

# Sykepleiere kan få pasienter med hjertesvikt til å ta medisinen

Ikke alle pasienter med hjertesvikt tar medikamentene som foreskrevet. Medikamentetterlevelsen kan økes ved at en sykepleier foretar utskrivningssamtalen.

## **Silje Larsen**

Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie  
Hjerteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus

## **Jan Schjøtt**

Overlege og leder  
Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus og RELIS Vest

## **Trond Røed Pettersen**

Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie og stipendiat  
Hjerteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus

---

Hjertesvikt

Legemidler

Kronisk sykdom

Sykepleien 2022;110(89510):e-89510  
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.89510

## **Hovedbudskap**

Grunnpilaren i behandlingen av hjertesvikt er den medikamentelle, med mål om å optimalisere hjertets pumpefunksjon, bedre den perifere sirkulasjonen og bremse kompensasjonsmekanismer som på sikt er skadelige for pasienten. Imidlertid er det en stor andel pasienter som ikke tar medikamenter som foreskrevet. Sykepleiere er i en sentral posisjon til å identifisere pasientens behov og bygge relasjon til vedkommende. Utskrivningssamtale med sykepleiere kan dermed bidra til økt medikamentetterlevelse.

Globalt lever 26 millioner mennesker med diagnosen hjertesvikt (1). I Europa utgjør pasientgruppen 1–2 prosent av den voksne befolkningen (2). I Norge er det om lag 100 000 personer som lever med diagnosen hjertesvikt (3), og antallet pasienter forventes å øke i årene fremover på grunn av en aldrende befolkning og forbedret behandling (3).

Hjertesvikt kan ikke helbredes, og tilstanden har høyere dødelighet enn de fleste kreftformene (4). Hjertesvikt innebærer en kompleks og livslang medikamentell behandling samt eventuelt implantasjon av biventrikulær pacemaker (2).

## **«Hjertesvikt innebærer en kompleks og livslang medikamentell behandling.»**

Hjørnesteinen i behandlingen er den medikamentelle (2, 5), og det er avgjørende for pasientens sykdom og livskvalitet at medikamenter tas som foreskrevet. Flere studier beskriver en manglende medikamentetterlevelse hos pasienter med hjertesvikt. Det kan føre til hyppige reinnleggelser, tidligere død, redusert livskvalitet og økte samfunnsøkonomiske kostnader (1, 3, 6–11).

Ifølge Helsedirektoratet var sannsynligheten for akutte reinnleggelser av eldre med diagnosen hjertesvikt 23 prosent i 2019 (12).

Hensikten med denne artikkelen er å foreslå utskrivningssamtale med sykepleier som en intervensjon for å øke medikamentetterlevelsen hos pasienter med hjertesvikt.

### **Hva er hjertesvikt?**

Hjertesvikt er en tilstand hvor hjertemuskelen av ulike årsaker svekkes. Hjertets funksjon påvirkes av graden og typen funksjonsforstyrrelser samt effekten av kroppens ulike kompensasjonsmekanismer. Når hjertet svikter, vil kompensasjonsmekanismene bidra til å opprettholde en tilfredsstillende pumpefunksjon og sirkulasjon, slik at symptomene på hjertesvikt dempes (13).

I denne fasen har pasienten en latent hjertesvikt. Over tid, eller ved økt fysisk belastning, forverres symptomene fordi kroppens reservekapasitet er brukt opp (13).

Vi skiller mellom akutt og kronisk hjertesvikt og mellom venstre- og høyresidig hjertesvikt. Venstresidig, kronisk hjertesvikt er vanligst og skyldes svikt i venstre ventrikel. Det reduserer hjertets evne å pumpe blod ut i kroppen og forårsaker blant annet av hjerteinfarkt, hypertensjon eller kardiomyopati (se faktaboks) (13).

Høyresidig hjertesvikt skyldes svikt i høyre ventrikel, noe som reduserer hjertets evne å fylle seg. Det forekommer hovedsakelig sekundært til venstresidig hjertesvikt etter hjerteinfarkt, men kan også inntreffe ved hypertensjon og kroniske lungesykdommer. Både venstre- og høyresidig hjertesvikt kan være akutt og kronisk (13).

## Kardiomyopati

Kardiomyopati er en tilstand som skyldes sykkelige forandringer i selve hjertemuskelene. Kardiomyopati er inndeles gjerne i såkalt dilaterende (utvidende), hypertrofisk (fortykkende) og restriktiv form.

*Kilde: Store medisinske leksikon*

Symptomene på hjertesvikt avhenger av hvordan sykdommen utvikler seg, og etter hvilken type hjertesvikt den enkelte har. De vanligste symptomene er tretthet, tungpust, hovne ankler eller ben og nedsatt appetitt (14). I klinisk praksis brukes New York Heart Association (NYHA)-klassifisering for funksjonsvurdering av graden av tungpust (13) (tabell 1).

**Tabell 1.** New York Heart Association (NYHA)-klassifisering

---

Klasse 1	Ingen tungpust
Klasse 2	Tungpust ved kraftig anstrengelse
Klasse 3	Tungpust ved lett anstrengelse
Klasse 4	Tungpust i hvile

---

Kilde: Stubberud DG (13)

---

## Slik behandles hjertesvikt

Medikamenter er hjørnesteinen i behandlingen av hjertesvikt (2, 5). Hensikten med medikamentene er å optimalisere hjertets pumpefunksjon, bedre den perifere sirkulasjonen og bremse kompensasjonsmekanismer som på lang sikt er skadelige (15).

Medikamenter som blokkerer ulike nevrohormoner, som renin-angiotensin-aldosteron-systemet, og medikamenter som blokkerer sympatikus, har best dokumentert effekt ved hjertesvikt (4). Disse medikamentene inkluderer angiotensinkonverterende enzym (ACE)-hemmere, angiotensin II-reseptorblokkere, aldosteronantagonister (MRA), betablokkere og vanndrivende medikamenter (2).

