



Sykepleien

Fag og forskning

2020

**#Rehabilitering,
alderdom og død**



Referenser. 1. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1> (Lest 13.05.2020) 2. Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). 3. Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). 4. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 04.05.2020). 5. Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (Sist oppdatert 04.05.2020). 6. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020).

Xultophy®/Novo Nordisk®

C **Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog**

ATC-nr.: A10A E56

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml + 3,6 mg/ml: 1 ml inneh.: Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.**

Indikasjoner: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll, som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.

Dosering: For å bedre sporbarheten skal navn og batchnr. protokollføres. Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosertrinn. 1 dosertrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosertrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. **Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Overgang fra ethvert insulinregime som inkluderer en basalinulinkomponent:** Behandling med andre insulinregimer skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra annen insulinbehandling som inkluderer en basalinulinkomponent, er anbefalt startdose 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides, men kan reduseres for å unngå hypoglykemi i enkelte tilfeller. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Som tillegg til orale glukoseenkende legemidler:** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosertrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. **Glemt dose:** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenoppnås vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ikke relevant. **Eldre ≥65 år:** Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosertrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosertrinn. Dosestøtteren viser antall dosertrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderpumpen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injiseres uavhengig av måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. **Hypoglykemi:** For høy dose i forhold til behovet, utetalelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve dosering. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarslar på hypoglykemi eller som opplever hypoglykemiaffekt. **Hypoglykemi:** Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av diabetesbehandlingen kan føre til hypoglykemi og potensielt til hyperosmolalt koma. Ved seponering skal det sikres at retningsslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hypoglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hypoglykemi. Ubehandlete hypoglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. **Kombinasjon med pioglitazon:** Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Antistoffer:** Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Akutt pankreatitt:** Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister, inkl. liraglutid. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjenoppnås. **Thyreoida:** Thyreoidabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoidesykdom. Preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. **Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:** Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. **Dehydrering:** Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Feilmedisinering:** Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsikret forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosertrinn på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. **Ikke-undersøkte populasjoner:** Overføring til preparatet fra doser av basalinulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt NYHA klasse IV, og preparatet anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinkinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Biotablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikonseptiva, tiazider, glukokortikoider, thyreoidahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hypoglykemi monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. **Amning:** Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amning pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekst hos diende rotter. **Fertilitet:** Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av 4-6 dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. **Svært vanlige (≥1/10):** Stoffsiftke/ernæring: Hypoglykemi¹. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon, diaré, dyspepsi, forstoppelse, gastritt, gastrooesofageal refluksykdom, kvalme, magesmerter, oppkast. Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet². Stoffsiftke/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt amylose, økt lipase. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Flatulens, gulping/raping. Hud: Ervervet lipodystrofi³, hudutslett, kløe. Immunsystemet: Overfølsomhet, urticaria. Lever/galle: Gallestein, kolecystitt. Stoffsiftke/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjerterytme. **Ukjent frekvens:** Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Generelle: Perifer ødem. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon.

¹Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampesammentrekning, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.
²Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.
³Inkl. lipohypertrofi, lipatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

Overdosering/Forgiftning: Begrenset data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og krampesammentrekning til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Gifitinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper: Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec binder spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukoseenkende effekt av insulin degludec skyldes at oppskott av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multimersamer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukoseenkende effekt med lav dag-tid-dag-variasjon mht. insulin-effekt. Kardiovaskulær sikkerhet av insulin degludec er bekreftet, se SPC for ytterligere informasjon. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukoseenkning involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvækt og mengde kroppsvett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energinntak. Liraglutid er vist å forebygge kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. **Proteinbinding:** Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. **Halveringstid:** Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. **Metabolisme:** Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryselementet. Skal ikke fryses. La pennenheten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennenheten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd.

Pakninger og priser: 3 × 3 ml¹ (ferdigfylt penn) kr 1341,40.

Refusjon: **'A10A E56.1 Insulin degludec og liraglutid**

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	E11	Diabetes mellitus type 2

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin

Sist endret: 12.05.2020

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 04.05.2020

Pris per mai 2020



Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
Telefon: +47 22 18 50 51

www.novonordisk.no
E-post: kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Xultophy® – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept¹

Insulatard® (NPH-insulin)



Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard® eller andre basalinsuliner?

