

Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem



Av Inger- Lise Wille
Fagutviklingssykepleier
ved Søbstad helsehus
Utviklingscenter for
sykehjem Sør-Trøndelag,
Trondheim kommune.
Wille har videreutdanning i
Kunnskapsbasert praksis.



Av Signe Nyrønning
Fagutviklingssykepleier /
Koordinator ved Søbstad
helsehus Utviklingscenter
for sykehjem i Sør – Trønde-
lag, Trondheim kommune.
Nyrønningen har videreut-
danning i aldring og eldre-
omsorg og er uroterapeut
med mastergrad i helsefag
og sosialfag med fokus
på brukermedvirkning.

Bakgrunn

Beregninger viser at andelen eldre over 80 år vil fordobles fram mot 2040 (1). Dette kjennetegner ikke bare det norske samfunnet men også utviklingen i andre europeiske land. At flere opplever å nå en slik høy alder skyldes i stor grad en utvikling knyttet til en generell bedre helse i befolkningen, som igjen vil kunne føre til større grad av selvhjelpenhet i eldre år. På tross av at mange vil være spreke og selvhjulpne i lang tid, er det grunn til å tro at det i økende grad vil være flere som får store hjelpebehov på grunn av sykdom og skrøpeligheit. Beboere i dagens sykehjem kjennetegnes av høy alder og med komplekse sykdomsbilder der demenssykdom kommer i tillegg til annen somatisk sykdom (2,3). I dag dør ca. 20 000 pasienter i norske sykehjem, noe som utgjør ca. 40 % av alle dødsfall i Norge (4). Pleie- og omsorgstjenestene står allerede i dag ovenfor store utfordringer både med tanke på organisering og kvalitet i tjenesten. For at vi som yter sykepleie til denne pasientgruppen skal kunne observere, kart-

legge og imøtekomme disse komplekse behovene må vi ha både geriatrik og palliativ kompetanse i sykehjemmene (5). I tillegg må viktige faktorer som engasjement, interesse og holdninger nevnes, med tanke på at vi møter mennesker i en sårbar og vanskelig situasjon. Omsorg av god kvalitet innebærer at det til en hver tid er tilstrekkelig med kvalifisert personale i sykehjemmene. En rapport om beman- ning bestilt av Norsk sykepleierforbund viser at det til en hver tid er færre sykepleiere og hjelpepleiere på jobb enn det som er planlagt, samtidig som andelen ufaglærte er høyere enn planlagt (6). Flere studier viser at døende pasienter i sykehjem ikke får adekvat behandling for smerter og andre plagsomme symp- tomer (7-9). Det finnes lite systematisk kunnskap om hvordan praksis faktisk er, hva som anses å være god praksis og hvilke tiltak som fører til en bedre omsorg og behandling ved livets slutt (10). Artikkelen har til hensikt å belyse implementering av standard for praksis som ledd i kvalitetsforbedring av omsorgen for døende i ordinære sykehjem.

Sammendrag

Innledning: Kunnskap og kompetanse hos ansatte som arbeider i sykehjem er en viktig forutsetning for å sikre kvaliteten i pleie og omsorg av døende pasienter i sykehjem. God lindrende behandling må være basert på et helhetlig omsorgsprinsipp, som ikke bare innebærer medisinsk behandling og symptomlindring, men også nærvær, støtte og forståelse i en krevende livssituasjon. Ved å implemen- tere standarder og retningslinjer for omsorgen kan dette være et viktig redskap for å sikre kvaliteten knyttet til omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem.

Hensikt: Implementere standard for omsorg og behan- dling ved livets slutt i den hensikt å sikre kvalitet på tjenesten.

Metode: Kvalitetsutviklingsprosjekt i 2004, der ansatte fra sykehjem og en palliativ enhet utarbeidet en standard for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. Pro-

sjektet er basert på egne erfaringer samt nasjonale faglige anbefalinger.

Resultat: Det ble utarbeidet et veiledningshefte som ble vedtatt som gjeldende standard for omsorg og behandling ved livets slutt i kommunale sykehjem i Trondheim kom- mune. Standarden inneholder råd og anbefalinger i forhold til sentrale domener i omsorgen for den døende.

