


 **FAKTA**
**Anne Svelstad  
Evju**

Førstelektor

## Brukermedvirkning, likeverd og forutsigbarhet for den eldre pasienten

**D**en nylig utgitte Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten de neste fire årene. Brukermedvirkning, likeverdighet og forutsigbarhet er viktige prinsipper som fremheves i planen og som vi som helsepersonell skal strebe etter å innfri. Hvordan kan vi i praksis gjøre dette best mulig for den eldre brukeren? Flere av artiklene i dette nummeret av Geriatrisk sykepleie, berører disse områdene.

*Brukermedvirkning* innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Da trenger de tilstrekkelig, tilrettelagt og god informasjon om sin tilstand og behandling. Dette er et av budskapene i artikkelen «*Sykepleieres erfaringer med å informere beboere i sykehjem om deres juridiske rettigheter og endringer i deres medisinerings*». Studier viser at kun halvparten av pasientene i kommunehelsetjenesten har kunnskap om hvorfor de får medisinen sin og det er også varierende hvor mye informasjon sykepleiere gir om medikamentets indikasjon og virkning. Vi vet at eldre ofte diskrimineres i helsevesenet og alder blir brukt som en forklaring på hvorfor pasientene ikke har fått nødvendig informasjon. Gjennom en intervensjonsstudie har

Helgesen, Fagerli og Grøndahl rettet fokuset på behovet for kompetanseheving knyttet til informasjon om juridiske rettigheter og medisinerings. Det kan være vanskelig å vite hvordan man kan tilpasse informasjon om medisinerings til de skrapelige eldre med kognitiv svikt. Informasjonen bør tilpasses den enkeltes beboers ønske om informasjon og evnen til å bearbeide denne.

Brukermedvirkning er også sentralt i palliativ behandling. Pasientene skal ha anledning til å legge frem sine ønsker rundt avslutningen av livet. Studier har vist at en god plan for det palliative arbeidet er viktig for livskvaliteten til pasient og pårørende. I artikkelen om «*Palliativ plan og etiske refleksjon*», kan vi lese om erfaring med bruk av palliativ plan i kommunehelsetjenesten. Større grad av *brugermedvirkning og forutsigbarhet* er blant gevinstene ved bruk av palliativ plan.

En overordnet målsetning i den nye helse- og sykehusplanen, er en helsetjeneste hvor pasientens stemme blir hørt både i møtet med behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Pasientene krever mer og er mer opplyste om sine rettigheter enn noen gang. Det er en stor fordel med tanke på at dagens helsevesen i stor grad er tilrettelagt for pasienter med høy helsefremmende allmenndannelse. De eldre og særlig eldre med demens, kommer dårlig i et slikt parameter og bør styrkes i pasientrollen. I artikkelen «*Enver*

*må finne sin måte å leve med demens på*», kan vi lese om hvordan pasientkurs kan bidra til hverdagsmestring hos pasienter med demens. Studier har vist at personer med demens kan tilegne seg informasjon og kunnskap, og at god tilrettelegging av undervisning kan føre til at de kan delta i planlegging av egen hverdag og dermed oppleve økt mestring. Det tilbys ofte kurs for de pårørende, men hva med pasienten selv? Pasientene har også behov for kurs om å leve med sin sykdom. I essayet «*Om å skape og å opprettholde mening når man lever sammen med og yter omsorg for sin ektefelle som har demens*», får vi presentert noen viktige refleksjoner omkring det å motta hjelp til en ektefelle som har diagnosen demens. Essayet gir betraktninger om hvor viktig det kan være for mange å opprettholde et liv sammen, tross fremtredende demenssykdom.

Pasienter med demens er i risiko for delirium. Delirium er en av de mest utbredte psykiatriske diagnosene, på tvers av helsetjenesten og rammer hardt blant de eldste eldre. Belastningen ved delirium er stor for pasienten selv, for pårørende og for helsetjenesten. På tross av dette, er sykepleiere i for liten grad opptatt av å identifisere, dokumentere og følge opp pasienter med delirium. Ofte blir ikke delirium avdekket og diagnostisert og vi stoler heller på vår subjektive vurdering enn å bruke valide, objektive screeninginstrumenter. Det er særlig den hypoaktive varianten av delirium med nedsatt psykomotorisk tempo, initiativløshet og somnolens som er vanskelig å avdekke, fordi vi ofte forveksler dette med depresjon eller demens. Artikkelen «*Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus*», argumenter for bruk av screeningverktøyene CAM og 4AT for tidlig

identifisering av delir og peker også på behovet for kompetanseheving blant helsepersonell og opplæring i bruken av verktøyene. Målet med screening er å iverksette behandling før sykdommen eller tilstanden gir symptomer, slik at man får et bedre resultat enn om man venter til symptomene gir seg til kjenne. I følge National Institute for Health and Care Excellence (NICE) er alle pasienter som er 65 år eller eldre, har kognitiv svikt og/eller demens, hoftebrudd som innleggelsesårsak eller alvorlig sykdom, i risiko for delirium og bør derfor screenes. Det bør derfor være mange gode grunner til å innføre screeningsverktøy i institusjoner.

Å fremme god søvnkvalitet er et av de viktigste tiltakene for å unngå utvikling av delir, likevel har vi som helsepersonell lite for lite fokus på kunnskapsbaserte tiltak for å fremme god søvn. I artikkelen «*Søvnforstyrrelser og tilrettelegging for god søvn hos eldre sykehuspasienter*» blir vi påminnet om viktigheten av å fremme søvn ved sykdom. Søvnproblematikk er utbredt blant eldre over 65 år, samtidig som vi vet at det er de eldste eldre som er mest sårbare for dårlig søvn. Støy, smerter og nattevaks-rutiner er de blant de største søvnhemmende faktorene for eldre sykehuspasienter. Artikkelen fremhever behovet for at tiltakene er kunnskapsbasert og ikke basert på personlige erfaringer. ■