Overgang til Xultophy® fra 20-50 enheter basalinsulin/døgn er undersøkt i klinisk studie²

Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

16 dosetrinn^{4*}
Xultophy®

i kombinasjon med metformin

For bedre glykemisk kontroll³

Xultophy® (Insulin degludec + liraglutid)



Xultophy®:

1 injeksjon daglig⁴
Kan tas uavhengig av måltid²

1 blodglukosemåling daglig
Juster Xultophy®-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasma-glukose før frokost²

Se under for refusjonsbetingelser¹

*Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll²

Indikasjon³

Xultophy® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

Kontraindikasjon³

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

Refusjonsberettiget bruk¹

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon²

- Xultophy®** er et kombinasjonspreparat og består av insulin degludec og liraglutid, som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll
- Kardiovaskulær sikkerhet** bekreftet for både insulin degludec (DEVOTE) og liraglutid (LEADER)
- Til subkutan injeksjon** (lår, overarm eller abdominalvegg) 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid
- Glemt dose:** Ta dosen når man oppdager det, og gjenoppta deretter vanlig doseregime. Det skal alltid være minst 8 timer mellom hver injeksjon
- Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$ brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning ($\geq 1/10$ brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelattelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- Overføring** til Xultophy® fra doser av basalinsulin < 20 og > 50 enheter er ikke undersøkt
- Skal ikke brukes** hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose

	Xultophy® kan benyttes	Xultophy® anbefales ikke
Alder	Voksne, inkludert eldre (≥ 65 år) Hos eldre (≥ 65 år): Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	Barn/ungdom under 18 år
Nyrefunksjon	Let, moderat eller alvorlig nedsatt. Ved nedsatt nyrefunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	Terminal nyresykdom (eGFR < 15 – og behov for dialyse/transplantasjon)
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Mild og moderat nedsatt Ved nedsatt leverfunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	Alvorlig nedsatt

Unngå feilmedisinering.

Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy® og andre injiserbare diabetespreparater. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatortalen før forskrivning av Xultophy®.



NYE NUTRIDRINK 2 KCAL

Når behovet er større enn appetitten



Supplering med Nutridrink 2 kcal, en protein- og energirik næringsdrikk, kan hjelpe skrøpelige eldre med å oppnå ernæringsmålene sine raskere¹⁻². De smakfulle næringsdrikkene gjør det lettere å finne smaken på livet igjen, selv når appetitten mangler.

- ✓ 4 gode smaker for å lettere kunne gjennomføre ernæringsbehandlingen
- ✓ Tynn konsistens
- ✓ 2 flasker per dag dekker et normalt dagsbehov for D-vitamin hos eldre³
- ✓ Høy næringstetthet for å oppnå ernæringsmålene raskere
- ✓ Høyt proteininnhold som hjelper med å vedlikeholde og gjenoppbygge muskelmasse⁴

Referanser: 1. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G et al. Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA 2013;14:392-397. 2. Tieland M, van de Rest Q, Dirks ML, et al. Protein supplementation improves physical performance in frail elderly people: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:720-726. 3. Nordic Nutrition Recommendations, 2012. 4. Better Care through better nutrition: value and effects of medical nutrition. MNI Evidence Dossier. 2018.2. *Nutridrink 2 kcal er registrert som næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.

Tlf: 23 00 21 00 | www.nutricia.no

NUTRICIA
Nutridrink®
2 kcal

5
NYE UTGAVER



Fag og forskning 2020

Fem nye spesialutgaver med fag- og forskningsartikler:

#Akutt, kritisk og kronisk sykdom

#Etikk, metode og verktøy

#Migrasjonshelse, psykisk helse og rus

#Rehabilitering, alderdom og død

#Seksualitet, fødsel og oppvekst

Se alle utgavene!

Alle NSF's medlemmer mottar ett eksemplar. På sykepleien.no har vi samlet alle bladene på ett sted. Her kan du se PDF av de ulike utgavene og lenker til alle artiklene.