Konklusjon: Ved å innføre kvalitetskrav for pleie og omsorg ved livets slutt kan dette bidra til å sikre og høyne kvaliteten på omsorgen til døende i sykehjem. På den annen side er dette ikke tilstrekkelig i seg selv, det må legges til rette for kompetanseheving og muligheter for kontinuerlig faglig oppdatering som en integrert del av virksomheten.

Nøkkelord: sykehjem – livets sluttfase – standard – kvalitetsforbedring – verdighet



Verdighet

Verdighetsgarantien § 3 fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet (11), fastholder at tjenestetilbudet skal innrettes slik at respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel samt medisinske behov skal ivaretas. I henhold til garantien skal man tilby samtaler om eksistensielle spørsmål, lindrende behandling og legge til rette for en verdig død. For å sikre at verdighetsgarantien skal ha et reelt innhold, må kommunene og

ansatte settes i stand til å oppfylle sine lovpålagte forpliktelser. Det er derfor viktig at kommunene arbeider målrettet mot en systematisk oppbygging av tjenestetilbudet (12). Sykepleieren må ha høy teoretisk og praktisk kompetanse hvor erfaringer og egenskaper som bidrar til å ivareta pasientens integritet, verdighet og autonomi er av avgjørende betydning. Dette er grunnleggende og viktige holdninger og verdier for alle som utøver profesjonell pleie og omsorgsarbeid.

GOD PLEIE: Det må være tilstrekkelig med kvalifisert personale, for at omsorgen skal bli god. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Abstract

Introduction: Knowledge and skill level of employees working in the nursing home is an important prerequisite for ensuring quality in nursing care of dying patients in the nursing home. Good soothing treatment/palliative care must be based on a holistic human services policy, which not only involves the medical treatment and symptom relief, but also the presence, support and understanding in a challenging life situation. By implementing standards and guidelines for care, this can be an important tool to ensure the quality associated with the care and treatment of end of life in the nursing home.

Purpose: Implement standard for care and treatment at life's end in order to ensure quality of service.

Method: Quality Development project in 2004, where employees from nursing home and Palliative Unit, set a standard for care and treatment at the end of life in the nursing

home. The project is based on his own experiences, as well as national professional recommendations.

Result: It was prepared aan veiledningshefte instruction guide adopted as the current standard of care and treatment at life's end in the municipal nursing home in Trondheim, Norway. The standard provides advice and recommendations in relation to key domains in the care of the dying.

Conclusion: by introducing quality requirements for care at life's end, this can help to ensure and raise the quality of care for the dying in nursing homes. On the other hand, this is not sufficient in itself, itself; it must be added to the competence and opportunities for continuous professional updating, as an integral part of the business.

Keywords: nursing home – life's final phase – standard – quality improvement-v

Kravene og forventningene til kvaliteten på pleie og omsorgssektoren øker i takt med utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene. I møte mellom helsepersonell og pasient er opplevelsen av å bli sett og forstått som et helt menneske like viktig som at de tjenestene vi gir er uten feil og mangler. Ikke sjelden benyttes begrep som: «omsorg av god kvalitet» når mål innen pleie- og omsorgstjenesten skal beskrives, det være seg i helsepolitiske planer og føringer eller der tjenestene selv står for beskrivelsen. Intensjonen er å kunne yte en tjeneste basert på beste mulige praksis ovenfor pasientene. Pasientrettighetsloven (13) skal bidra til å sikre at de individuelle behovene i helsetjenesten blir ivaretatt: «helsehjelp av god kvalitet forutsetter et tillitsforhold mellom pasienten og helsetjenesten, og at respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd respekteres». Dette forutsetter likverdighet og en utjevning av maktforholdet mellom partene. Det er helsepersonellet som har hovedansvaret for å legge til rette for å etablere et slikt samarbeid med pasient og pårørende, noe som er i tråd med lovens intensjoner.