### «Medikamenter er hjørnesteinen i behandlingen av hjertesvikt.»

Angiotensin-reseptor-neprilysin-inhibitor (ARNI) er et kombinasjonspreparat som skal motvirke de ugunstige effektene av angiotensin II, samtidig som de gunstige effektene av natriuretiske og andre peptider blir stimulert. Neprilysin kan erstatte ACE-hemmere dersom pasienten tolererer det (2).

Dapagliflozin og empagliflozin er legemidler som opprinnelig ble brukt til å behandle diabetes. Flere studier har vist at disse legemidlene kan bedre symptomene og livskvaliteten hos pasienter med redusert pumpekraft (ejeksjonsfraksjon) i hjertet, og de blir gitt som tillegg for å optimalisere medikamentell behandling (2) (tabell 2).

**Tabell 2.** Anbefalte legemidler til pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon

Anbefalinger	Klasse	Nivå
ACE-hemmer er anbefalt for pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon	1	A
Betablokker er anbefalt for pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon	1	A
MRA er anbefalt for pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon	1	A
Dapagliflozin eller empagliflozin er anbefalt for pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon	1	A
Sakubitril/valsartan er anbefalt som erstatning for ACE-hemmer til pasienter med hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon	1	B

Anbefalingene er gradert i henhold til fire klasser (1, 2a, 2b, 3), mens bevisnivå er gradert fra A til C. Alle anbefalingene gjelder for å redusere risikoen for reinnleggelser og død. Klasse 1A er den sterkeste anbefalingen.

Kilde: McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumach A, Böhm M, et al. (2)

## Ikke alle tar medisin som foreskrevet

Å leve med kronisk hjertesvikt betyr å leve med en alvorlig sykdom resten av livet. Behandlingen er som oftest livsforlengende og symptomlindrende, men sjelden helbredende (14). Flere studier viser at en stor andel av pasienter med hjertesvikt ikke tar medikamenter som foreskrevet (8, 9, 11).

På norsk brukes begrepet «etterlevelse» for å beskrive hvorvidt en pasient tar medikamenter som foreskrevet eller følger behandlingen, mens det på engelsk brukes flere ulike begreper for å beskrive samspillet i kommunikasjon, bestemmelsesmyndighet og behandlingsansvar mellom forskriveren og pasienten (15, 16).

*Compliance* innebærer at pasienten passivt følger anbefalingene fra forskriveren, og det er ingen overensstemmelse mellom forskriveren og pasienten. Begrepet er derfor sterkt kritisert for sitt paternalistiske og negative innhold (15, 16).

*Adherence* innebærer at behandlingen avgjøres etter en diskusjon med pasienten (16). *Concordance* kan oversettes med «overensstemmelse», «samstemmighet» eller «enighet» (15). *Adherence* og *concordance* innebærer dermed en mer aktiv tilnærming fra pasienten og er en prosess som respekterer pasientens valg, selv om det er i strid med anbefalingene (16).

## Årsaker til manglende medikamentetterlevelse

Manglende medikamentetterlevelse er et svært sammensatt problem. Ifølge Verdens helseorganisasjon er det fem ulike dimensjoner som påvirker graden av etterlevelse (17). Sosioøkonomiske faktorer innebærer utfordringer der pasientens ressurser er begrenset, som ved lavt utdanningsnivå, arbeidsledighet eller mangel på sosial støtte.

Helsesystemrelaterte faktorer omhandler forholdet mellom pasienten og helsevesenet eller helsepersonellet. De omfatter manglende kunnskap og opplæring om kroniske sykdommer og medikamentetterlevelse, korte konsultasjoner, overarbeidet helsepersonell, liten kapasitet til å utdanne pasienter og til å gi best mulig oppfølging.

Tilstandsrelaterte faktorer omhandler hvilke sykdomsrelaterte utfordringer pasienten møter, for eksempel alvorlighetsgraden av symptomene, og nivået av fysisk og psykisk funksjonshemming relatert til sykdommen.

Andre faktorer som er tilstandsrelaterte, inkluderer komorbiditet – samtidige sykdommer – som for eksempel depresjon, diabetes eller narkotika- og alkoholmisbruk.

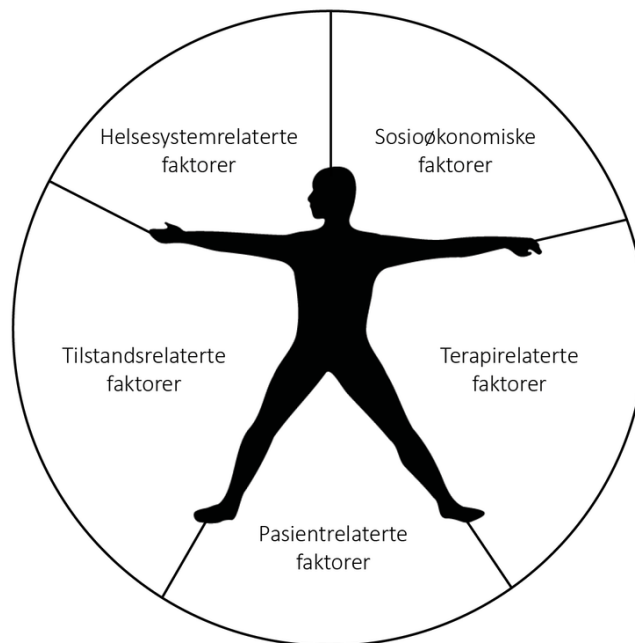
Terapirelaterte faktorer omhandler kompleksiteten i den medisinske behandlingen, behandlingssvikt, hyppige endringer i behandlingen, bivirkninger og tilgjengelighet av medisinsk støtte for å håndtere sykdommen. Pasientrelaterte faktorer omhandler ressurser, kunnskap, holdninger, oppfatninger og forventninger til pasienten (17) (figur 1).

