelpe. Det er verdt å løfte sistnevnte mening til diskusjon i ledergrupper og personalgrupper på sykehjem. Hva kan gjøres for at pleiepersonalet bedre skal komme i posisjon til å hjelpe? Hva skjer egentlig hvis man som sykepleier stadig erfarer å komme til kort? I verste fall kan følelsen av utilstrekkelighet i arbeidet føre til lav jobbtilfredshet, utbrenthet og søken etter annet arbeid (17, 18).

Det kan tenkes at det å reflektere sammen med kollegaer kan bidra til at møtet med personer med utfordrende atferd erfarer noe enklere å håndtere. Resultatene belyser imidlertid at refleksjonsarbeidet ikke er satt i system, men skjer der og da når det er behov for det. Ved slik «ad hoc refleksjon» kan det være en fare at man oppsøker personer som gir støtte, men ikke nødvendigvis utfordrer. Profesjonell og systematisk refleksjon og veiledning kan på en helt annen måte bidra til en dypere forståelse for hvordan det faglige og det personlige påvirker en selv og situasjonen (19). For at refleksjon og veiledning skal kunne bli en etablert del av sykepleiepraksisen må tiltaket forankres i ledelsen (20). Det er mulig at innføring av profesjonell og systematisk refleksjon og veiledningsarbeid kan bidra til å sette helsepersonalet bedre i posisjon til å hjelpe personer med demens og utfordrende atferd. Ved å få mulighet til å sette ord på egne reaksjoner og følelser som kan oppstå i og etter møte med utfordrende atferd blir man mer bevisst egen rolle i samhandlingssituasjonen. En bevissthet som forhåpentligvis kan bidra til at det sjeldnere er pleiernes tilnærming som er årsaken til at den utfordrende atferden oppstår.

Forfatterne som er sykepleiere med videreutdanning i eldreomsorg og lang erfaring fra demens-

omsorgen, har gjennom hele forskningsprosessen arbeidet med hvordan egen for forståelse kan prege studien og bestrebet å gjengi deltakernes historie på en lojal måte. En svakhet med studien er at få deltakere er inkludert. Det må påpekes at intervjuene ga til dels rike beskrivelser som belyste problemstillingen, men et større antall deltakere ville gitt større bredde og dybde i beskrivelsene. Forfatterne har hatt et nært samarbeid gjennom hele forskningsprosessen, hvilket styrker resultatenes troverdighet.

Konklusjon

Resultatene viser at grunnlaget for å møte utfordrende atferd hos personer med demens på en best mulig måte er å ha kjennskap til pasienten gjennom pasientens livshistorie, kunnskaper om demens og forståelse av utfordrende atferd som kommunikasjonsuttrykk. Tilnæringsmåten må tilpasses hver enkelt pasient og situasjonen slik den er i øyeblikket. Kjennskap, kunnskap og forståelse gjør det mulig å være bedre forberedt på det uforutsigbare i møte med pasienten med utfordrende atferd. Hyppige situasjoner med utfordrende atferd kan være krevende og det erfarer spesielt krevende når man ikke kommer i posisjon til å hjelpe. Nødvendigheten av å reflektere sammen med kollegaer i hverdagen fremheves. ■