Kvalitet i sykehjem

Kvalitet er et vidt og vanskelig begrep. Definisjon av kvalitet i henhold til det internasjonale standardiseringsorganet ISO er: «Helhet av egenskaper en enhet har som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.» Denne definisjonen bygger på at alt som tilfredsstiller brukerens/pasientens behov er kvalitet (14).

I følge Donabedian (15) inndeles kvalitetsbegrepet i de tre kategoriene strukturkvalitet, prosesskvalitet og resultatkvalitet. Strukturkvaliteten omhandler ytre forutsetninger (lovverk, formell kompetanse, økonomi, bemanningsnorm, bygninger og utstyr). Prosesskvalitet handler om

«Kvalitet er et vidt og vanskelig begrep.»

kvaliteten på relasjoner og prosesser i virksomheten, som for eksempel personalets holdninger til eget arbeid, samspillet mellom pasient og pleier og ansatte seg i mellom og involvering av pårørende og virksomhetens samspill med verden utenfor institusjonen. Resultatkvalitet er det man ønsker å oppnå i den pasientrelaterte omsorgen og som bygger på kvaliteten i prosessene og strukturene.

I veilederen til kvalitetsforskriften blir det presisert at kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenestene forutsetter en bred tilnærming med tiltak som både kan styrke pasienten, de ansatte, ledelsen og organisasjonen i tillegg til ulike former for prosess og produktevaluering av tjenestene (16,14). Kompetanse er en forutsetning for å sikre høy faglig kvalitet i sykehjem. Kunnskaper om forbedringsarbeid og systematiske planer for kontinuerlig kompetanseheving blant ansatte er viktig. Lederens evne og kunnskaper om forbedringsarbeid er avgjørende, fordi han skal gå foran å vise vei, motivere, belønne innsats og verdsette kompetanse og kunnskap hos den enkelte ansatte. Lykkes man med å integrere fokus på forbedringsarbeid som del av praksishverdagen i sykehjemmet, vil det være en viktig faktor for å sikre ferdigheter knyttet til pleie og omsorg ved livets slutt av god kvalitet.

Standard for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem

Målet med standarden som ble utviklet i prosjektet er å sikre pasienten retten til å dø med verdighet og at pårørende er godt ivaretatt. Standarden gir faglige råd og anbefalinger vedrørende sykehjemspasientens siste leveuker, dager og timer (17). Å dø med verdighet og at pasient og pårørende er godt ivaretatt forstås i denne sammenheng som forebygging og lindring av fysiske symptomer, tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer og forutsigbarhet i behandling og omsorg i god forståelse med pasient og pårørende. En standard beskrives som et definert nivå av kvalitet. Ved å følge standarder innen et fagområde sikres kvaliteten til et definert minimum. Faglige retningslinjer for behandling av pasienter derimot, blir definert som systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient til å velge hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling (18). Norsk forening for palliativ medisin utarbeidet i 2004 Standard for palliasjon (19). Dokumentet er senere revidert og tatt inn i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (20). Her beskrives også oppgaver sammen med krav til klinisk tilbud og organisering, inkludert personale, lokaler og utstyr til sykehjem uten palliativ enhet. Blant annet skal sykehjemmene beherske grunnleggende palliasjon for alle pasienter i sykehjemmet og utarbeide og kvalitetssikre prosedyrer for smerte- og symptomlindring.



PÅRØRENDE: Det er en del av jobben å ivareta de pårørende på en god måte. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Metode

I 2004 fikk Undervisningssykehjemmene i Bergen og Trondheim i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet om å utvikle og utprøve ulike modeller for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. Begge Undervisningssykehjemmene samarbeidet med palliative enheter ved Havstein- og Eikertun sykehjem i henholdsvis Trondheim og Nedre Eiker kommune for å få til en bred kompetanseoverføring innen lindrende behandling til pasienter i ordinære langtidsavdelinger. I prosjektet ønsket man at dette skulle sørge for en bredere kompetanseoverføring innen lindrende behandling til pasienter ved ordinære sykehjemsavdelinger. Målet for prosjektet var å øke kompetansen blant ansatte gjennom å utvikle kunnskaper og ferdigheter innen omsorg og behandling ved livet slutt, samt utvikle en standard for omsorg og behandling for sykehjemspasienten i livets slutfase gjennom evaluering av egen praksis og implementering av anerkjente faglige anbefalinger.