Fikk du feil utgave, kan du bestille en annen utgave enn den du har fått, i NSF's fordelsbutikk på nsf.no. Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.



QR-KODE

Skann koden og kom rett til Fag og forskning 2020 på sykepleien.no, der du kan lese de ulike utgavene.



QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSF's fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.



Bestill her!

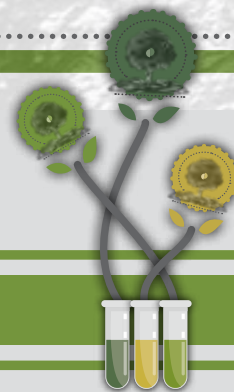
GRATIS
utgaver for medlemmer



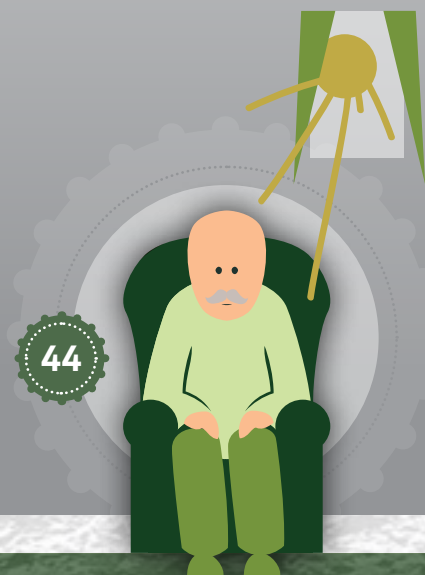
sykepleien.no

INNHOOLD

#Rehabilitering, alderdom og død



- 8 Leder, redaktør **Barth Tholens**: Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg
- 10 Kommentar, forbundsleder **Lill Sverresdatter Larsen**: Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?
- 14 Public health nurse i Japan: en modell for Norge
- 20 Sykepleiere kan bidra til en bærekraftig seniorboom
- 26 Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter
- 34 Møt forskeren, **Hanne Marie Rostad**: To tredeler av pasientene i studien hadde smerte
- 38 Kvinner har ulike opplevelser av mestring ni år etter brystkreftkirurgi
- 44 Tverrfaglig samarbeid ivaretar hjemmeboende multisyke pasienter bedre
- 48 Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien?
- 54 Nedsatt livskvalitet og oral funksjon etter hjerneslag. En kvalitativ studie
- 60 Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling
- 66 Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg?
- 72 Helsepersonell som kjelde til trøyst ved tilbakevendende eggstokkreft
- 78 Hva synes eldre om å bruke videokommunikasjon?
- 84 Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave
- 88 Etterlattes erfaring med intensivdagbok når pasienten dør
- 94 Møt forskeren, **Ann-Cathrin Melby**: Intensivdagbok hjelper etterlatte i sorgen
- 98 Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien
- 106 Hvordan kan sykepleiere møte pasienter og pårørende ved livets slutt?
- 112 Kommentar, leder av Sentralt fagforum i NSF **Mette I.R.Dønåsen**: Med faggruppene i front: – Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver



Sykepleien

Fag og forskning 2020

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf. 408 52179

**Manusredaktør
og produksjonsansvarlig:**

Signe Marie Flåt
signe.marie.flat@sykepleien.no
Tlf. 992 73284

Design og forside:

Hilde Rebård Evensen

Grafisk produksjon:

Hilde Rebård Evensen,
Monica Hilsen og Nina Hauge

Fagredaktører:

Torhild Apall Dybvik
og Eli Smedstad

Forskningsredaktør:

Edith Roth Gjevjon

Desk:

Johan Alvik, Ellen Morland,
Aud Aasen og Eivind Solfjell

Journalister:

Monica Hilsen
og Kari Anne Dolonen

Annonser:

Ingunn Roald
Tlf. 916 03812 (stilling)

Silje M. Torper
Tlf. 970 93354 (kunngjøringer)

Maud P. Kaino
Tlf. 977 42120 (produkt)

Repro og trykk:

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato:

10. september 2020

.....