Medikamentetterlevelse deles inn i bevisste og ubevisste årsaker. Bevisste årsaker innebærer en aktiv prosess hvor pasienten bestemmer seg for enten å redusere eller stoppe å ta medikamentene, mens ubevisste årsaker innebærer en passiv prosess hvor pasientens kapasitet eller kognitive tilstand hindrer vedkommende i å etterleve et medikamentregime (18).

Faktorer som fører til manglende medikamentetterlevelse, er multifaktorielle og omfatter ulik informasjon fra behandleren til pasienten, symptomer på angst eller depresjon, redusert livskvalitet, komorbiditet, forståelse av egen sykdom, språkbarrierer og tillit til helsepersonellet (8–10).

Andre årsaker til at pasientene ikke tok medikamentene sine, var at de ikke var klar over alvorligheten av å ha hjertesvikt, og sluttet å ta medikamentene sine når de hadde få eller ingen symptomer (8–10).

**Figur 1.** Verdens helseorganisasjons fem dimensjoner av medikamentetterlevelse



Kilde: Verdens helseorganisasjon (17)

## **Sykepleierne kan øke medikamentetterlevelsen**

Sykepleiere er godt posisjonert til å bidra til å øke medikamentetterlevelsen hos pasienter med hjertesvikt eller annen kronisk sykdom som krever langvarig medikamentell behandling (7, 10, 19–21).

Studier viser at sykepleiere er en underbrukt ressurs i tiltak for å øke medikamentetterlevelsen (10, 18, 20–22), til tross for at det som oftest er sykepleierne som administrerer medikamentene på sykehus.

### **«Sykepleiere er en underbrukt ressurs i tiltak for å øke medikamentetterlevelsen.»**

På sykehus utfører legen utskrivningssamtale med pasienten. I tillegg mottar pasientene en skriftlig orientering som inkluderer årsaken til innleggelsen, hva som er blitt utført på sykehuset, samt en oppdatert medisinliste. Imidlertid har studier vist at pasientene synes utskrivningssamtalene er korte, fragmenterte, dårlig planlagte og lite informative. Disse funnene relateres til for liten tid og for mange pasienter (17, 22).

### **Ikke alle pasienter har kunnskapen de trenger**

Pasienter med hjertesvikt bruker medikamenter som kan ha en negativ effekt på andre organer (14). Pasientene bør være klar over hvorfor de må følges opp med vitale målinger og blodprøver for en eventuell justering av medikamentene for hjertesvikt (14).

Det er derfor viktig at sykepleierne er oppmerksom på det mulige kunnskapsgapet som kan foreligge mellom dem og pasienten. Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter har pasienten krav på forståelig informasjon om sykdommen og behandlingen. Dersom pasienten ikke evner å forstå informasjonen, som ved kognitiv svikt, har pasienten krav på en andrepert i samtalen (23).

### **«Sykepleieren bør kjenne til den enkelte pasientens informasjonsbehov.»**

Sykepleieren bør kjenne til den enkelte pasientens informasjonsbehov og vite hvilken måte det er mest hensiktsmessig å informere på, slik at de tilrettelegger for medikamentetterlevelse og anbefalinger om behandling (19, 24).

## Utskrivningssamtalen kan gjøres av sykepleiere

For å gjennomføre en utskrivningssamtale av god kvalitet må sykepleieren være klar over informasjon om etterlevelse av medikamenter som er viktig å formidle til pasienten. Ifølge retningslinjene til European Society of Cardiology (ESC) bør en slik samtale inneholde grunnen til å ta de aktuelle medikamentene, fordelene ved medikamentetterlevelse, behovet for langsiktig medikamentetterlevelse, dosering og bivirkninger (2).

Da sykepleiere er den yrkesgruppen som tilbringer mest tid med pasienten, er de i en sentral posisjon til å identifisere pasientens behov og har en unik mulighet til å bygge en relasjon til pasienten. Dermed kan sykepleierne gjennomføre en utskrivningssamtale basert på hva de vet om pasienten, og på bakgrunn av denne velge hvilken kommunikasjonsmodell som vil være mest hensiktsmessig å benytte (19–21, 24).

## Modeller kan bedre kommunikasjonen

ESC anbefaler tre kommunikasjonsmodeller ved pasientundervisning: «Lytt-fortell-lytt», «Teach-Back-metoden» (TBM) og «Motiverende intervju» (MI) (2).

Imidlertid foreligger det begrenset kunnskap om effekten av «Lytt-fortell-lytt», og modellen beskrives ikke videre. TBM er en modell hvor behandleren gir informasjon om et medikament før pasienten blir bedt om å gjenfortelle det som har blitt sagt. Dersom pasienten ikke kan gjenfortelle, må informasjonen gjentas eller bli forklart på en annen måte (19).

MI er en modell hvor det legges vekt på endring, motivasjon og mestring i samtalen. Målet er å ha konstruktive samtaler hvor pasienten får mulighet til å overtale seg selv til endring (25).

Systematiske oversiktsartikler viser at å bruke TBM og MI i samtale med en sykepleier kan forhindre reinnleggelser samt bidra til økt medikamentetterlevelse hos pasienter med hjertesvikt og andre kroniske lidelser (19, 24, 25).

## Konklusjon

Grunnpilaren i behandlingen av hjertesvikt er den medikamentelle. Målet er å optimalisere hjertets pumpefunksjon, bedre den perifere sirkulasjonen og bremse kompensasjonsmekanismer som på sikt er skadelige for pasienten.

Imidlertid er det en stor andel pasienter som ikke tar medikamenter som foreskrevet. Sykepleiere er i en sentral posisjon til å kunne gjenkjenne pasientens behov og bygge en relasjon til vedkommende. Utskrivningssamtale med sykepleiere kan dermed bidra til økt medikamentetterlevelse.



## Implikasjoner for praksis

Utskrivningssamtale med en sykepleier kan gi økt medikamentetterlevelse samt bedre pasientens utkomme og livskvalitet ved hjertesvikt.

Bedre medikamentetterlevelse kan redusere reinnleggelser og liggedøgn for pasienter med hjertesvikt og dermed redusere samfunnsøkonomiske kostnader.