Prosjektmedarbeiderne i Trondheim besto av ti sykepleiere og hjelpepleiere fra en ordinær langtidsavdeling ved undervisningssykehjemmet og fra den palliative enheten ved Havstein sykehjem. Gruppen skulle være en ressurs for de andre kollegene på arbeidsplassen og deltok i et eget kompetanse-

program med blant annet hospitering i palliative avdelinger både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, sykepleiefaglig prosessveiledning i gruppe gjennom ett år og ferdighetstrening (teknisk utstyr, kartleggingsverktøy). I tillegg gjennomførte prosjektgruppa en rekke fagmøter der man med et kritisk blick på dagens praksis, diskuterte kvalitetsforbedring og jobbet med standardene parallelt.

Vi valgte å bruke symptomkartleggingsskjemaet Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) etter anbefaling fra Norsk forening for palliativ medisin. (21). Ansatte fikk opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet som registrerer pasientens symptomer på en skala fra 0-10. Skjemaet ble rutinemessig benyttet i forbindelse med pasientens innleggelse i sykehjemmet og videre kartleggingsfrekvens var avhengig av pasientens tilstand og derfor individuell. Et «debriefingskjema» ble utfylt etter hvert dødsfall der man reflekterte over hva som fungerte eventuelt ikke fungerte i situasjonen og hva som kunne forbedres. Det ble også utarbeidet en rutine for ettersamtaler. Prosjektmedarbeiderne deltok aktivt i en systematisk, stegvis og deltagerstyrt arbeidsprosess som munnet ut i et forslag til standarder for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. Dokumentet ble sendt ut på høring

Tabell 1. oversikt over de 10 domene med mål som standarden beskriver

	Domene	Mål
1	Kommunikasjon med pasient og pårørende	Pasient og pårørende er forberedt på at livet går mot slutten
2	Åndelige/ eksistensielle behov	Pasienten blir ivaretatt på sine eksistensielle og åndelige behov
3	Smerter	Pasienten er sikret god smertelindring
4	Kvalme	Pasienten er best mulig kvalmelindret
5	Angst, uro og delirium	Pasienten er mest mulig rolig og avslappet
6	Pustebesvær og ralling	Pasienten opplever at pustebesvær lindres
7	Munntørrhet–ernæring og væsketilførsel	Pasienten har en fuktig og ren munnhule
8	Eliminasjon	Pasienten opplever minst mulig ubehag knyttet til eliminasjon
9	Sengeleie	Pasienten har et godt leie i sengen og unngår trykksår
10	Når døden inntreffer–ritualene	Pårørende er inkludert og ivaretatt

til relevante fagmiljø i Norge for å kvalitetssikre arbeidet.

Resultater

Arbeidsgruppen la til grunn erfaringsbasert kunnskap, anbefalinger fra forskning, og områdene på ESAS-skjemaet for å definere domeneene som ble ansett som sentral for standarden (21). Det ble utarbeidet ti domener med tilhørende mål (se tabell 1). Domeneene inneholder forebygging og lindring av fysiske symptomer (smerter, kvalme, pusteproblem, slimproblem, munntørrhet og eliminasjon), tiltak rettet mot psykiske symptomer (angst, uro og delir) og informasjon og kommunikasjon (med pasient og pårørende og dødsritualer). I tillegg fokusering på forebygging av sengeleiets komplikasjoner.

Det ble utarbeidet en plan for implementering av standarden i kommunen. Standarden ble integrert i kommunens kvalitetssystem og er gjort gjeldene som faglig standard for alle sykehjemmene i byen. Som en del av en nasjonal spredning ble det i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet arrangert et «kick out» seminar der resultatene ble presentert og diskutert med våre samarbeidsparter..

