



BRUKER IKKE NY KUNNSKAP

Sykehjem. Ansatte tilegnet seg nye erfaringer og kunnskap som viste seg vanskelig å gjennomføre i praksis.

KVALITATIV STUDIE:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55634



Guri Bitnes Wiik, anestesisykepleier og høyskolelektor, bachelorutdanning i sykepleie, Høgskolen i Nord-Trøndelag

I tilknytning til etablering av lindrende enhet ved et sykehjem, satte man igang med kompetansehevede tiltak for helsepersonell.

POLITISK FORANKRET. Etablering av lindrende enhet var en politisk forankret avgjørelse i den aktuelle kommunen, og bestillingen fra det kommunale sykehjemmet var temaene lindrende omsorg og behandling, kommunikasjon og ernæringsutfordringer. Integreert undervisning ble valgt som pedagogisk metode, og simulering og gruppearbeid var sentralt i oppgaveløsningen. Hensikten med den pedagogiske tilnærmingen var å knytte teori til praktisk sykepleieutøvelse. Målet var å implementere kunnskapen på eget arbeidssted.

DELTAKERNE. Til sammen 20 sykepleiere og hjelpepleiere fra det aktuelle sykehjemmet deltok på ukesamlingen. Deltakerne verdsatte muligheten til å få oppdatert kunnskap, spesielt ble teori knyttet opp mot relevante caser vurdert som en nyttig og god læringsform. Å få mulighet til oppdatering blir også nevnt som en faktor som gir bedre samhold på arbeidsplassen (1). Kurset skulle også gi nyttig kunnskap om å anvende kartleggingsverktøy for å registrere smerter hos pasientene.

METODE. Seks sykepleiere og fire hjelpepleiere fra det aktuelle sykehjemmet deltok i fokusgruppeintervju et år etter gjennomført fagsamling, og ble fordelt på to heterogene grupper. Det ble benyttet delvis strukturerte spørsmål i fokusgruppeintervjuene. Spørsmålene var knyttet til kursets gjennomføring, nytteverdi og hvorvidt kunnskap og erfaringer fra kursdagene var implementert i avdelingen (2). Studien er vurdert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

PLEIERNES BESKRIVELSE. Gjennom å delta i fokusgruppeintervjuer, fikk deltakerne mulighet til «å se tilbake» på fagsamlingen de deltok på ett år tidligere. Dette ga dem mulighet til å diskutere og reflektere sammen, og se situasjoner med et nytt blikk. En tilnærming som egner seg for å synliggjøre erfaringer og holdninger hos flere som samarbeider (2).

Pleierne har stor vilje til å yte det maksimale for de hjelpetregende, men opplever at de ikke strekker til. De mangler tid, personale, tilstrekkelig legedekning og assistenter som kan avlaste dem i alle oppgavene de må ta hånd om: «Vi skal lage mat, vaske kjøleskap, følge med på temperaturen i kjøleskap, sette inn i og ta ut av vaskemaskinen, varme middagen – huske på å sette på ovnen.»

STRESS. Deltakernes beskrivelser av situasjonen viser at det blir liten mulighet til å ivareta kontinuitet i pleien av pasientene, noe som lett kan føre til stressende situasjoner for både pasienter og pleiere. Heidi Haukelien beskriver i sin doktorgradsavhandling en opplevelse av arbeidshverdagen som fra observatørens side oppleves vanskelig både moralsk og følelsesmessig. Haukelien har anvendt deltakende observasjon som metode i en sykehjemsavdeling. Pleiernes travelhet står i kontrast til det hjelpebehov beboerne har (3): «21 beboere og 17 som trenger hjelp i spisesituasjon, og bare fire helsepersonell gir ikke rom for de gode stundene».

FRUSTRETE. Pleierne føler seg ikke komfortable med at tiden i økende grad benyttes til assistentoppgaver og at mindre tid og oppmerksomhet rettes mot direkte pasientomsorg. De har ikke lenger assistenter på avdelingen. Pleierne er frustrerte over mange oppgaver på få hoder og hender. Et personale på fire pleiere skal ivareta 21 pasienters behov for hjelp til å få dekket grunnleggende behov samt oppgaver som sengering, rydding og vasking av rom.