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

## Referanser

1. Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Card Fail Rev.* 2017;3(1):7–11. DOI: [10.15420/cfr.2016:25:2](https://doi.org/10.15420/cfr.2016:25:2)
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599–726. DOI: [10.1093/eurheartj/ehab368](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368)
3. Skogli E, Stokke OM, Vikøren S. Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene knyttet til hjertesvikt. Oslo: Menon Economics; 2020. Menon Economics-rapport 2020:37.
4. Gullestad L. Hjertesvikt. I: Dalen H, red. *Kardiologi – klinisk veileder*. 1 utg. Oslo: Gyldendal; 2019. s. 194–210.
5. Stubberud DG. Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. I: Stubberud DG, red. *Sykepleier til personer med hjertesykdom*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 115–34.
6. Custodis F, Rohlehr F, Wachter A, Böhm M, Schulz M, Laufs U. Medication knowledge of patients hospitalized for heart failure at admission after discharge. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:2333–9. DOI: [10.2147/PPA.S113912](https://doi.org/10.2147/PPA.S113912)
7. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation.* 2005;111(2):179–85. DOI: [10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8](https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8)
8. Forsyth P, Richardson J, Lowrie R. Patient-reported barriers to medication adherence in heart failure in Scotland. *Int J Pharm Pract.* 2019;27(5):443–50. DOI: [10.1111/ijpp.12511](https://doi.org/10.1111/ijpp.12511)

9. Rasmussen AA, Wiggers H, Jensen M, Berg SK, Rasmussen TB, Borregaard B, et al. Patient-reported outcomes and medication adherence in patients with heart failure. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2021;7(4):287–95. DOI: [10.1093/ehjcvp/pvaa097](https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvaa097)
10. Paul S. Hospital discharge for patients with heart failure: What really works and what is the evidence? *Crit Care Nurse*. 2008;28(2):66–82.
11. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Burkhart PV. Medication adherence in patients who have heart failure: a review of the literature. *Nurs Clin North Am*. 2008;43(1):133–53. DOI: [10.1016/j.cnur.2007.10.006](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.10.006)
12. Helsedirektoratet. Hjertesvikt – reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 07.03.2019 [oppdatert 17.09.2020, hentet 27.10.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-hjertesvikt>
13. Stubberud DG. Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt hjertesvikt. I: Stubberud DG, red. *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 94–114.
14. Kjetland MB, Nordstad MG. Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I: Stubberud DG, red. *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 447–514.
15. Hov I, Bjartnes M, Slørdal L, Spigset O. Tas legemidler som foreskrevet? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2012;132:418–22. DOI: [10.4045/tidsskr.11.0225](https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0225)
16. Chakrabarti S. What's the name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014;4(2):30–6. DOI: [10.5498/wjp.v4.i2.30](https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i2.30)
17. Verdens helseorganisasjon (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: WHO; 2003. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682> (nedlastet 15.06.2022).
18. Pettersen TR, Fridlund B, Bendz B, Nordrehaug JE, Rotevatn S, Schjøtt J, et al. Challenges adhering to a medication regimen following first-time percutaneous coronary intervention: a patient perspective. *Int J Nurs Stud*. 2018;88:16–24. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2018.07.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.013)

19. Almkuist KD. Using Teach-back method to prevent 30-day readmissions in patients with heart failure: a systematic review. *Medsurg Nurs.* 2017;26(5):309–312, 351.
20. Virgolesi M, Pucciarelli G, Colantoni AM, D’Andrea F, Di Donato B, Giorgi F, et al. The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2017;26(23–24):4456–66. DOI: [10.1111/jocn.13776](https://doi.org/10.1111/jocn.13776)
21. Yoleen P, Camp V, Rompaey BV, Elseviers MM. Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69(4):761–70. DOI: [10.1007/s00228-012-1419-y](https://doi.org/10.1007/s00228-012-1419-y)
22. Valaker I, Norekvål TM, Råholm MB, Nordrehaug JE, Rotevatn S, Fridlund B. Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient’s perspective across secondary and primary care settings. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2017;16(5):444–52. DOI: [10.1177/1474515117690298](https://doi.org/10.1177/1474515117690298)
23. Lov 2. juni 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 15.06.2022).
24. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2016;31(8):929–40. DOI: [10.1007/s11606-016-3685-3](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3685-3)
25. Helsedirektoratet. Motiverende intervju som metode. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode> (nedlastet 17.10.2021).

## FAGUTVIKLING

# Hjertepasienter tar ikke medisiner riktig

Pasienter med hjertesvikt som ikke tar medisiner som anbefalt har dårligere prognoser.

Hjertesvikt er i dag den mest utbredte kardiovaskulære sykdommen i verden, og forekomsten er stadig økende (1). Omtrent 2 prosent av den voksne befolkningen og 10 prosent av alle over 70 år har hjertesvikt (2), hvilket i Norge tilsvarer om lag 100 000 personer. Til tross for fremskritt i evidensbasert behandling av hjertesvikt, forblir prognosen dårlig (3,4).

## Medisiner

Etterlevelse omhandler i hvilken grad en pasient tar et legemiddel som forskrevet av lege. Dersom pasienten tar for lite eller for mye av et legemiddel, eller tar riktig dose, men til feil tid, har pasienten dårlig etterlevelse (5). Studier viser at omtrent 50 prosent av pasienter med kroniske sykdommer ikke tar medisiner som forskrevet (5–7), og at 20–30 prosent av alle resepter aldri fornyes (8).

Mangelfull overholdelse av hjertesviktregimer medfører forverring av symptomer, reinleggelse, redusert livskvalitet (2,9) og dårligere prognose (10). Denne artikkelen har som mål å gi økt forståelse for faktorer som påvirker etterlevelse i denne pasientgruppen, og diskutere tiltak som kan iverksettes for å bidra til bedre etterlevelse.