Foto: iStock

Referanser

- Grøholt E, Bøhler L, Hånes H. Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge i 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
- Helsedirektoratet. (2020). Nasjonal faglig retningslinje om demens. (<https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>).
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A. R., Rokstad, A. M. M., Selbaek, G., Kirkevold, Ø. & Bergh, S. (2018). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 1-10. 10.1080/13607863.2018.1464116.
- Holst, A., & Skår, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International journal of older people nursing*, 12(4), e12158.
- Helsedirektoratet. Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Oslo: 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/tilrettelagte-bo-og-behandlingstilbud-for-personer-med-demens>.
- Wang, G., Gong, H., Albayrak, A., van der Cammen, T. J., & Kortuem, G. (2020). Personalising Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Nursing Homes: Exploring the Synergy of Quantitative and Qualitative Data. *BioMed Research International*.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Grøndahl, V. A., Perenius, M., Bååth, C. & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff - a systematic mixed studies review. *BMC nursing*, 16(1), 28-28. 10.1186/s12912-017-0223-5.
- Brooker, D. (2013). Personssentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række* (Dementia reconsidered : the person comes first). Frederikshavn: Dafolo.
- Harris, U., Jönsson, I., & Fagerström, C. (2019). A Case Study in Sweden: The Need for Person-Centred Methods in the Care of Dementia Patients with Severe Aggressive Behaviour. In *Personality and Brain Disorders* (pp.145-159). Springer, Cham.
- Mæland, M. J., Joa, I. & Testad, I. (2013). Agitasjon og funksjon i stell ; forekomst og sammenheng hos personer med demens. *Sykepleien forskning*, (3), 232-240.
- Melander, C., Sävenstedt, S., Olsson, M., & Wälivaara, B. M. (2018). Assessing BPSD with the support of the NPI-NH: a discourse analysis of clinical reasoning. *International psychogeriatrics*, 30(4), 581-589.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! : personsentert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforl.
- Gaudenz C, De Geest S, Schwendimann R, et al. Factors associated with care workers' intention to leave employment in nursing homes: A secondary data analysis of the Swiss nursing homes human resources project. *Journal of Applied Gerontology* 2017: 0733464817721111.
- Lohne V, Høy B, Lillestø B, Sæteren B, Heggstad AKT, Aasgaard T, et al. Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring. *Nursing Ethics*. 2017;24(7):778-88.
- McCormack B, Dewing J and McCance T. *Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development*. 2011.
- Helgesen AK, Fagerli LB, Grøndahl VA. Healthcare staff's experiences of implementing one to one contact in nursing homes. *Nursing Ethics*.0(0):0969733019857775.
- Woodhead EL, Northrop L and Edelman B. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology* 2016; 35: 84-105.
- Driscoll, J., Stacey, G., Harrison-Dening, K., Boyd, C., & Shaw, T. (2019). Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice. *Nursing Standard*, 34(5).



Når bestemor sitt fang er tomt

For noen dager siden malte jeg hagegjerdet vårt. En nabogutt hjalp meg på et sted det var kronglete å komme til. Da han skulle klatre ned igjen, spurte jeg om jeg skulle støtte han. «Nei, svarte han» i det han hoppet ned. «Det skal ikke bestemødre gjøre, husk korona.» Jeg følte meg litt flau over det var barnet som satte grenser og ikke jeg, den voksne.

innledning

En kveld skulle jeg passe et barnebarn (9 år) som bodde i naboområdet og få han trygt til sengs.

Før han skulle legge seg ville vise meg en episode av «brødrene Dahl». Han forsøkte å plassere i Paden sin slik at vi fikk se begge to. Han prøvde først med en vannmugge deretter med et fruktfat. Nytteløst i Paden skled unna. «Nei, dette er bedre», sa han og med et lite hopp satte seg godt til rette på fanget mitt. Det var en underlig følelse å ha et til-litsfullt barnebarn på fanget igjen. Det var et halvt år siden sist. En varm god følelse bredte seg rundt hjerterøttene. Hva var det jeg hadde gått glipp av? Jeg koste meg over skuespillernes artige påfunn og barnebarnets spontane latter. Samtidig som skyldfølelsen snek seg inn og kastet skygger over vår lille kinosal. Jeg hadde gjort noe helt galt, brutt

Folkehelsens klare retningslinjer. Barnebarnet som møtte mange barn og voksne i skolesammenheng, kunne ha brakt smitte med seg. Ville jeg nå bære med meg et usynlig virus? Folkehelsens retningslinjer var helt klar vask hendene, god hostehygiene, hold avstand (1). Eldre var spesielt utsatt og skulle isoleres. Dette til tross for all kunnskap vi har om hvor sårbare eldre er (2-3).