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tlf.: (+47) 994 02409

E-post:
redaksjonen@sykepleien.no

.....

Fagpressen **F**
OFFLAGSKONTROLLERT



98



94



78



72



14



8

Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg

Sykepleiernes fag- og forskningsartikler bidrar til en bedre utvikling av sykepleiefaget. Men kunne de bidratt mer?

Aldri før har sykepleiere skrevet så mange artikler om sitt fag som nå. Bare i 2019 mottok tidsskriftet 150 manuser til enten fag- eller forskningsartikler.

Noen av de innsendte artiklene ble avslått, men 26 forskningsartikler og 86 fagar- tikler ble publisert. I volum, opplag og visningstall på nett er *Sykepleien* det desidert største tidsskriftet for sykepleieforskning og fagutvikling i Norge.

ARTIKLENE HAR 1,5 MILLION SIDEVISNINGER

Artiklene blir også lest. Vi publiserer alle godkjente artikler på sykepleien.no, og totalt ble de i fjor lastet ned på en nettleser godt over 1,5 millioner ganger.

I fjor var første gangen vi samlet de publiserte artiklene mellom to permer – eller rettere sagt ti permer: «Fag og forskning 2019» ble utgitt som fem forskjellige tidsskrifter. Her samlet vi artiklene etter fagfelt, og de ulike bladene ble sendt ut til medlemmene slik at de på best mulig måte ville treffe deres ulike målgrupper inne sykepleie.

Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess – derfor gjentar vi den i år, under tittelen «Fag og forskning 2020». Her har vi samlet artiklene som er blitt publisert siden forrige gang, det vil si fra august 2019.

Og igjen har vi delt NSF's medlemsmasse i fem ulike målgrupper, som hver får sitt tidsskrift. Til sammen utgjør de 684 sider stappfulle med artikler som bør interessere de aller fleste.

SKRIVER SYKEPLEIERE GODT NOK?

Volumet er uten tvil imponerende, men skriver sykepleierne godt nok? Tilfører de kunnskap som bringer helse- tjenesten videre? Styrker artiklene sykepleierne i sin



Barth Tholens

Ansvarlig redaktør
i *Sykepleien*



yrkesutøvelse? Og blir sykepleierne som yrkesgruppe bedre synliggjort ute i samfunnet gjennom publisering?

Det er selvfølgelig store og viktige spørsmål som mange bør være opptatt av. For «Fag og forskning 2020» er jo ikke underholdning eller utpreget sengelektyre. Det er heller ramme alvor, om man kan si det slik: Artiklene er sykepleiernes forsøk på å videreutvikle faget gjennom kunnskapsbaserte bidrag.

Det er «fag i front», som NSF's nye forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen vil le sagt. Ved å dokumentere sykepleiernes bidrag til kvalitetsforbedring i helsetjenesten vil samfunnet og myndighetene forstå betydning av deres innsats.

Helsetjenesten trenger hendene deres, men først og fremst hodene deres. Derfor vil NSF at det skal forskes mer og bedre på hva god sykepleie kan utrette.

ALLE ARTIKLENE VURDERES FAGLIG

Sykepleien har to fagredaktører, en forskningsredaktør, to assisterende forskningsredaktører og et godt apparat for å håndtere den økende strømmen av manuser

«Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess.» Barth Tholens

som kommer inn. De bruker sin kompetanse, sin kunnskap og sitt faglige skjønn for å skille klinten fra hveten.

En god del innsendte manus til forskningsartikler blir refusert fordi de ikke holder tiltrekkelig vitenskapelig nivå, men artiklene som blir publisert, holder et bra nivå. Refusjonsprosenten er lavere når det gjelder fagar- tikler siden disse ikke blir fagfelleverdert. Redaksjonen jobber mye med å gjøre artiklene språklig og formmessig bedre.