Diskusjon

Utfordringer sett med ansattes øyne

God omsorg ved livets slutt starter allerede ved innleggelsen i sykehjemmet der det første møtet danner grunnlaget for et trygt opphold og videre

samarbeid med pasient og pårørende. Når livet går mot slutten bør pasient og pårørende tilbys samtale der man formidler at døden er nært forestående og om hvilke fysiologiske forandringer man kan forvente fram mot at døden inntreffer og hva avdelingen vil gjøre for å lindre plagsomme symptomer. Å samtale med pasient og pårørende om at døden er nært forestående, opplevdes som spesielt utfordrende av flere i vår prosjektgruppe. De visste ikke hva de skulle si, hvordan de burde nærme seg situasjonen, selv om de mente at de burde åpne opp for denne type samtale. Denne tilbaketrekningen kan skyldes flere årsaker, som for eksempel mangel på kunnskap vedrørende kjennetegn på at døden er nært forestående, ubearbejdede følelser i hjelperen men også usikkerhet i forhold til å ta den vanskelige samtalen. Om den forberedende kommunikasjonen med familien har vært mangelfull eller familien opplever at de har liten innflytelse på hva som skjer rundt pasienten, vil dette kunne skape rom for usikkerhet, frustrasjoner og konflikter mellom pårørende og helsepersonell. Mange pasienter er ikke i stand til å formidle subjektiv smerteopplevelse. Disse pasientene er avhengige av at omsorgspersoner har evne til å tolke ikke-verbale tegn som kan tyde på smerte, og at dette følges opp med tiltak for utredning og behandling. Forskning viser at sykehjemspasienter med demens eller kognitiv svikt sjeldnere får smertestillende behandling enn kognitivt velfungerende (22). Dette var også en problemstilling som kom fram i vårt prosjekt.

Gjennom hospitering på palliative avdelinger både i kommune- og spesialisthelsetjenesten og gjennom faglige diskusjoner innså fagpersoner fra den ordinære sykehjemsavdelingen at de var for passive og inntok en vent og se holdning i forhold til pasientens uttrykte smerteopplevelse. Manglende dokumentasjon og at legen ofte er lite tilgjengelig gjorde at medisinske avgjørelser kunne bli satt på vent. Dette medførte at det kunne ta tid før lege ble involvert og pasienten fikk adekvat behandling for sine symptomer. Prosjektgruppa mente selv at årsaken til dette skyldtes manglende kompetanse om symptomregistrering og symptomlindring og at de derfor ikke kunne beskrive, fortolke og begrunne smerteuttrykket.

Symptomkartleggingskjemaet som ble benyttet (ESAS) i vårt prosjekt viste seg ikke å være spesielt godt egnet i sykehjem da svært mange av pasientene har en kognitiv svikt (21). Likevel erfarte personalet at systematisk fokus på kartlegging førte til bedre symptomlindring for pasientene mest sannsynlig fordi vektøyet fungerte som et kommunikasjonsmiddel helsepersonell imellom. Flere ansatte ble dermed trukket inn i faglige diskusjoner om pasientens symptomer og hva årsaken kunne være. Kunnskapen som de etter hvert opparbeidet seg gjorde det lettere å vurdere symptom bildet, begrunne og dokumentere funnene slik at pasientene fikk raskere lindring mot sine plager. Spesielt hjelpepleierne opplevde at de klarte å formidle at pasienten hadde plagsomme symptomer på en mer profesjonell måte. Pårørende som opplever et personale som har kontroll på situasjonen kan i større grad stole på at pasienten får tilstrekkelig lindring og omsorg og dermed en verdig avslutning på livet.