Hva gjør pandemier med oss?

La oss gå tilbake til januar 2020, da de første nyhetene kom om en alvorlig epidemi i China. I begynnelsen av februar deltok jeg på World InterRAI Conference in Leuven, Belgium (www.interrai.org). Mange land var representert, også en gruppe helsearbeidere fra China. De var bekymret, og vurderte om de burde dra hjem, eller bli i Europa. Vi

Sammen drag:

Dette essayet formidler erfaringer fra telefonsamtaler med 30 eldre som mottar hjemmesykepleie. Forskning om eldre og isolasjon øker. Vi vet mindre om en kollektiv redsel for usynlige virus. Norge ble «stengt ned» 12. mars 2020. Eldre som bor alene er mest utsatt. Disse måtte isoleres, de skulle ikke ha fysisk kontakt med sine nærmeste. Det ble besøksforbud på syke-hjem og begrenset adgang til sykehusene. Vi benyttet interRAI COVID-19 screening for å beskrive deres allmentilstand. De eldres fortellinger gir mer enn faktaopplysninger. COVID-pandemien har vært en vekker for vårt moderne samfunn. Vi er bekymret. Hvor lenge vil dette vare? Flere av mine jevnaldrende er engstelige og isolerer seg. De som er «spreke» er flinke til å ta turer ute i naturen. Mange unngår imidlertid det sosiale samspillet med venner, familie og kanskje mest barnebarn. Barn trenger trygghet i en usikker hverdag. «og saligheta var et bessormfang», jfr. visesanger Alf Prøysen. For mange av oss eldre er barnebarna et håp for fremtiden. Når denne kontinuiteten blir kunstig redusert skaper det uro. Som familie, naboer, venner eller sykepleiere må vi ta vare på hverandre på tvers av generasjonene.

Abstract:

This essay conveys experiences from telephone conversations with 30 elderly people who receive home-nursing care. Research about the elderly in isolation is increasing. We know less about a collective fear of invisible viruses. Norway was «shut down» on 12th of March 2020. Elderly who lived alone were most at risk, and had to be isolated. The elderly should not have physical contact with their loved ones. Visiting nursing homes was forbidden and limited access to hospitals. InterRAI COVID-19 screening describes their general condition. The narratives of the elderly gives more than factual information. The COVID pandemic has been a wake-up call for our modern society. We are worried. How long will this last? Several of my peers are anxious and isolating themselves. Those who are «active» are good at taking walks in nature, by themselves, avoiding the social interaction with friends, family and perhaps mostly, grandchildren. Children need to feel safe in the new unsafe world. «heaven is a grandmother's lap», cf. folksinger Alf Prøysen. For many of us seniors, grandchildren are a hope for the future. When this continuity is artificially reduced, it creates unrest. As family, neighbors, friends or nurses, we need to take care of each other across generations.

FAKTA

Av Liv Wergeland

fulgte nøye med på nyhetene. Den 4. februar 2020, ble det rapportert at en belgisk statsborger testet positivt for Corona virus. Han tilhørte en gruppe på ni belgiere som ble sent tilbake fra Wuhan til Brussel. I ettertid vet vi at Belgia er et av de landene i Europa som ble hardest rammet. Pandemien spredde seg også til Norge. Vi fikk daglige oppdateringer gjennom media, spesielt var utviklingen i de andre europeiske landene viktige. Det skumle var at viruset kunne invadere meg, spesielt fordi jeg var en gammel bestemor.

Tankene mine gikk tilbake til redselen for hiv-smitte i 1983. Vi kjente ikke nok til årsaken til aids da det første sykdomstilfellet ble oppdaget i Norge. Dette førte til en enorm smittefrykt. Det gjaldt også helsepersonell. Helsedirektoratet anslo at Norge kunne få opptil 100 000 smittede i løpet av 10 til 15 år (4).