JA TAKK: – Artikler som tar sikte på å løfte faget ved å forstå pasientene bedre, er gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv, skriver Barth Tholens.
Arkivfoto: Erik M. Sundt



Illustrasjon:
Mospinos / Hilde Røhnd Ervosen

Dessverre ser det ut til at ikke alle lesere vet forskjellen på forskningsartikler og fagartikler. Det er litt betenkelig med tanke på at sykepleie er en akademisk utdannelse.

VI MOTTAR FÅ ARTIKLER OM PSYKISK HELSE

Ser vi på det siste årets «fangst» av artikler med et kritisk blikk, ser vi styrker, men også svakheter ved de artiklene vi har fått inn.

1. Det er en overvekt av artikler om etikk og metode, og om pleie og behandling av somatiske pasienter. Til gjengjeld er det relativt spinkelt med artikler fra psykisk helse, rus og forebygging.

2. Det er en overvekt av artikler som baserer seg på kvalitative undersøkelser eller undersøkelser som kombinerer metoder, fremfor kvantitative undersøkelser. Sykepleiere undersøker gjerne pasienters helse og velvære i et helhetlig perspektiv. Det er kunnskap som ikke så lett lar seg måle, med objektive funn som kan settes opp i tabeller med tall. Statusen til sykepleie som vitenskap lider likevel under mangelen på kvantitative pang-resultater.

3. Det er en viss tendens til at artikler har konklusjoner som få vil bli overrasket over, eller som bekrefter forhold som kan synes selvsagt. Det betyr ikke at disse artiklene ikke er nyttige. Artikler av typen «Operasjons-sykepleiere dekker opp instrumentbordet ulikt» kan for utenforstående se ut som en selvfølge, men observasjonene til forfatteren kan bane vei for nye rutiner. Det kan igjen føre til færre feil og større effektivitet.

4. Relativt mange artikler handler om informasjon, rettet enten mot pasienten eller helsepersonell seg imellom. Sykepleiere har åpenbart fått opp øynene for hvor viktig informasjon er for god samhandling.

5. Sykepleien har det siste året publisert en rekke gode, systemkritiske artikler fra sykepleiere med en kvass penn, men de er ikke i flertall. Artikler som «Ansvarsforholdet er

uklart når pasienten skrives ut» er ikke overraskende for alle som står midt oppe i dette, men kan være viktige å ha når sykepleiere skal diskutere med andre samfunnsgrupper og politikere. Den beskriver hva som kan gå galt, og også hva som bør bli bedre. Sykepleien skulle gjerne mottatt flere slike artikler av denne typen, for de bidrar til å bevege helsetjenesten i riktig retning.

6. Artikler som tar sikte på å løfte opp faget ved å forstå pasientene bedre, er også gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv. Et eksempel er artikkelen «Hvorfor vegrer pasienter med type 2-diabetes seg mot insulinbehandling?». Den forsøker å finne svar som åpenbart vil være viktig for en relativt stor pasientgruppe.

7. «Slik gjør du»-artikler er en yndet genre blant fagartikler. De kan av og til oppleves som ganske «basic» og lite revolusjonerende. Men man skal aldri undervurdere betydningen de har i sykepleiernes praktiske hverdag. Det enkle er av og til det beste!

Sykepleierforbundet har nylig vedtatt å jobbe for økt satsing på sykepleieforskning. De bidrar selv med attraktive stipender til forskere, men håpet er nok at helsemyndighetene selv ser hvor viktig det er med sykepleieforskning som kan bidra til å øke kvaliteten på helsetjenesten.

SYKEPLEIERE ER EN NØKKELFAKTOR I FREMTIDENS HELSETJENESTE

Alt tyder på at ressursene i fremtidens helsetjeneste vil bli knappe. Å undersøke og kartlegge hvordan god og effektiv sykepleie kan bidra til å møte den økende etterspørselen etter helsetjenester kan fort bli et columbi egg.

Mens den medisinske vitenskapen har en tendens til å gjøre venteværelsene stadig fullere, kan sykepleiere vise seg å bli en nøkkelfaktor når det gjelder logistikk, organisering og pasientsikkerhet. Det betinger at sykepleiere fortsetter å drive god forskning og fagutvikling – og at resultatene publiseres slik at alle får dem med seg. 🍌

Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?