Kollegasamarbeid

Det ble gjennomført en kartleggingsundersøkelse av ansattes kompetansebehov innen omsorg og behandling ved livets slutt. De områdene hvor informantene hadde størst behov for å øke sin kompetanse var smerte- og symptomlindring, stell av døende, omsorg for pårørende og psykisk omsorg (23). Det er en utbredt oppfatning at det er krevende og utfordrende å ivareta alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende. Helsedirektoratet har tatt konsekvensen av dette og anbefaler veiledning som et tiltak for å styrke utøveren i fag- og forbedringsarbeid (16). Det har så langt ikke vært en utbredt tradisjon med systematisk sykepleiefaglig veiledning i sykehjem. Dette skyldes



OBSERVASJON: Mange pasienter er ikke i stand til å fortelle at de har smerter og det er derfor viktig at personalet og de pårørende er i stand til å oppdage tegn på smerte hos den eldre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

mest sannsynlig liten tilgang på veilederkompetanse og at tilbudet sees på som ressurskrevende og som involverer et fåtall ansatte. Undersøkelser (24-25) viser at systematisk faglig veiledning i gruppe er verdifull kompetanseutvikling for helsepersonell i sykehjem. Dette samsvarer godt med vår erfaring.

«Ansatte hadde god nytte av å snakke sammen.»

Deltagerne i veiledningsgruppa beskriver i sin evaluering av tiltaket at veiledning har bidratt til at de begrunner sine valg på en mer profesjonell og kunnskapsbasert måte enn tidligere. De opplever også å inneha en mer tydelig og reflektert kommunikasjon i møte med pasient og pårørende og de beskriver også større mot til å involvere seg i krevende situasjoner. Et mindre ressurskrevende tiltak, som involverer alle berørte ansatte, er utfylling av et såkalt «debriefingskjema» kort tid etter dødsfall. Vår erfaring med dette tiltaket viste at ansatte hadde god nytte av å snakke sammen om det som hadde skjedd rundt dødsfallet og at de ble involvert i egen og andres praksis på en god måte. Dette ga muligheter for å dokumentere praksis og foreslå endringer. En slik samtale har et stort

«Sykepleieren er den som både har kompetanse og som har et spesielt ansvar for å være pådriver for et aktivt fagmiljø.»

innslag av evaluering i seg og det blir viktig at de skriftlige kommentarene knyttes opp mot enhetens forbedringsarbeid. Omtanke, forståelse og hensyn er viktig for å sikre godt kollegasamarbeid. I utviklingen av standarden kom det tydelig fram gjennom arbeidet at også personlige egenskaper har betydning for hvordan praksisutøvelsen gir seg til kjenne. I tillegg ble kunnskap og erfaring både teoretisk og praktisk av kollegaene trukket fram som noe av de viktigste faktorene i et godt samarbeid. Et godt kollegasamarbeid innebærer også at det er trygghet i miljøet for å kunne erkjenne at en ikke føler seg kompetent i alle vanskelige situasjoner. Slik tillit kollegaene imellom ble vurdert som en styrke i praksisutøvelsen.

Kompetanse, en forutsetning for god kvalitet i lindrende omsorg i sykehjem.

Helsepersonells muligheter for ivaretagelse av enkeltpersoners verdighet i en avsluttende fase i livet kan bli truet. Dette skjer når kravet om økende effektivitet i tjenesten og hensynet til enkeltmenneskes behov kommer i konflikt med hverandre. Å ivareta enkeltmenneskets opplevelse av verdighet er derfor en sammensatt og viktig oppgave som krever innsikt og stor grad av forståelse og kunnskap. Sykepleieren er den som både har kompetanse og som har et spesielt ansvar for å være pådriver for et aktivt fagmiljø. I kraft av sin kompetanse og profesjon skal sykepleieren sørge for opplæring og veiledning av andre faggrupper. Sykepleierfunksjonen er avgjørende faktor for å sikre god kvalitet på omsorgen for de døende i sykehjem. Samtidig er det grunn til å stille spørsmål ved nivået av kvalitet når vi vet at flere brukerundersøkelser viser at tilgjengeligheten til lege i sykehjem er for dårlig, og at pasienter i livets slutfase dermed ikke får god nok behandling for smerter og andre symptomer (26). Det er også grunn til å tro at dette kan sees i sammenheng med mangelfull kompetanse hos sykepleiere både i forhold til symptomlindring og bruk av kartleggingsverktøy. Standard for palliasjon legger opp til at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon, og ha kvalitetssikrede prosedyrer for smerte- og symptomlindring og terminalpleie. Dette kravet

gjelder også legene (19). Andelen ufaglærte i sykehjem har vært og er relativt høy. I 2006 utgjorde andelen ufaglærte som jobbet pasientrettet innen pleie- og omsorgstjenesten 38 % (26). Sykehjemmene skal utøve de samme funksjonene overfor døende som en spesialavdeling, ofte med mindre ressurser både personellmessig og utstyrsmessig.