Fransiskushjelpen ga omsorg til mennesker ved livets slutt. En ung pasient med AIDS ønsket å få dø hjemme. Det var et strengt smitteregime, aids ble overført via kroppsvæsker. Sammen med en annen sykepleier startet vi på morgenstellet. Jeg kjente plutselig at det rant noe nedover strømmen på det en beinet mitt. Kateterslangen hadde løsnet fra urinposen. Den ble raskt koblet på og jeg gikk rolig inn på badet og vasket meg godt på hender og ben. «Kroppsvæske!» Jeg beroliget meg selv med at jeg ikke hadde noen sår eller åpen hud på beinet. Dette ville gå bra. Et par minutter senere var jeg tilbake til sykesengen, og lot som ingen ting var skjedd. Jeg tok ingen hivtest, men det gikk noen uker før angsten var helt borte.

Nedstengning

Norge ble stengt ned 12. mars. Eldre eneboende var mest utsatt. Disse måtte isoleres. De eldre skulle ikke ha fysisk kontakt med barn, barnebarn og eventuelt oldebarn. Det ble besøksforbud på sykehjem og begrenset adgang til sykehusene.

Det ble ekstra vanskelig for de eldre som ikke kunne komme seg ut ved egen hjelp. Hvordan ville deres praktiske hverdag bli? Mange hadde vært avhengig av familie eller naboer. De kommunale tjenestene hadde organisert hjemmesykepleie og eller hjemmehjelp. Nå ble disse tjenestene redusert. Telefonkontakt ble oftere brukt for å høre om alt stod bra til.

En datter forteller om sin far som ble innlagt på Bærum sykehus for Koronasmitte. Hustruen fikk



Foto: Istock

ikke lov til å besøke ham og hun selv skulle være i karantene i sitt eget hjem. Datteren ringte henne regelmessig. Moren «spilte» kjekk i telefonen, hun ville ikke at datteren skulle bekymre seg. Når Tove besøkte moren måtte hun stå i hagen eller på gårdsplassen utenfor, og snakke med henne mens hun sto i døråpningen. Datteren skjønte gradvis at her stod det ikke helt bra til. Moren ble på sykehuset. Her delte hun rom med sin mann og de døde med et døgn mellomrom 31.mars og 1. april (5).

Samtaler med eldre

Jeg fikk spørsmål om å delta på et internasjonalt prosjekt angående sårbare hjemmeboende eldre, interRAI COVID-19 screening. Det var imidlertid vanskelig å få en avtale på kommunenivå. Hjemmetjenestene var overarbeidet, og forskning var langt nede på deres prioriteringslisten. Omsorg XX var villig til å delta. Screeningen skjedde pr. telefon

etter at den eldre hadde signert informert samtykke til å delta og levert det til hjemmesykepleien (jfr. godkjenning fra NSD-stat). Karleggingen bestod av sentrale spørsmål i forhold til helsetilstand og hjelpebehov. Dataprogrammet (www.raisoft.fi) genererte automatisk en risikoprofil. Ingen personidentifiserbare ble benyttet, men screeningen benyttet et løpenummer som hjemmetjenesten kunne koble til samtykkeskjemaet. Dette er et pågående prosjekt med foreløpig 30 informanter.

Jeg har hatt ansvaret for disse screeningsamtalene. Vel så viktig som svaralternativene på skjema, var alle hverdagshistoriene de eldre delte. Tema som ofte kom spontant var savnet etter familie - spesielt barnebarn og venner, venting på hjemmesykepleien, stadig forholde seg til nye pleiere og usikkerhet om fremtiden.