– Sykepleierne må innarbeide arbeidsmåter der de «skanner» fag- og forskningslitteratur for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten.



Som ny sykepleier leste jeg få – om noen – forskningsartikler. Søkeord og relevante databaser var vanskelig. Språket var komplisert på norsk, men særlig på engelsk. Jeg jobbet mye alene og diskuterte fag mest på sykepleierfester.

Dagens nye sykepleiere beskriver omtrent det samme. Samtidig skal dagens sykepleiere kunne utøve selvstendig sykepleie av høy kvalitet og være i front i utviklingen av sykepleiefaget, sykepleierprofesjonen og helsetjenestene.

Jeg mener en utdanning som er orientert mot praksisfeltet, og forskningsmiljøer som samarbeider tett med praksis- og utdanningsfeltet, er nøkkelen for fag- og forskningsartiklenes verdi.

Deretter trengs faglige ledere som skaper struktur for faglig oppdatering og økt tilgjengelighet av forskningslitteratur. Faktisk ønsker jeg meg en podkast hvor sykepleieforskning debatteres. En idé for *Sykepleien*?

HVORDAN BRUKES FAG- OG FORSKNINGS-ARTIKLER I SYKEPLEIEPRAKSIS?

I fagartikkelen «Hva er sykepleie?» skrev Hellesø, Obstfelder, Olsvik og jeg følgende:

«Helsepolitiske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk har endret innholdet i sykepleieres arbeid. Endringene i arbeidet skjer raskere enn i sykepleierutdanningen. Det kan føre til at viktige deler av arbeidsområdet til sykepleiere ikke blir tematisert i utdanningsprogrammene, og dermed heller ikke i praksisfeltet.»

Til tross for åpenbare effekter knyttet til kvalitet på tjenestene ved kunnskapsbasert praksis eksisterer



Lill Sverresdatter Larsen

Forbundsleder, Norsk Sykepleierforbund



det ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.

Spørsmålet noen stiller, er om sykepleiere flest egentlig kan forventes å lese forskningsartikler og fremme ny kunnskap. Da jeg stilte spørsmål på egen Facebook-side om hvordan forskning påvirker din sykepleiepraksis, skrev en sykepleier dette:

«Hvem har tid til å lese forskningsartikler i tjenesten? Jeg har knapt rom for å gå på do, og det gjelder også mine kollegaer. På fritiden har vi viktigere ting å ta oss til, vedlikehold av kroppen eksempelvis. Helsevesenet er ikke for pingler, og en trenger både styrke- og kondistrening for å holde ut. Forskning er dessverre frakoplet hverdagen, og jeg tror de fleste

sykepleiere som jobber på sengeposter, har den opplevelsen.»

Det er også min erfaring at på pauserommet er det mest samtaler om strikking, fotball, helgas fest og samlivsutfordringer. Det er ikke nødvendigvis galt. Det

«Det eksisterer ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.»

Lill Sverresdatter Larsen

emosjonelle stresset i sykepleiepraksis er skyhøyt, og også jeg har behov for relasjonsbygging og pauser som innbefatter nettopp en pause.

Trolig påvirkes de fleste sykepleierne mest indirekte av forskningsartikler gjennom endrede prosedyrer i praksis fremmet av dyktige fagfolk som får betalt for å oppsummere forskningen og vurdere om prosedyrene er riktige og virksomme.

FAGLIG PÅFYLL:
– Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter, skriver forbundslederen. Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk



En annen sykepleier svarte på mitt Facebook-spørsmål slik:

«Man trenger forskningsartikler for å underbygge kunnskapen vår og ikke minst utvikle faget og profesjonen. Vi har et ansvar om å holde oss faglig oppdatert og anvende kunnskapen slik at pasientene våre får den pleien de har krav på.»

Ut fra dagens komplekse sykepleiepraksis mener jeg det er nødvendig for sykepleierne å bygge inn arbeidsmåter hvor fag- og forskningslitteratur «skannes» for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene våre.

