



PASIENTSENTRERT ELDREOMSORG

Brukermedvirkning. Det er viktig å sørge for tverrfaglig og pasient-sentrert omsorg til eldre pasienter som skal hjem fra sykehus.

P.H.D. PRØVEFORELESNING:

Artikkelen bygger på:
20 % praksis
80 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54648



Anne-Kari M. Johannessen, førsteamanuensis, master i helse og empowerment, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag

Pasientsentrert tilnærming handler om å forstå hva som er viktig for pasienten. En tillitsfull relasjon mellom pasient og hjelper er avgjørende for at pasienten våger å komme med sitt og medvirke i egen behandling, pleie og rehabilitering. Spennvidden mellom det ideelle og det mulige kan være stor; hva er gjennomførbart innen rådende ressurser?

RESPEKT. Med pasientsentrert tilnærming tilstreber helsepersonell en grunnleggende respekt for pasientens perspektiv samtidig som man inkluderer sitt eget faglige perspektiv. Det handler om å forstå hva som er viktig for pasienten. Begrepet pasientsentrert knyttes gjerne opp mot pasientmedvirkning, og det uttrykkes ofte en bekymring for at pasientens rett til medvirkning innebærer at han eller hun skal kunne bestemme utredning og behandling. En pasientsentrert tilnærming innebærer ikke å la pasienten avgjøre, men at fagpersonen og pasienten kommer fram til en beslutning basert på begge synspunkter. Pasienter søker fagfolks råd på grunn av deres kunnskap og kompetanse, og de kan ikke fraskrive seg det faglige ansvaret.

PÅ SYKEHUS. Sykehusets oppgave er å behandle syke mennesker – og er tradisjonelt innrettet først og

fremst mot behandling av akutt sykdom. Oppmerksomheten er rettet mot diagnoser og organer. Gamle har ofte mange sykdommer, gjerne av kronisk karakter, og utgjør dessuten ofte større behandlingsutfordringer nettopp fordi de er gamle. Oppmerksomhet kan ikke bare rettes mot sykdommer, men også mot syke mennesker. En pasientsentrert tilnærming vil kunne gi større interesse og engasjement hos helsepersonell for å involvere pasienten i behandlingen og vil kunne ivareta en mer individuell tilnærming og inkludere flere aspekter ved sykdom og helse. Helsepersonellet bør skape rom for at pasienten kan komme med sine bekymringer, forventninger og oppfatninger.

UTREDNING. Før hjemreisen har pasienten vanligvis vært gjennom utredning og diagnostisering, og behandling er igangsatt, eventuelt avsluttet. Å igangsette omfattende utredning og behandling av skrøpelige eldre er ikke uvanlig i spesialisthelsetjenesten. Er det pasientens ønske, og er han eller hun alltid tjent med det? En pasientsentrert tilnærming til diagnostikk vil innebære å diskutere med pasient og eventuelt pårørende hva utredningen og behandlingen innebærer for pasienten på kort og lengre sikt. Pasient og pårørende er ikke alltid

enige, og dette må fagfolk forsøke å fange opp og forholde seg til.

MEDVIRKNING. Pasientrettighetsloven fastslår at tjenester, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten, og at pasientens synspunkter skal ha stor betydning (1). Pasienter ønsker å delta i utformingen av egen behandling og pleie, og de er opptatt av relasjonen til hjelperen, samt å få nok og tilpasset informasjon (2). Pasientens evne til medvirkning vil variere, og det bør helsepersonell ta hensyn til når de inviterer pasienten til samarbeid.