## Hjertesvikt

Hjertesvikt defineres som et klinisk syndrom kjennetegnet av typiske symptomer og tegn på unormal struktur eller funksjon av hjertet, hvilket medfører redusert minuttvolum og dermed også redusert leveranse av oksygen og næringsstoffer til krop-

pens øvrige organer. Typiske symptomer kan være dyspné, ortopné, ankelødem, tretthet og redusert arbeidstoleranse. Når pasienten har hatt hjertesvikt over tid, anses den som kronisk (2).

## Ond sirkel

Når en pasient utvikler hjertesvikt, kompenserer kroppen med å aktivere nevrohormonelle mekanismer. Dette fører blant annet til at hjertefrekvensen øker, hvilket videre øker behovet for oksygen til hjertemuskulaturen. Aktivering av Renin-Angiotensin-Aldosteron Systemet (RAAS) øker reabsorpsjon av vann og salter. Dette gir et større sirkulerende volum og dermed høyere blodtrykk, som igjen øker belastningen på hjertet. Dette blir en ond sirkel, som over tid fører til ytterligere skade (11). Den medikamentelle behandlingen ved hjertesvikt går ut på å hindre denne onde sirkelen (12).

## NYHA

Hjertesvikt kan klassifiseres etter funksjonsnivå og grad av symptomer, og i den sammenheng er det vanlig å benytte New York Heart Assosiation (NYHA) sitt klassifikasjonssystem (12) (se figur 1). Pasienter med få eller ingen symptomer er i klasse 1–2, og pasienter med moderat til alvorlig grad av symptomer er i klasse 3–4 (2). Det er mange risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt, og koronarsykdom er den hyppigste (13). Dårlig medikamentetterlevelse er også en betydelig, men ofte ukjent kardiovaskulær risikofaktor for alle pasientgrupper (3,14).

# NYHA- klassifikasjon

**NYHA klasse 1:** Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet

**NYHA klasse 2:** Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet

**NYHA klasse 3:** Symptomer på hjertesvikt ved nesten all fysisk aktivitet

**NYHA klasse 4:** Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet

**Figur 1: NYHA-klassifikasjon (25)**

## Behandling

Ubehandlet hjertesvikt gir alvorlig og ofte dødelig utfall (14). Dødeligheten er i tillegg 40 prosent høyere blant dem som ikke tar medisiner som forskrevet, enn blant dem med god etterlevelse (10). En rekke effektive medikamenter har blitt utviklet gjennom kliniske studier av kardiovaskulære sykdommer (14), deriblant sentrale legemidler som Angiotensin Converting Enzyme-hemmere (ACE), betablokkere, aldosteronantagonister (MRA), Angiotensin 2 Reseptor-blokkere (ARB), samt slyngdiuretika. Sistnevnte har imidlertid ikke vist effekt på dødelighet eller sykkelighet, men brukes som symptomatisk behandling (2).

## Bivirkninger

Målet med den farmakologiske behandlingen er å lindre symptomer, forebygge sykehusinnleggelse, forbedre prognose og redusere dødelighet (2,15). De fleste medikamentene skal startes opp i lav dose og økes så langt opp mot måldose som mulig før utskrivelse fra sykehus. Etter utskrivelse bør det være en plan for videre optimalisering av medikamentene (2). Medikamentene kan også gi bivirkninger. Kjente bivirkninger ved bruk av ACE-hemmere er blant annet tørrhoste, symptomatisk lavt blodtrykk, forverring av nyrefunksjon og i sjeldne tilfeller hevelser i munn og svelg (2). Ved oppstart med betablokker vil pasienter kunne oppleve økt dyspné, tretthet og tyngdefølelse i kroppen, samt redusert arbeidskapasitet. Vanligvis forsvinner disse bivirkningene innen sju dager, mens noen opplever å få varige plager (5). Fare for bivirkninger av medikamenter øker med alderen og ved tilleggssykdommer (16).

## Etterlevelse

Etterlevelse er et stort problem verden over ved langtidsbehandling av kroniske sykdommer (6). Dette gjelder også pasienter med hjertesvikt, på tross av at pasienter i denne gruppen selv rapporterer høy etterlevelse (17,18). Studier viser imidlertid store forskjeller mellom selvrapportert og objektivt målt etterlevelse (18,19). Blant annet viste en klinisk studie at selvrapportert etterlevelse var hele 100 prosent, men objektivt målt var det kun 76 prosent av de samme pasientene som tok medisinene som forskrevet (18).

I tillegg til dårligere utfall for pasienten, medfører dårlig etterlevelse økt ressursutnyttelse av helsetjenester og helseøkonomiske kostnader (2,6,14). En nyere studie konkluderte med at dårlig etterlevelse av medikamenter faktisk er den viktigste årsaken til reinnleggelse i sykehus for pasienter med hjertesvikt (1).

## Årsaker

Eldre pasienter er en sårbar gruppe når det gjelder medikamentetterlevelse (9). De har ofte flere diagnoser og må forholde seg til komplekse medikamentregimer (4). Dårlig etterlevelse kan være en bevisst eller ubevisst handling. Ubevisste handlinger kan være forglemmelser eller misforståelser, og er mest vanlig blant eldre og blant pasienter som tar mange legemidler daglig (5).

Bruk av mange legemidler, redusert syn, hørsel, kognitiv funksjon, sosiale og økonomiske ressurser eller kunnskap om egen helse, er faktorer som kan komplisere Eldres evne til å ta medikamenter (4,20). Bevisste handlinger som fører til dårlig etterlevelse kan dreie seg om skepsis, frykt for bivirkninger, følelse av ikke å være syk, manglende effekt eller kostnader for pasienten (5).

Etterlevelse av medikamenter og råd som blir gitt av helsepersonell er også et problem blant yngre personer, og da spesielt blant menn (20,21).