Når pasienten plages med kvalme, bør det være interesse, tid og struktur for at sykepleierne sjekker hva andre har skrevet om tematikken, og kan debattere det i et faglig fellesskap. Jeg vet at mange sykepleiere gjør nettopp det, og eksempelvis foreslår tiltak til legen ved neste visitt.

For mange sykepleiere er det å arbeide kunnskapsbasert likevel mer et ideal enn realistisk å oppnå. Strukturer og rammer for faglig oppdatering og refleksjon er definitivt et leder- og virksomhetsansvar.

PASIENTENE TRENGER SYKEPLEIERE SOM ARGUMENTERER FAGLIG

Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. En sykepleier fikk beskjed av sin leder at de skulle gjenbruke engangshansker. Sykepleieren protesterte, men ble ikke hørt.

Hun dro hjem og fant frem forskningsartikler om hanskebruk og hygiene, skrev dem ut og bokstavelig talt banket argumentene i bordet. Praksis med gjenbruk av engangshansker ble endret til nettopp engangsbruk.

Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter. Vi trenger økt sykepleieforskning som gir systematisk dokumentasjon med tanke på konsekvenser av valg, innsatser,

prioriteringer og intervensjoner. Og vi trenger forskning som gir belegg for myndighetens fastsetting av lovverk og normgivende veiledere, samt praksisfeltets prosedyrer.

Til sist trenger vi mer forskning på hva nøkkelpersonellet i tjenesten behøver for å skape tjenester av

«Sykepleiere må ta faglig lederskap.» Lill Sverresdatter Larsen

god kvalitet. Vi mangler 6000 sykepleiere nå, og innen få år viser beregninger en sykepleiermangel på rundt 40 000.

Vi må utdanne flere, beholde de vi utdanner, og vi må tenke kritisk om profesjonsrelasjoner, teknologi, oppgaver og ansvar i helsetjenestene. Sykepleiere må ta faglig lederskap, og da må vi også ha tilgang til kunnskap og ha kompetanse til å anvende kunnskapen for å kunne argumentere for og artikulere sykepleie.

Å påvirke og stimulere til økt forskning og bruk av forskning er også Sykepleierforbundets jobb – og der er vi godt i gang. Dette temanummeret vil trolig lære deg og meg noe nytt. Jeg gleder meg!

Lykke til med læring og din sykepleiefaglige argumentasjon der det trengs på vegne av pasienter, pårørende, helsetjenestene og samfunnet. 🌻

Flere innspill/kommentarer?

På sykepleien.no finner du meningsytringer av og for sykepleiere og annet helsepersonell.

sykepleien.no/debatt

FAGGRUPPER



NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Er du faglig oppdatert innen geriatri og demens?

Å være sykepleier er en livslang reise på vei mot ny kunnskap. Den geriatrike pasienten har ofte et komplekst og atypisk symptombylle på grunn av redusert reservekapasitet i organene og flere kroniske sykdommer. NSF's faggruppe for sykepleiere i fagområdet geriatri og demens ønsker å bidra til å utvikle, anvende og formidle forsknings- og erfaringsbasert kunnskap på fagfeltet, ivareta sykepleierkompetansen og skape og ivareta engasjement for den eldre pasienten.

Faggruppen er slagkraftig med over 2800 medlemmer. Det blir ar-

rangert konferanser, fagseminarer og fagkvelder, og vi har lokalgrupper eller kontaktpersoner i alle landets fylker.

Faggruppen gir ut fagtidsskriftet *Geriatrisk sykepleie* to ganger årlig, som formidler relevant forskning og gode prosjekter innen fagfeltet.

Vi deltar på ulike politiske høringer og er ofte representert sammen med bruker- og interesseorganisasjoner i fora der fremtidens helse-tjenester utformes. I helsedebatten er din og min stemme viktig, og gjennom medlemskap i faggruppen kan du sammen med oss være med på å opplyse, påvirke og utvikle et helsetilbud til eldre som vi i

fremtiden kan være stolte av.

I NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens kan alle NSF's medlemmer som har interesse for eldreomsorg og eldrehelse, bli medlem. Prisen er 400 kr per år for vanlige medlemmer, 200 kr for pensjonistmedlemmer og gratis for bachelorstudenter ut det siste studieåret.