GERIATRI. Studier viser at eldre pasienter som behandles for akutt funksjonssvikt ved geriatriske sengeposter av tverrfaglig geriatrisk team, oppnår bedre overlevelse, bedre funksjonsnivå og mindre behov for institusjonsplass etter utskrivelse. Dette er sammenliknet med innleggelse i ordinære medisinske sykehusposter (3,4). Det indikerer at skrøpelige eldre bør vurderes av tverrfaglig team med kompetanse på eldre. Hele det tverrfaglige teamet bør tas med på råd og bli hørt når den eldre, skrøpelige pasientens behandlings- og rehabiliteringsplaner utformes. God kommunikasjon, forståelse av hverandres roller, gjensidig respekt og tillit er viktig for å lykkes.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen tilstreber å belyse betydningen av pasient- og brukermedvirkning. Dersom helsepersonell tar pasienter på alvor, innebærer det en praksis hvor de åpner opp for pasientens ønsker og behov. Det kjente ordtaket: «Den som har skoen på vet best hvor den trykker», innebærer blant annet at pasientens stemme høres og respekteres, selv om man ikke alltid kan innfri alle ønsker og behov.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Pasientrettighet
- Brukermedvirkning
- Jus



Tillitsforhold: Pasient-sentrert eldreomsorg gir rom for økt bruker-medvirkning for eldre pasienter. Illustrasjonsfoto: Colourbox

UTSKRIVNING. Hvis en pasient-sentrert tverrfaglig utredning og diagnostisering gjennomføres i sykehuset, vil trolig pasientens videre behandling, pleie, rehabilitering og opptrening være diskutert blant fagfolk og med pasienten. Pasientens planer, ønsker og forventninger kan være rimelig godt avklart, og et utskrivningsmøte med pasient, og eventuelt pårørende, kan fungere godt. En studie som inkluderte pasienter over 80 år, viser at samtlige pasienter hadde et klart ønske om å delta i egen utskrivningsplanlegging og at det

ikke var samsvar mellom pasientenes deltakerønske og deres muligheter til å delta (5). Planlegging av pasientens framtid, betinger at pasient og helsepersonell sammen finner svar på hva som er viktig for pasienten når han kommer hjem, og hvilke behov som må eller bør imøtekommes. Det må avklares hvem der ute som eventuelt skal involveres, og hva som er realistisk å få til innen eksisterende rammer. Én i det tverrfaglige teamet bør ha koordinerende ansvar og fungere som et bindeledd til kommunehelsetjenesten.

«Pasient og pårørende er ikke alltid enige.»

HJEM. Hva som er hjem for pasienten – eget hjem eller sykehjem – har betydning for hvordan planer utformes og hvem som skal involveres. Coleman med flere påpeker at det er avgjørende at skrøpelig eldre og deres pårørende får nøye informasjon om hva de kan

forvente på det neste omsorgsnivået (6). Dersom pasientens hjem er sykehjem, innebærer det et etablert tjenestetilbud og en annen forutsigbarhet for pasient og pårørende enn når pasienten reiser hjem til egen bolig.

SAMHANDLING. Samhandling blir vanskelig når sykehuspersonell «lover» pasienten kommunale helsetjenester uten at dette er avklart med kommunen (7). Tverrfaglige kommunale tjenestetilbud bør etableres før pasienten reiser hjem,





men det er utfordrende å få på plass på grunn av korte liggetider i sykehus og begrensede ressurser i kommunene. Samhandlingsreformen vektlegger økt pasient- og brukerinnflytelse og fastslår at tjenestene skal være mest mulig tilpasset den enkelte pasient og bruker (8). Ifølge en NOVA-rapport, opplever 25 prosent av sykepleierne i kommunene at samarbeidet med sykehusene er blitt dårligere etter innføring av Samhandlingsreformen (9). Årsaker til samarbeidsvansker rapporteres først og fremst som:

- Utilstrekkelig informasjon om pasienten som kommer.
- Medisinlister er ikke ajourført.
- Pasienter skrives ut til alle døgnets tider.
- Pasienter er sykere enn før.
- Pleierne får ikke nok tid til å ordne en plass og fremskaffe nødvendig utstyr før pasienten kommer.