## **Tiltak**

Tilnærminger for å overvåke og forbedre etterlevelse av medikamenter må være flerdimensjonale og tverrfaglige (7,9,20). Tiltak på politisk nivå handler blant annet om å redusere utgifter for pasienten ved økt dekning av reseptbelagte legemidler (22,23). Tiltak rettet mot helsevesenet dreier seg om å informere helsepersonell bedre om etterlevelse, å forskrive langtidsvirkende medikamenter (7) og å redusere doseringsfrekvens (7,14). Å involvere farmasøyt har også vist seg å være effektivt og anbefales som en del av tverrfaglig oppfølging hos denne pasientgruppen (24).

## **Poliklinikk**

Et sentralt oppfølgingstilbud i dag er sykepleierledet hjertesviktpoliklinikk hvor pasienten settes i en læringsarena og får oppfølging over tid (25). Her er sentrale elementer optimalisering av medikamenter og opplæring til egenomsorg (12), deriblant medikamentetterlevelse og egendosering av diuretika (2). Denne type oppfølging har vist seg å forebygge symptomforverring, sykehusinnleggelse, dødelighet (12) samt bedret etterlevelse (26).

## **Multidose**

Tiltak på pasientnivå retter seg blant annet mot økt opplæring, inkludert informasjon om hvor viktig etterlevelse er (7). Det er nødvendig at opplæringen starter allerede under sykehusoppholdet og fortsetter ved oppfølging etter utskrivelse (27). Tilbakemelding om etterlevelse fra helsepersonell (22), samt hjelpemidler som medisindosett eller multidose, har også vist seg positivt. Multidose er i dag blitt en vanlig erstatning for de tradisjonelle medisindosettene (5).



## Diskusjon

Når pasienten føler seg frisk, kan det være vanskelig å se behovet for å ta medisiner. Dette kan sees i sammenheng med pasienter som er i lavere NYHA-klasser, som har få eller ingen symptomer. Opplevelse av at medisinene ikke virker kan forstås ved at medikamentene som brukes i behandlingen av hjertesvikt ikke eliminerer symptomene etter kort tid, men virker langsiktig for å forsinke den progressive utviklingen av hjertesvikten (2).

Skepsis til å ta medisiner og frykt for bivirkninger er gjerne basert på rykter fra bekjente eller media. Samtidig ser vi at flere pasienter opplever å få bivirkninger. Alternativet kan da være å bytte til et annet medikament i samråd med lege, som for eksempel å endre til ARB dersom pasienten ikke tolererer en ACE-hemmer (2). Det er viktig at informasjon om vanlige bivirkninger blir gitt før oppstart med et medikament (5). Det er derfor nødvendig at helsepersonell kjenner til de ulike legemidlene, vanlige bivirkninger og deres varighet. For å unngå å skremme pasienten bør slik informasjon være balansert og legge vekt på de positive effektene ved å ta legemiddelet. Det kan forebygge at vedkommende avslutter behandlingen dersom han eller hun opplever ubehag (5). Helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på bivirkninger hos eldre og pasienter med flere diagnoser, ettersom de er mer utsatte.

## Diuretika

Diuretika kan gi praktiske og sosiale utfordringer for pasienten. Å slutte med det kan gi alvorlige konsekvenser, som utvikling av lungeødem. Opplæring til egenomsorg og egendosering av diuretika, ut fra symptomovervåkning og daglige vektmålinger, kan forebygge dette (2,5). Pasienten må også få informasjon om at inntak av diuretika kan justeres ut fra planlagte sosiale aktiviteter eller liknende (5).

Dette er en del av opplæringen som tilbys ved hjertesviktpoliklinikkene, men sjelden på sengepostene.

## Informasjon

En fellesnevner for utfordringene ved etterlevelse er med andre ord behovet for informasjon og undervisning, og det er nødvendig at nettopp denne type opplæring starter allerede under sykehusoppholdet (27). Mange slutter med medikamenter når de skrives ut fra sykehuset (7), hvilket understreker viktigheten av tidlig intervensjon.

Det kan være utfordrende å få tid til samtaler og informasjon på sengepost. Sykehushverdagen er ofte travel, legevisitter blir korte, og det er begrenset tid til å lytte til pasientene (25).

Ved utskrivelse fra sykehus mottar alle pasienter en skriftlig orientering som blant annet inneholder oversikt over videre medikamentell behandling. Den skal ideelt sett forklares muntlig, men i praksis er kvaliteten på slik gjennomgang tidvis variabel, og av tidshensyn er det ofte ikke praktisk gjennomførbart med utskrivingsamtaler. På tross av at orienteringen skal være formulert på en lettfattelig måte og uten bruk av fagspråk, inneholder den blant annet referanser til doseringsfrekvens. Dette har enkelte pasienter problemer med å forstå og illustreres enkelte ganger av at pasienter ber sykepleier om videre forklaring og utdypning.

Det er vist at en time undervisning med sykepleier før utskrivelse har ført til forbedret medikamentetterlevelse (28). For at dette skal bli praktisk gjennomførbart må det tilrettelegges for dette på systemnivå. Dårlig etterlevelse er ofte en viktig årsak til reinnleggelser hos pasienter med hjertesvikt (1). På sikt kan det dermed ligge god økonomi i å prioritere tid til informasjon, slik at en sikrer at pasienten er innforstått med hvordan han skal forholde seg til de medisinene han utskrives med. Bedre tid til kommunikasjon og informasjon vil bidra til å fremme etterlevelse basert på forståelse fremfor passiv overholdelse av et foreskrevet regime.

## **Komplisert**

Den farmakologiske utviklingen har resultert i et komplisert medikamentregime (9). Forskrivning av medikamenter som er langtidsvirkende og kan doseres en gang daglig er verdifulle for å bedre etterlevelse, i de tilfeller pasienten tåler det (7,14). Dette vil relativt enkelt kunne implementeres i praksis dersom lege er bevisst på det under forskrivning av medikamenter.

I møte med eldre pasienter ser vi ofte at det er vanlig med støtte fra ektefelle som bidrar med å administrere medisiner. I andre tilfeller ønsker pasienten gjerne å få hjelpemidler som medisindosett eller multidoser. Dette kan være nyttig, spesielt for pasienter med kognitiv svikt (5).