En informant fortalte at barna var engstelige for å besøke henne. *En dag kom datteren min og gikk en tur med meg ute, men hun turde ikke bli med inn og ta en kopp kaffe. Da følte jeg meg helt dårlig etterpå, nærmest spedalsk.*

Flere ga uttrykk for at det vær trist å ikke se barnebarn og oldebarn på to måneder. Sønnen handlet for henne. Han ringte på døra og satte varene på trappa utenfor inngangsdøra. *Han var borte før jeg rakk å låse opp.*

Eldre som kan ha bodd alene i flere år, opplevde forsterkning av tidligere tap. En enke uttrykte det slik. *Jeg føler meg ensom. Savner mannen min, enda det er syv år siden han døde. Jeg er mye alene. Jeg har et barnebarn som hjelper meg en gang i uken med å handle.*

Da en av informantene svarte på telefonen, var hun litt tørr i munnen - og sa hun måtte legge røret litt til side for å drikke litt vann. *Det er så lenge siden jeg har snakket.* Da vi hadde avsluttet de generelle screeningspørsmålene, kom det stille fra henne. *Jeg savner å være sammen med vennene mine.*

En pasient med hjerteproblemer fortalte at han hadde forbud mot bilkjøring. Dette opplevde han hindret han i å få utføre aktiviteter han ønsket å delta på. Han ville gjerne ut å gå tur, men trengte bil for å finne et passende terreng. *Vennene mine er så mye sprekere enn meg, og jeg ville ikke være til hinder for dem.*

Hjemmesykepleien ble ekstra viktig

Pandemien skapte nye utfordringer for hjemmetjenesten. Både brukere og familier var engstelig

for evt. smittespredning.

En bruker savnet at ikke alle pleierne brukte munnbind. Det var bare to mannlige sykepleiere, som alltid hadde på seg munnbind. Hun følte seg usikker. Hun hadde vært i to ukers karantene, etter at en sykepleier var smittet. De kommunale smittereglene påla ikke ansatte i hjemmetjenesten å bruke munnbind. Brukerne følte at hjemmetjenesten kom til mindre forutsigbare klokkeslett enn tidligere.

En informant forteller at hun er plaget av stive ledd. Hun ligger derfor til sykepleier kommer og gir henne frokost, så får hun krefter til å ta morgenstellet. En periode kom pleierne for å lage middag til henne. Men hun kunne aldri vite om de kom 16:30 eller 19:00. Hun fant da ut at det å klippe opp en Fjordland, det klarte hun selv.

Ufrivillig ensomhet

Landsgjennomsnittet viser at av kvinner på 80 år eller eldre bor to av tre alene, mens tilsvarende for menn er én av tre (6). For flere av informantene var besøk fra hjemmetjenesten de eneste de hadde. Flere ga uttrykk for savnet av sosialt fellesskap.

En informant fortalte at hun deltok i dansegruppen som skulle ha underholdning på et sjukeheimen 11. mars. Hun var ute i god tid, men da viste det seg at dansen ble avlyst på grunn av koronaviruset. Hun fikk lov til å besøke sin svigerinne som var beboer der. Neste dag ble besøksforbud igangsatt, så ingen av familien hadde hatt kontakt med svigerinnen siden.

Informanten bodde alene i et stort hus. Påskemorgen hadde hun heist flagget til tross for ruskevær. De siste tiårene hadde hun alltid vært i kirken til påskefrokost. Hun opplevde at det var rart å være alene hjemme, men hun visste rådsatte. Hun satte seg i en god stol med i Paden på fanget og fikk på denne måten den lokale presten rett inn i stua sammen med de kjente påkesalmene.