FLERE TJENESTER. Hvis pasienten har behov for medisinsk behandling etter hjemkomst, er det vanligvis fastlegens ansvar. Eldre og skrøpelige pasienter har ofte også behov for sykepleie, fysioterapi og/eller ergoterapi, eller et mer helhetlig rehabiliteringstilbud. Da

er det hensiktsmessig med en pasientsentrert tverrfaglig tilnærming. Fastlegen er viktig i samarbeidet om gamle skrøpelige pasienter, men har ikke fått noen forpliktende rolle i tverrfaglige team i Samhandlingsreformen, og hans eller hennes rolle er derved uklar.

MODELL. Mange kommuner i Norge organiserer hjemmetjenesten etter en bestiller-utførermodell. Modellen innebærer at et kommunalt bestillerkontor vurderer pasientenes behov for tjenester og fatter vedtak om type og omfang av tjenestene. Når bestiller er satt til å vurdere hva slags tjenester en pasient trenger, fremstår pasientens behov som transparente, stabile og mulig å forutsi. Dette anerkjenner ikke at det kan kreve tid å utvikle et tillitsforhold mellom hjelper og pasient for at hjelperen skal kunne innta et brukerperspektiv og derved kunne handle brukerorientert. Det innebærer også at verdien av fagfolks kontinuerlige vurdering av pasientenes skiftende behov underkjennes, og det vanskeliggjør derved en pasientsentrert tilnærming. Kommunen er forpliktet til å yte forsvarlige

helsetjenester og pasienten har krav på nødvendig helsehjelp. Helsepersonell må vurdere hvordan man kan møte pasientens behov og ønsker ut ifra de ressurser man har til rådighet, og har ansvar for å si ifra hvis de opplever at ressursene ikke er tilstrekkelige til å yte hjelp som er «god nok». Det er krevende for den enkelte helsearbeideren både å vurdere hva som er «godt nok» og å ta støytten med å si ifra. Dersom det oppstår uenighet mellom pasient og pårørende, bestiller og utøvere om pasienters hjelpebe-

hov, kan det sette samarbeidet på prøve. Utfører er ute i praksis og ser pasientenes daglige vansker; bestil-

ler skal holde seg innenfor en økonomisk ramme. Det er viktig ikke å trekke pasienten inn i uenighet og forhandlinger mellom bestiller og utfører; fagfolkene må komme fram til en løsning som så diskuteres med pasienten.

HJEMMEBASERT. Nyttan av hjemmebasert rehabilitering for eldre

«Gamle har ofte mange sykdommer, gjerne av kronisk karakter.»

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

pasienter er godt dokumentert (10). Til tross for dette, og at norske kommuner er pålagt å tilby sine innbyggere rehabilitering, er hjemmebasert rehabilitering sjelden (11). Rehabilitering er per definisjon tverrfaglig, og langsiktig. Ergoterapeut, fysioterapeut, lege og sykepleier har sentrale roller. De har alle et stramt arbeidsprogram som gjør det vanskelig å sette av tid til å møtes og utforme en felles rehabiliteringsplan. Det er få tverrfaglige møteplasser i de kommunale tjenestene, og overordnede føringer oppfordrer til mer samarbeid via IKT-systemer og mindre møter. Er det realistisk å få til mer pasientsentrert tverrfaglig rehabilitering i norske kommuner i dag? Hvis det skal lykkes, må det prioriteres fra ledernivå. Ambulerende team fra sykehuset som tilbyr sine kolleger opplæring, og gjensidig hospitering mellom fagfolk i sykehus og kommunehelsetjenesten, kan være et supplement til kommunale tjenester og bidra til økt kompetanse og bedre samarbeid.

SAMARBEID. Ifølge helse- og omsorgsloven, plikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler (12). Norske kommuner er ulike både med hensyn til størrelse og struktur, og avtalene kan derved bli forskjellige. Små kommuner kan bli «lillebror» i forhandlinger om avtaler og avgi mye definisjonsmakt til sykehuset. Det betyr ulike kommunale rammebetingelser og at tilbudet til pasientene i noen grad avhenger av bosted. Kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare medisinske pasienter ble innført da Samhandlingsreformen trådte i kraft (12,13). Reformens økonomiske incentiver kan komme i konflikt med rettighetstrenden som uttrykkes gjennom pasientrettighetsloven (1). Pasienten har rett til å medvirke i avgjørelser om egen behandling og pleie, men en pasients ønske om og behov for, for eksempel en dag lenger på sykehus, kan komme i konflikt med kommunens økonomiske interesser.