Ifølge en dansk studie (29), er multidoser best egnet for personer som bruker flere legemidler, i den grad dose og medikamentbruk er stabilt over tid. Studien viste imidlertid at medikamentendringer i mange tilfeller ikke registreres hos apotek eller fastlege, hvilket kunne få alvorlige konsekvenser for pasienten. Dette støttes av erfaringer fra vår egen praksis. Man kan derfor spørre om multidoser er et egnet hjelpemiddel til denne pasientgruppen ettersom pasientene har hyppige innleggelse i sykehus der justering av medikamenter ofte forekommer.

## Oppfølging

Ved utskrivelse fra sykehus bør det være en plan for videre oppfølging (2,27). Tidlig henvisning til hjertesviktpoliklinikk kan sikre at opplæring og oppfølging av pasient blir ivaretatt. De fleste blir henvist etter sykehusopphold, men det har også vært påpekt at langt flere burde henvises fra allmennpraksis (12). For å gjøre helsepersonell oppmerksomme på dette er det nødvendig at slike tilbud er synlige både i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Det anbefales også at farmasøyt involveres i oppfølgingen av hjertesviktpasienter (24). Dette kan bidra til å øke pasienters kunnskap om medikamenter, sikre optimalisering av behandlingen og redusere fare for bivirkninger (4). I praksis er denne profesjonen lite synlig i pasientbehandlingen, og det kan derfor være viktig å tilrettelegge for slik involvering.

## Barrierer

Som tidligere nevnt har selvrapportert medikamentetterlevelse vist seg å være meget høy blant hjertesviktpasienter (17,18), samtidig som den har vist seg å være betraktelig lavere ved bruk av objektive mål. Mulige forklaringer på dette kan være at forglemmelse er en fremtredende barriere mot å følge forskrevet medisin, eller at pasientene ikke ønsker å innrømme at de ikke har tatt medisin som forskrevet. Det er sjelden at pasienter selv forteller om dårlig etterlevelse, og det er derfor viktig at helsepersonell aktivt spør pasienten om det (5). Dette er også nødvendig for å kunne gi tilbakemelding om etterlevelse til pasienten, og på den måten bidra til å bedre etterlevelse (22). I kliniske studier vet pasientene at de blir observert. Man kan spørre seg om kliniske studier reflekterer den «virkelige praksis» eller om faktisk etterlevelse, uten observasjon, er enda lavere.

## **Konklusjon**

Medikamentetterlevelse er en vesentlig utfordring i behandlingen av hjertesviktpasienter. De ulike barrierene for etterlevelse påvirkes av en rekke faktorer, både bevisste og ubevisste, hos enkeltindivider så vel som på systemnivå. Tiltakene for å bedre etterlevelse dreier seg i hovedsak om informasjon og undervisning av pasienter og helsepersonell, og er relevante for flere ulike profesjoner innenfor helsevesenet.

For å sikre optimal behandling er det nødvendig å øke kunnskap om etterlevelse på alle nivåer. Tilrettelegging av tverrfaglig samarbeid, tid til informasjon under sykehusopphold og videre oppfølging er nødvendig for å sikre at pasienter skal kunne følge behandlingen. Konkrete tiltak som for eksempel undervisning med sykepleier før utskrivelse, vil kunne være nyttigevirkemidler for å oppnå dette.

## **Referanser**

1. Riegel B, Knafelz GJ. Electronically monitored medication adherence predicts hospitalization in heart failure patients. *Patient Prefer Adherence* 2013; 8:1–13.
2. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure 2012. *Eur Heart J* 2012;33:1787-1847.
3. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure: The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2004;25:1614–19.
4. Rich MW. Management of heart failure in the elderly. *Heart Failure Reviews* 2002;7(1):89–97.
5. Nordeng H, Spigset O. *Legemidler og bruken av dem*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
6. World Health Organization. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action* 2003. Geneva: WHO. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_introduction.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf) (16.01.2015)
7. Munger MA, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. *MedGenMed* 2007;9(3):58.
8. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2): CD000011.
9. van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol* 2008;125(2):203–8.
10. Hauptman PJ. Medication adherence in heart failure. *Heart Failure Reviews* 2008;13(1): 99-106.
11. Stokstad O. *Hjertesvikt, angina og infarkt*. I: Stokstad O, red. *Kardiovaskulær intensivmedisin*; 2. utg. Latvia: Cappelen Damm AS, 2011:146.
12. Gullestad L. *Hjertesvikt i allmennpraksis*. I: Forfang K, Istad H, red. *Kardiologi-klinisk veileder*; 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012:174–88.
13. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442–63.
14. Frishman WH. Importance of medication adherence in cardiovascular disease and the value of once-daily treatment regimens. *Cardiol Rev* 2007;15(5):257–63.
15. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr. DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013;128:240–327
16. Cheng JW, Nayar M. A review of heart failure management in the elderly population. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7(5):233–49.
17. Martje HL, van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, et