Kirkevold m fl. (2) beskriver at ... «for de fleste medfører aldri tap av viktige aspekter av livet som familiemedlemmer, venner, evner og fysiske funksjoner.» Videre sier forfatterne «Virkningen av disse tapene og hvordan de håndteres ser ut til å være knyttet til følelser av ensomhet». Sunström m.fl. (3) sin forskning blir ekstra aktuell i dagens situasjon. Forfatterne beskriver at «eksistensiell ensomhet er relatert til å føle seg frakoblet fra verden, tapt uten hensikt og drift i livet.» De legger



også vekt på at eksistensiell ensomhet kan oppstå når folk mangler tidligere erfaring med aktuelle situasjonen. Vi vet at mange eldre er mye alene og mangler noe meningsfullt å gjøre. Hadde det vært mulig at de istedenfor å bli skremt og isolere, kunne være en ressurs som besteforeldre og frivillige?

Usikkerhet og angst reduserer livskvaliteten. Det er i samspill med andre mennesker at vi kjenner at vi lever. Eldre enboende må få hjelp til å ivareta et nettverk også utover det hjemmetjenesten utfører.

Det kommer stadig nye artikler relatert til eldre og deres situasjon. COVID-19 har utløst en usynlig menneskerettighetskrise som har marginalisert de eldre. Eldre blir lett skyteskive for nedlukkingen av samfunnet. Negativ «ageism» kan føre til sosial isolasjon og ensomhet (7). Å være uforskyldt i karantene kan skape frustrasjon for den som blir isolert (8). I tilfeller hvor personen selv utsetter seg for risikoatferd, tar de et valg på godt eller ondt.

Oppsummering og utfordring

COVID-pandemien har vært en vekker for vårt moderne samfunn. Det skremmende er at ikke bare enkeltland, men hele kloden er involvert. Vi er bekymret. Hvor lenge vil dette vare? Mange av mine jevnaldrende er engstelige og isolerer seg. De som er «spreke» er flinke til å ta turer ute i naturen. Mange unngår imidlertid det sosiale spillet med venner, familie og kanskje mest barnebarn. Barn trenger trygghet i en usikker hverdag.

«Saligheta er et bestemorfang», står det i visa til Alf Prøysen (9). For mange av oss eldre er barnebarna et håp for fremtiden. Når denne kontinuiteten blir kunstig redusert skaper det uro. Som familie, naboer, venner eller sykepleiere må vi ta vare på hverandre på tvers av generasjonene. ■

Referanser¹

1. Folkehelse instituttet. Corona distansering 2020 <https://www.fhi.no/publ/plakat/litt-mye-eller-helt-avstand/>
2. Kirkevold M, Moyle W, Wilkinson C, Meyer J & Hauge S. Facing the challenge of adapting to a life (alone) in old age: the influence of losses. *J Adv Nurs*. 2013 Feb;69 (2):394-403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06018.x>.
3. Sundström M, Edberg A-K, Rämgård M & Blomqvist K. Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2018 Dec13(11):1474673. doi: 10.1080/17482631.2018.1474673
4. Østby BA. Da hiv kom til Norge. <https://sykepleien.no/2014/12/da-hiv-kom-til-norge>
5. Tangen E, Nymoene OC. Egil Lermo døde hånd i hånd med sin kone... <https://www.budstikka.no/koronavirus/begge-foreldrene-dode-av-koronavirus-pa-ett-dogn/577532/>
6. Utne H. 1 av 3 eldre bor alene. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-eldre-bor-alene>
7. D'cruz M & Debanjan Banerjee D. An invisible human rights crisis: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Res*. 2020 Oct; 292: 113369. Published online 2020 Aug 3. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113369 (lest 15.09.20)
8. Brooke J & Jackson D. Older people and COVID 19: Isolation, risk and ageism. *JCN* 2020;29:2044-2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274> (lest 15.09.20)
9. Prøysen A. Romjuls drøm. <https://www.thoralfborg.no/romjulsdrom/mlest15.09.2020>

¹ Alle artiklene er lastet ned 15.09.20



Kan tenkning fra psykisk helsevern brukes i møte med aggresjon blant eldre?