AVSLUTNING. Forskrift om en verdig eldreomsorg gir en person rett til individuelt tilpassede tjenester som ivaretar privatliv og selvbestemmelse (14). Garantien kan understøtte pasientsentrert tilnærming, men er lite konkret og kan bli redusert til fagre løfter som skaper forventninger som ikke er mulig å innfri med eksisterende rammebetingelser. Dette resulterer i at klinisk personell, som står nærmest pasienten, ofte kommer i skvis. Ikke sjelden forsøker fagfolk å løse dette med å jobbe enda mer og enda fortere. Da er det vanskelig å arbeide på en tverrfaglig, pasientsentrert måte. ●

REFERANSER:

1. Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999.
2. Bastiaens H, Van RP, Pavlic DR, et al. Older peoples preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007;68(1):33–42.
3. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):792–8.
4. Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, et al. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging Clin Exp Res* 2004;16(4):300–6.
5. Foss C, Hofoss D. Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Educ Couns* 2011;85(1):68–73.
6. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):549–55.
7. Paulsen B, Romøren TI, Grimsø A. A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care* 2013;13.
8. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid
9. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot de økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? s. 28–42. NOVA Rapport; 2014. Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. s. 28–42.
10. Ward D, Drahota A, Gal D, et al. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4): CD003164.
11. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3/11 (2011-2012). Oslo: Riksrevisorkollegiet ved Jørgen Kosmo; 2012.
12. Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011.
13. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
14. Forskrift om en verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
15. Hafting M. Forebyggende og helsefremmende arbeid i allmenn medisin. Dilemmaer og forslag til overordnede retningslinjer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:1933–6.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon

TERAPI • PEDAGOGIKK • INTERMODAL PSYKODRAMA

Ny videreutdanning i 'Expressive Arts in Leadership and Coaching' ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i Drammen (60 stp) starter i 2016.

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen. I løpet av et forkurs på tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med blikk på ditt eget yrkesliv. Mer informasjon på www.nikut.no

Forkurs – Stress mestring, egen innstilling og kommunikasjon på jobb: 28. – 30. august 2015

v/ Anne Solgaard; MSc og dansepedagog og Gunnar Reinsborg; Psykodrama regissør og pedagog. Sted: Fredrikstad eller Drammen.

Forkurs – Teamutvikling gjennom kunst- og uttrykksmetoder: 02. – 04. Oktober 2015

v/ Anne Solgaard; MSc og dansepedagog og Per Espen Stoknes; Psykolog, PhD. Sted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, avdeling Drammen.

Pris forkurs: 2950 NOK.

Kontakt/påmelding:

Tlf: +47 482 39 944/@:nikut@online.no / web: www.nikut.no

NIKUT (Norsk Institutt for Kunst- og Uttrykksterapi / Norwegian Institute of Expressive Arts Therapy)



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon

TERAPI • PEDAGOGIKK • INTERMODAL PSYKODRAMA

I 2016 starter videreutdanning i Kunst- og Uttrykksterapi (60 stp.) ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i Drammen

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen. Gjennom tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med utgangspunkt i bevegelse og tilstedeværelse.

Forkurs – Hvordan kan du gjennom kunst og uttrykk transformere uro og depresjon til kraft og kreativitet? 29. – 31. oktober 2015

v/ Melinda Meyer; PhD, EXA, Psyk. pl., og Torill Johnsen; MA i Psykisk helse og EXA Sted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, avdeling Drammen.

Pris forkurs: 2950 NOK.

Kontakt/påmelding:

Tlf: +47 900 70 017/@:nikut@online.no / web: www.nikut.no

NIKUT (Norsk Institutt for Kunst- og Uttrykksterapi / Norwegian Institute of Expressive Arts Therapy)