- al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 2006;27:434-40.
18. Nieuwenhuis MW, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ, van der Wal MH. Self-reported versus true adherence in heart failure patients: A study using the medication event monitoring system. *Net Heart J* 2012;20:313-19.
19. Muzzarelli S, Brunner-La Rocca H, Pfister O, Foglia P, Moschovitis G, Mombelli G, et al. Adherence to the medical regime in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2010;12(4): 389-96.
20. Ambardekar AV, Fonarow GC, Hernandez AF, Pan W, Yancy CW, Krantz MJ. Characteristics and in-hospital outcomes for nonadherent patients with heart failure: Findings from Get With the Guidelines-Heart Failure (GWTG-HF). *Am Heart J* 2009;158(4): 644-52.
21. Lainscak M, Cleland JG, Lenzen MJ, Nabb S, Keber I, Follath F, et al. Recall of lifestyle advice in patients recently hospitalised with heart failure: a EuroHeart Failure Survey analysis. *Eur J Heart Fail* 2007;9 (11): 1095-1103.
22. Demonceau J, Ruppard T, Kristanto P, Hughes DA, Fargher E, Karadas P, et al. Identification and Assessment of Adherence Enhancing Interventions in Studies Assessing Medication Adherence Through Electronically Compiled Drug Dosing Histories: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Drugs* 2013;73(6): 545-62.
23. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157 (11):785-95.
24. Ponniah A, Anderson B, Shakib S, Doecke CJ, Angley MJ. Pharmacists' role in the postdischarge management of patients with heart failure: a literature review. *J Clin Pharm Ther* 2007;32(4):343-52.
25. Fållun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesialkompetanse. *Sykepleien* 2013;101 (13): 68-70
26. Lu L, Jackevicius C, de Leon N, Warner A, Chang D, Mody F. Impact of a multidisciplinary heart failure post-discharge management clinic on medication adherence. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(12\_S)
27. Prasun MA. Heart failure patient education. *Heart Lung* 2014;43(6): 485
28. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2005;111(2):179-85.
29. Rheuter LØ, Lysen C, Faxholm M, Salomon L, Hendriksen C. Multi-dose drug dispensing is a challenge across the primary-secondary care interface. *Dan Med Bull* 2011;58(12): A4341.

# – Ja til hjertesvikt, nei til demens

– Min mor er dement. Det skulle likevel mye til for å sikre henne en sykehjemsplass, skriver Ole Berthelsen.

**Ole Berthelsen**

Sønn og pårørende

---

Demensomsorg

Moren min har lenge slitt med demens.

Hun er sikker på at det er fremmede i leiligheten, og hun kan sjekke døra og gå ut i korridoren et titalls ganger i løpet av natta.

Hun har blitt plukket opp av naboer som har møtt henne på kveldstid ved inngangen og fulgt henne opp i leiligheten fordi hun ikke fant veien selv.

Hun har ringt oss pårørende på natten med panikkanfall fordi hun ikke kjenner seg igjen i leiligheten, eller mener det har vært fremmede på besøk.

## **Uforsvarlig og uverdigg**

Dette er en tilstand vi pårørende mente var både uforsvarlig og uverdigg. Ikke minst fordi vi vet at mor bare unntaksvis er i stand til å håndtere telefonen og ringe oss.

Bydelen hevdet likevel hun ikke kvalifiserte til sykehjemsplass. Signalet var at så lenge det ikke var noe alvorlig fysisk i veien, var det heller ikke behov for sykehjem.

## **«Kontrasten var stor da hun nylig ble innlagt for mulig hjertesvikt.»**

Kontrasten var stor da hun nylig ble innlagt for mulig hjertesvikt. Da kom ambulansen ikke bare én gang, men to, i løpet av samme helg. Det ble gjort utredninger, og hun ble innlagt til observasjon.

Det samme var ikke tilfelle da søsteren min og jeg på nyåret påpekte at mor var blitt mer dement, forvirret og paranoid i løpet av bare noen måneder.

## **Søknad avslått**

Den første søknaden om sykehjem ble avslått med henvisning til at hun fikk forsvarlig omsorg hjemme. Det ble også vist til at hun hadde trygghetsalarm til tross for at bydelen var informert om at hun ikke var i stand til å bruke den dersom noe skjedde.

Etter å ha klaget på vedtaket, fikk vi beskjed om at saken ville bli sendt til gjennomgang hos statsforvalteren, og at behandlingen der kunne ta lang tid.

På spørsmål om hva hun skulle gjøre i mellomtiden, var svaret fra bydelen at hun enten måtte vente til statsforvalteren hadde behandlet saken, eller trekke klagen og fremme en ny søknad.

Vi valgte da å trekke klagen og fremme ny søknad av frykt for hva som kunne skje med mor mens klagen ble behandlet.

## **Rystende holdninger**

Jeg skulle like å se hvordan en tilsvarende klage om manglende behandling for hjertesvikt ville blitt håndtert.

Hadde vi da fått svar om at ny vurdering måtte vente til statsforvalteren hadde sagt sitt, og at en klage på vedtaket måtte trekkes før hun kunne få behandling?

Dette avslører den absurde forskjellsbehandlingen av demente.

## **«Dersom det er snakk om psykiatri, virker det som om hjelpeapparatet tror tid ikke er en faktor.»**

Har noen en somatisk lidelse, tar helsevesenet det på alvor og handler umiddelbart. Dersom det er snakk om psykiatri – i dette tilfellet demens i utvikling – virker det som om hjelpeapparatet tror tid ikke er en faktor.

Så lenge klienten greier å gå på do ved egen hjelp, er det ikke så farlig om hun er oppe ti ganger i løpet av en natt for å sjekke om det er fremmede utenfor, eller spør oss som kommer på besøk om hvor doen er.

Som pårørende er det rystende å se slike holdninger i Norge i 2021.



## Dømt til å tape

Det er først og fremst et ledelsesproblem. Den enkelte hjemmesykepleier eller saksbehandler i systemet gjør så godt de kan. Men at lederne deres ikke tar begreper som forsvarlig omsorg og livskvalitet på alvor, er uforståelig.

Man kan mistenke at bydelen bevisst bagatelliserer behovet for sykehjemsplass fordi en uforsvarlig hjemmesituasjon utløser en lovfestet plikt til å tilby plass.

Derfor er det kanskje enklere å late som at klienten fortsatt kan greie seg med hjemmesykepleie og innsats fra pårørende, til tross for overveldende dokumentasjon på det motsatte.

En slik holdning pålegger bydelen et stort ansvar dersom noe går galt.

Heldigvis har mor nå fått sykehjemsplass – etter et halvt års runddans med søknad, klage på avslag, trukket klage og ny søknad.

Andre demente i samme situasjon, uten hjelpere som tar opp kampen, er dømt til å tape.

Det eneste de kan håpe på, er en hjertesvikt. Det klinger bedre enn omsorgssvikt. Man kan spørre seg: Hvor ligger egentlig svikten, og er det slik vi vil ha det?

Dette innlegget ble først publisert av [NRK Ytring](#).