En pleier uttrykker: «Jeg rekker ikke å stille mer enn to pasienter før jeg skal begynne å smøre

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Studien viser et sprik mellom intensjoner fra ledelsen og resultater ved sykehjemmet. Sykepleierne hadde stor vilje til å anvende ny kunnskap, men forholdene var ikke lagt til rette.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Organisering
- Kurs
- Undervisning
- Palliasjon
- Sykehjem



Husmoroppgaver: Ansatte ved sykehjemmet bruker mye tid på tilberedning av mat til beboerne, som skulle vært brukt til å assistere pasienter som trenger hjelp til å spise. Arkivfoto: Erik M. Sundt

frokost som tar nesten en time. Hvis noen kunne ha tatt seg av slike ting ... Det jeg ønsker å arbeide med, har jeg minst fokus på. Jeg går aldeles tom, jeg.» Kravet om antall måltider blir vektlagt, men mindre oppmerksomhet rettes mot at måltidene blir spist. Sentrale sykepleieoppgaver er observasjon og kartlegging av for eksempel beboernes ernæringstilstand og smerte. Ifølge deltakerne i studien, er det minimal tid til dette.

MINISYKEHUS. Flere av deltakerne i studien savner muligheten til

«Mindre tid og oppmerksomhet rettes mot direkte pasientomsorg.»

å diskutere ulike problemstillinger i løpet av arbeidsdagen, da de skal håndtere mange beboere og komplekse problemstillinger. De fremhever også at de har et stort behov for å kunne diskutere med legen,

men at tidsrammen er så begrenset at det sjelden lar seg gjennomføre. De opplever at arbeidsplassen fungerer som et minisykehus da pasienter raskt kommer tilbake etter sykehusopphold.

KJENNSKAP VIKTIG. De organisatoriske valg man tar og begrensninger som innføres, har stor betydning for hverdagen og omsorgen man tilbyr beboerne. Deltakerne beskriver hvilke endringer som har skjedd og at «kulturen» er forandret. De ruller mellom flere avdelinger, noe de mener vanskeliggjør

kontinuitet i pleien. God kjennskap til beboerne er sentralt, spesielt ved smertekartlegging av beboere med kognitiv svikt.

En av kursdeltakerne understreker dette med å si: «Det er viktig å unngå smertetopper, forstå signalene fra pasienten og være i forkant av smertene». Det blir også uttalt at: «det er vanskelig å være her og nå på grunn av travelhet». «Det var omsorg før – butikk nå.»

HUSMOROPPGAVER. Tiltak som ofte blir igangsatt handler om å





redusere ressursbruk hvor nedbemanning og reduksjon i budsjettet gjennomføres. Det at pleiepersonalet får flere «husmoroppgaver» er også tiltak som benyttes for å «spare» i kommunebudsjettet (3). Tilberedning av mat som pasientene skal ha, legger beslag på mye av den tiden som skulle vært anvendt til å assistere pasienter som trenger hjelp til å spise maten som er tilberedt. Dette er et paradoks. Måltidssituasjonen må tilrettelegges slik at det blir en positiv opplevelse både sosialt og kulturelt for pasienten, og at lysten på mat og drikke fremmes (4–7).

NEDSKJÆRINGER. I en rapport utført for Sosial- og helsedirektoratet kommer det fram at underernæring og feilernæring hos beboere på sykehjem i Norge er påtakelig (8).

Ifølge tidligere nestleder i NSF Unni Hembre, kan underernæringen skyldes flere årsaker som for eksempel sykdommer og bivirkninger av medisiner, slik at både fysisk og mental helse svekkes. Dersom dette er et resultat av underbemanning, er det ifølge Hembre et alvorlig tegn på at nedskjæringskarusellen har gått for langt (9).

PALLIASJON. «Standard for palliasjon» (10) er basert på erfaringer og anbefalinger fra det norske fagmiljøet, og gir sammen med «Nasjonalt handlingsprogramets retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» (11) klare føringer for hvordan palliative enheter i sykehjem skal organiseres, bemannes og hvilket tilbud slike enheter bør ha. Bemanningsnorm i sykehjem har vært gjenstand for diskusjon i ulike fora. Legeforeningen har gitt tydelige signaler på behov for både bemanningsnorm og nasjonale kompetansekrav (12). Heidi Gautun og Astrid Syse ved NOVA viser til en informant fra sykehjem som uttrykker: «Vi gjør mange oppgaver for andre – vi sliter oss helt ut. Sånn kan det ikke være» (13).

NYTTEVERDI. Vi spurte deltakerne om kursuken ga nyttig kunnskap om å anvende kartleggingsverktøy for å registrere smerter hos

pasienten, og fikk blant annet dette til svar; «En trenger repetisjon ofte for å føle seg trygg på bruk av kartleggingsverktøy og å vurdere funn».

Ett år etter gjennomført kurs er ikke anvendelse av kartleggingsverktøy implementert i avdelingen. Dette forstår vi som at pleierne opplever observasjon av smerter som en ekstraoppgave, og at de ikke ser på dette som en sentral og integrert del av sykepleiere og andre helsearbeideres ansvar. De uttrykker at de savner engasjement og tettere samarbeid med lege for å bli trygge på å anvende slike verktøy.