Standarden gir råd og veiledning slik at personalet skal kunne beslutte å begrunne tiltakene ut fra anbefalte faglige råd og dermed bidra til å sikre så god kvalitet som mulig. Samtidig er det viktig å være klar over at standarder og retningslinjer i seg selv ikke er nok. Kompetanse for å kunne implementere teori til praksis er også nødvendig. Dette innebærer blant annet kompetanse som sikrer god systematisk dokumentasjon og kartlegging av pasientens behov og ønsker (27). Pleie og omsorg av døende er et teamarbeid og forutsetter at legen aktivt tilrettelegger for kontinuerlig behandling gjennom klare retningslinjer og skriftliggjorte delegasjoner som sikrer oppfølging og justering gjennom hele døgnet. Sjansen for at pasienten blir innlagt i sykehus er større i situasjoner der pasienten er blitt tilsett av en ukjent legevakt og der dokumentasjonen er mangelfull. Innleggelse i sykehus er ikke alltid i tråd med pasientens og pårørendes ønsker eller det som er det beste for pasienten i livets slutfase (28). Samarbeid viste seg også å være et område som personalet var opptatt av og vektla som en viktig forutsetning for verdig død i sykehjem. Peter Hjort sier at mange ganger er «omsorgen for de pårørende like viktig som omsorgen for den døende fordi det er de pårørende som skal leve videre med minnene» (29). Styrking av brukerinvolvering er en viktig oppgave som innebærer å bedre informasjonen og kommunikasjonen med pårørende og pasient om tema som omhandler livets avslutning. I en studie fra Manchester fant man at omsorgen for døende eldre manglet et emosjonelt engasjement ved at man ikke åpner opp for å samtale om de «vanskelige temaene» som livsavslutning og død (30). I standarden vektlegges nettopp kommunikasjon, eksistensielle og åndelige behov gjennom å anbefale konkrete tiltak og forslag til tema som bør belyses i samtalen med

pasient og pårørende. Sykehjemmene bør ha klare planer for å håndtere de fleste situasjoner, også de vanskelige. Det er godt dokumentert gjennom studier at undervisningsprogram, veiledning og kollegabasert opplæring har effekt og vil kunne gi resultater som påvirker praksisen i positiv retning (31,27).

Konklusjon

Hva som oppfattes som en god og verdig livsavgjørelse er subjektiv og påvirket av egne holdninger, verdier, forventninger og erfaringer. Pleie og omsorg ved livets slutt innebærer å ta hensyn til enkeltindividets behov både sosialt, fysisk, psykisk og åndelig, eksistensielt. Grunnleggende verdier i alt omsorgsarbeidet er forankret i et tillitsforhold mellom pasienten og helsetjeneste slik at respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt. Disse grunnleggende verdiene kan trues når kravet om effektivitet, økonomi, kvalitet og fleksibilitet i tjenesten økes. Ved å innføre kvalitetskrav for pleie og omsorg ved livets slutt kan dette bidra til å sikre og høyne kvaliteten på omsorgen til døende pasienter i sykehjem. I tillegg må det satses parallelt på kompetanseheving og undervisning blant alle faggrupper som forholder seg til døende på sykehjem. Undervisning og fagutvikling har positiv effekt på omsorgen som blir gitt. Dette samsvarer med vår erfaring fra arbeidet med utvikling av standard for pleie- og omsorg ved livets slutt i sykehjem. Standarden fokuserer på symptomlindring, pårørendesamarbeid, kommunikasjon og ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov, samt brukermedvirkning. ■