Det var dét sykepleiestudenter fra VID vitenskapelige høgskole i praksis i omsorgsbolig skulle forsøke å finne ut av denne høsten. BVC og SOAS-R er to verktøy som brukes verden over innen psykisk helsevern.

FAKTA

Forfatter:
Tor Engevik

BVC er et verktøy for tidlig identifisering av eskalerende agitasjon, mens SOAS-R brukes i etterkant av en hendelse for å reflektere over hva som lå bak hendelsen, hva en gjorde riktig og hva en kan gjøre bedre neste gang. Bak det hele ligger en tenkning om å 'jobbe på grønt lys' og fokusere på å skape gode situasjoner sammen med pasientene, snarere enn å unngå utfordrende situasjoner. Denne høsten skulle studenter fra VID ta denne tenkningen med seg ut for å teste i praksis.

«Prosjektet handler ikke bare om å forebygge, men å bygge relasjoner. Dette er et spennende prosjekt som det skal bli kjekt å følge fremover,» sier Tor Engevik, fagleder ved Løvåsen sykehjem og leder i faggruppe for geriatri og demens i Sykepleierforbundet. Han skal lede den delen av prosjektet som skal foregå på sykehjem. Tor mener at hvis vi kan utvikle nye verktøy for å redusere utfordrende adferd, så vil dette gjøre hverdagen bedre for både beboere og fagpersoner som arbeider på sykehjem.

Høstens smittetrykk i Bergen har imidlertid satt en foreløpig brems på planene. «Vi satser på å komme i gang som planlagt i over nyttår, men i høst måtte vi dessverre akseptere at det ikke ville være forsvarlig å gjennomføre som planlagt» sier Stein Erik Fæø, høgskolelektor ved VID. Studen-

tene har imidlertid ikke vært passive. Torsdag 12. november satte de seg ned for å lage manus til en opplæringsfilm til bruk videre i prosjektet, basert på det de har lært og erfaringer fra praksis. «Det er spennende å ta dette inn i hjemmesykepleien og det handler jo om situasjoner vi kan møte uansett hvor vi skal jobbe senere. Det er godt å ha med disse verktøyene videre,» sier sykepleiestudent Jeanette Holst-Larsen, som sammen med Karoline Gunnerud, Vilde Haugland Kristiansen og Frida Orheim for anledningen prøver seg som filmskapere.

«Vi er utrolig stolt av studentene våre, som snur seg rundt og gjør noe positivt ut av en krevende situasjon. Det de får til her er enestående!» kommenterer Conrad Ravnanger, som også er høgskolelektor ved VID. «Selv om de ikke fikk jobbet med dette som planlagt, håper vi de får med seg noe gjennom det de gjør her som kan hjelpe dem når de snart er ferdige sykepleiere.» Etter jul skal studentene også få være med å gi opplæring til 1.årsstudenter som skal ut i sykehjemspraksis. «Jeg tenker at det er en vinn-vinn-situasjon når engasjerte studenter er med å gi opplæring til hverandre,» avslutter Ravnanger.

Prosjektet har fått utviklingsmidler fra Bergen kommune og høgskolene i Bergen (HVL og VID). ■



Fra venstre er: Frida Viddal Orheim, Karoline Gunnerud, Jeanette Holst-Larsen og Vilde Haugland Kristiansen. Foto: Tor Engevik.



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem

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

Vi er et slagkraftig fellesskap med medlemmer som brenner for fagfeltet geriatri og demens.

Medlemmer får Fagtidsskriftet Geriatrisk sykepleie to ganger i året i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler som blant annet tilbud om kurs og konferanser.

Kontingent kr. 400,- for 2021

- Pensjonister og medlemmer som ikke er aktiv i arbeid har kontingent på 200 kr.
- Gratis for sykepleierstudenter ut det året de er ferdig med bachelorgraden.

Kontaktperson: Tor Engevik, leder
tor.engevik@hotmail.no

Send kodeordet **GERIATRI** på **SMS** til **02409**