KARTLEGGINGSVERKTØY. Når det gjelder smertetilstander til eldre som kan ha vanskelig for å uttrykke seg, er standardiserte og validerte kartleggingsskjemaer verdifulle redskaper for å kunne gi nøyaktige og mer presise opplysninger i kommunikasjon med behandlingsansvarlig lege (10,14). Det gir et mere objektivt grunnlag for å vurdere pasientens tilstand og behov, og sikrer en bedre kvalitet på omsorgen for eldre pasienter med smerteproblematikk. Alvorlig syke personer kan i mange tilfeller ha vansker med å beskrive og uttrykke symptomer og tegn på for eksempel smerte og sykdom. I denne pasientgruppen er det derfor spesielt viktig å anvende validerte og anerkjente kartleggingsverktøy.

FAGLIG OPPDATERING. I Nasjonal helse- og omsorgsplan presiseres behovet for å øke kompetansen i den kommunale omsorgstjenesten for at kunnskapsgrunnlaget skal videreutvikles. Det fremkommer imidlertid ingen forslag eller anbefalinger om hvordan dette skal gjennomføres og implementeres (13).

Faglig oppdatering er nødvendig for å holde tritt med nye behandlingsmetoder og tiltak innenfor sykepleiefaget. Det er også nødvendig med handlingskapasitet for å kunne prioritere riktig og håndtere de vanskelige situasjonene som kan oppstå.

En deltaker mener at: «Skal man begynne med noe nytt krever det

mye, fordi det er nødvendig at alle da tar det i bruk og at det er krevende å få det inn i system. Avhengig av at legen kunne være med, men kartlegging kunne vi gjort, for da hadde vi hatt mere fakta å legge fram».

IMPLEMENTERING. Det er godt dokumentert at oppdatert kunnskap ofte ikke når ut i praksis, og at utarbeidelse av retningslinjer alene ikke er tilstrekkelig. En planlagt prosess for implementering av kunnskaps-

basert praksis er nødvendig i arbeidet med å forbedre kvaliteten i tjenestene, og det er naturlig å planlegge

tiltak både på person, system- og organisasjonsnivå (15, 16).

Ifølge Andersen m.fl. (17), er det flere faktorer som må innfris for at implementering av ny kunnskap skal lykkes:

- Plan for utvikling av berørte personer og ansvarlige personer i organisasjonen som skal anvende nye prosedyrer må være utarbeidet.
- Det er en forutsetning at de som skal endre rutiner og metoder i arbeidet sitt må få opplæring og motiveres til å gjennomføre endring.

PLEIERNES ANSVAR. Pleierne ved det aktuelle sykehjemmet har fått faglig oppdatering og er blitt kjent med retningslinjer, standarder og verktøy knyttet til pleie av alvorlig syke. Resultatene fra denne studien viser at pleierne underkjenner sitt eget ansvar for å ta i bruk for eksempel smertekartleggingsverktøy (14). Praktiske oppgaver prioriteres på tross av at de erkjenner at systematisk observasjon er viktig for å gjøre faglig gode vurderinger. Å anvende kartleggingsverktøy er særlig viktig i en avdeling der kontinuiteten for å ivareta pasienten er utfordrende og legedekningen er lav: «Pleiekulturen hviler på en grunnleggende verdi som sjelden reises som eksplisitt tema; men som hele arbeidet; arbeidsrytmen, rapportene, observasjonene er organisert rundt, nemlig ansvar» (18). Dette innebærer for eksempel å sikre rutiner på dokumentasjon og tilstrekkelig

«Det var omsorg før – butikk nå.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

faglig bemanning (19). I forsvarlig-
hetskravet inngår også plikten til å
holde seg faglig à jour for å kunne
oppfylle kravet om å ta personlig
ansvar for å utøve en faglig, etisk og
juridisk forsvarlig praksis (20).

LEDERS ANSVAR. Etablering av
lindrende enhet var forankret i
ledelsen som har et særskilt ansvar
for at bemanning og faglig kompe-
tanse er i tråd med gjeldende
standarder for palliasjon (10). I rap-
porten «Etablering av lindrende en-
het» i Gjøvik kommune, fremheves
at «for å kunne gi et godt tilbud i en-
heten er kompetanse og fag det
overordnede suksesskriteriet. Det
pekes på behovet for nok kompe-
tanse, at man får inn gode og
mange nok sykepleiere med ønsket
videreutdanning, og ikke minst å få
en god lege med interesse for palli-
asjon uttrykkes som et «must». Det
fremheves også at et godt tverrfag-
lig samarbeid vil være viktig» (21).

PLASSERE ANSVAR. «Å ikke ta del
i en endringsprosess kan føre til
utrygghet og en følelse av

ekskludering som kan hindre sam-
arbeid mot et felles mål for
virksomheten.» skriver Enmarker
og Olsen (22).