Referanseliste

- SSB. Eldre i Norge 1999. (hentet 2012-4-13). Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa32/sa32.pdf.
- Husebø BS & Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1352-4.
- Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125(9):1188-90.
- SSB. Dødsfall av underliggende dødsårsak, etter dødssted. 2006. (hentet 2012-03-28). Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/arkiv/tab-2006-06-01-19.html>.
- Davies E, Higginson I. Better palliative care for older people WHO 2004.
- Norsk sykepleierforbund. Bemanning i kommunal pleie og omsorg. Econ-rapport nr. 2009-072.
- Oliver DP, Porock D, Zweig S. End-of-life care in U.S. nursing homes: A review of the evidence. J Am Med Dir Assoc 2004;5:147-155.
- Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA 2004; 291:88-93.
- Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Palliat Med 2008; 00:1-9.
- Gjerberg E, Bjørndalen A, Forsetlund L. Har opplærings tiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutt fase? Rapport Nr 1-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009.
- Regjeringen. Verdighetsgarantien. Forskrift for en verdig eldreomsorg. Fastsatt ved kgl. res 12. november 2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet (internett) AG Strøm-Erichsen (hentet 2011-20-12). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/brev_til_stortinget/2011/sporsmal-nr-95-til-skriftlig-besvarelse-.html?id=661709.
- Pasientrettighetsloven. Lov om pasientrettigheter m.v. av 1999-07-02 nr 63.
- Sosial- og helsedirektoratet. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Oslo 2004. IS-
- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin. 1992; 18 (11):356-60.
- Sosial- og helsedirektoratet. Hvordan komme fra visjoner til handling?...og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Oslo 2007. IS- 1502.
- Standard for omsorg og behandling for sykehemspasienten i livets slutt fase. Undervisningssykehjem 2007. (hentet 2012-03-28). Tilgjengelig fra: <http://www.xn--ush-srtrndelag-uqbd.no/content/1117705753/Omsorg-ved-livets-slutt>.
- Statens helsetilsyn. Retningslinjer for retningslinjer. Veileder: prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. Revidert utgave, Oslo, 2002.
- Standard for palliasjon. Norsk forening for palliativ medisin, NFPM 2004.
- Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo 2007.
- Wille IL, Flaten J, Rønning R. Utprøving av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) i sykehjem. Delrapport IV. Prosjektrapport 2004 – 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.xn--ush-srtrndelag-uqbd.no/content/1117705753/Omsorg-ved-livets-slutt>.
- Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen JC, Loge JH, Kaasa S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1838-40.
- Flaten J, Rønning R, Wille I-L, Kaarbo E. Kartlegging av kompetanse blant pleiepersonell ved fire sykehjem i Norge. Delrapport I. Prosjekt-rapport 2004 – 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.xn--ush-srtrndelag-uqbd.no/content/1117705753/Omsorg-ved-livets-slutt>.
- Thideman IJ. Vi bare tar oss av hverandre. Tidsskr Sykepl 2002; 19:42-46.
- Bergland Å, Hestetun M, Kristiansen M. Veiledning: Erfaring med avdelingsvis veiledning. Sykepleien 2003;18:46-8.
- Sosial og helsedirektoratet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Rekruttering for bedre kvalitet. Oslo 2008. Rapport nr 4.
- Kinley J, Frogatt K, Bennet M. The effect of policy on end-of-life care practice within nursing care homes: A systematic review. Palliat Med 2012 (Epub ahead of print).
- Travis SS, Loving G, McClanahan L, Bernhard M. Hospitalization patterns and palliation in the last year of life among residents in long-term care. Gerontologist 2001; 41:153-60.
- Hjort P. F. Pleie og omsorg ved livets slutt. I Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A H. Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS; 2008 s. 448-455.
- Costello J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. J Adv Nurs. 2001 Jul; 35(1): 59-68.
- Froggatt KA, Wilson D, Justice C, MacAdam M, Leibovici K, Kih J, et al. End-of-life care in long-term care settings for older people: a literature review. International Journal of Older People Nursing 2006;1(1):45-50.