Når ny kunnskap og nye ruti-
ner skal implementeres er det,
ifølge Stein Kaasa nødvendig å
plassere ansvar hos dedikerte
personer i organisasjonen, såkalte
«implementeringsagenter» som blir
ansvarlige for å drive implemente-
ringsprosessen (23). Implemente-
ring skjer på ulike nivåer i en orga-
nisasjon. For å unngå at prosessen
ikke skal stagnere på systemni-
vå, er det viktig å identifisere mu-
lige barrierer. Fagpersoner i orga-
nisasjonen må gjøres kjent med og
ansvarliggjøres for å følge plan for
implementering av nye retningslin-
jer og rutiner som skal anvendes.

Implementeringstiltak som in-
volverer pasienter og pårørende
ser for øvrig ut til å være effektive
for endring av helsearbeideres at-
ferd. Rapporten «Skjørt og perso-
navhengig» – en undersøkelse ved
palliative enheter på sykehjem, vi-
ser at på tross av gode standarder
og retningslinjer innen palliasjon,

er det «faglige skjønn» i stor grad
styrende for de vurderinger og til-
tak som iverksettes (24).

KONKLUSJON. Sykepleiere og
ledere må ta Nasjonale faglige
retningslinjer på alvor. De er å
betrakte som anbefalinger og råd,
og anses som god praksis for å opp-
fylle kravet om god faglighet. ●

REFERANSER:

1. Wiik, GB, Omli R (2014). Praksis og utdanning hånd I hånd. Med simuleringsenhets som læringsarena for helsepersonell i Namdalen. Sluttrapport HINT, nr. 101.
2. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Universitetsforlaget, 3. utgave 2011.
3. Haukelien H (2013). Omsorg og styring. Kjønn, arbeid og makt i velferds kommunen. Avhandling for graden philosophia doctor (ph.d.) ved Universitetet i Bergen, 2013.
4. Stratton R.J., Elia M, Green C.J. (2006). Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing; 2003. Nasjonalt råd for ernæring.
5. Meld. St. 16. (2010–2011). Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.
6. Bundgaard KM (2005). The meaning of everyday meals in living units for older people. Journal of Occupational Science, July 2005, Vol 12, No 2.
7. Helsedirektoratet (2012). Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgssektoren s. 29.
8. Aagaard H (2006). Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Høgskolen i Østfold. Rapport 2008:3. <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/148556>.
9. Hembre U. Kommentari i Vårt Land 19.02.2007.

10. Helsedirektoratet (2012). "Standard for palliasjon"
11. Nasjonale faglige retningslinjer: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. <http://helseidirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx?SearchExpression=palliasjon>
12. Legeforeningen (2013). Trenger en bemanningsnorm for sykehjem. <http://legeforeningen.no/Nyheter/2013/Trenger-en-bemanningsnorm-for-sykehjem/>
13. Gautun H og Syse A. (2013). «Vi gjør så mange oppgaver for andre – vi sliter oss helt ut. Sånn kan det ikke være». NOVA rapport nr. 8/13. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet.
14. Torvik K. (2013). Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Senter for omsorgsforskning. http://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/10/Rapport_2-2013.pdf.
15. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. "Håndbok i implementering". Helsebiblioteket og Sykehuset Innlandet HF. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelse/16.plan-for-implementering>.
16. St.melding nr. 10 (2012-2013): God kvalitet – trygge tjenester. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>.
17. Andersen ES, Grude KV og Haug T. (2009). Måltrettet prosjektstyring. 6. utg. Bekkestua: NKI-forlag.
18. Hamran T. Pleiekulturen: En utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal 1992.
19. Helsepersonelloven § 16.
20. Norsk Sykepleierforbund: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier. https://www.sykepleierforbundet.no/ikb/Viewer/Content/785285/NSF-263428-vl-YER-hefte_pdf.pdf.
21. Sogstad, M. (2011). Lindrende enhet i Gjøvik kommune – fra idé til virkeliggjøring. Høgskolen i Gjøvik. http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144276/elektronisk_versjon_rapport01_2011.pdf?sequence=1.
22. Enmarker I og Olsen R (2014). Utfordringer i bruk av Akutt-plasser i sykehjem.
23. Kaasa S. Sykepleien Forskning 2014;3:205.
24. Runhovde G. (2012). «Skjørt og personavhengig»: tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjonelle grenser: en undersøkelse ved palliative enheter på sykehjem. <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148284/Runhovdel.pdf?sequence=1>

xwear.no

Benytt sjansen - få 20% rabatt!

Hos Xwear.no får du som helsearbeider 20% på ordinærpriser ved å skrive helse i rabattfeltet.



Rabattkode:
helse