Bli med på laget og bli med og utvikle fremtidens eldreomsorg!

Meld deg inn ved å sende kodeordet GERIATRI til 02409.

Følg oss på <https://www.nsf.no/faggrupper/geriatri-og-demens> og på Facebook <https://www.facebook.com/NSFFGD>



Faggruppen for sykepleiere i rehabilitering (FSRH)

Rehabilitering er avhengig av sykepleiere med søkelys på ressurser og mestring. Sykepleiefaget er en sentral del i rehabiliteringsprosessen, der pasient- og brukerperspektivet og samhandling vies oppmerksomhet.

I FSRH brenner vi for å påvirke utviklingen av faget og videreutvikle nettverket for å utveksle ideer, erfaring og kunnskap!

FSRH er et forum for å fremme faglig identitet og tilhørighet og skal bidra til utvikling gjennom idé, erfaring og kunnskapsutveksling. FSRH skal bidra til å styrke tverrprofesjo-

nell samhandling og utvikle kompetanse i henhold til politiske føringer samt påvirke politiske beslutninger.

FSRH skal bidra til kvalitetssikring og kvalitetsutvikling, fagutvikling, utdanning og forskning innen sykepleie i rehabilitering. Vi jobber for å fremme samarbeid, både med andre faggrupper i NSF og med andre nasjonale, nordiske og internasjonale nettverk.

Vi er en liten faggruppe med cirka 250 medlemmer som jobber innenfor ulike områder av rehabiliteringsfeltet. Vi har et sentralt styre med seks medlemmer som har sty-

remøter cirka fire ganger i året. Vi jobber for tiden blant annet med å arrangere fagdager med ulike temaer, som vil finne sted i ulike deler av landet.

Medlemskap i FSRH koster 250 kr årlig. I tillegg til egne fagkurs med redusert deltakeravgift har du som medlem mulighet til å få økonomisk støtte til ulike prosjekter, hospitering og kurs eller konferanser. Vi har en egen nettside og Facebook-side som blant annet brukes til å dele fagstoff.

Du er hjertelig velkommen til å bli medlem av faggruppen! Send SMS med kodeordet REHAB til 02409.

DEL ARTIKKELEN

Slik finner du artiklene på nett

Du kan enkelt bruke mobilens kamera til å skanne QR-kodene

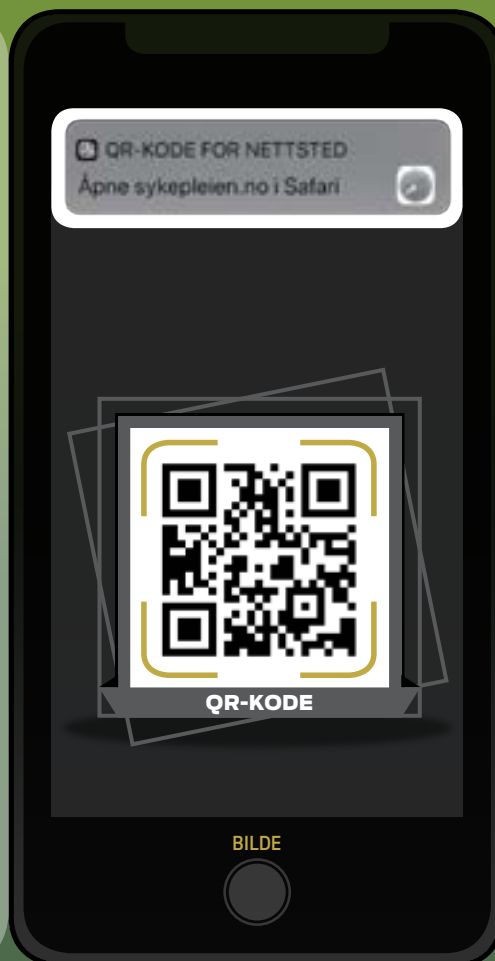
LAST NED PDF

Bruk mobilkameraet og plasser koden innenfor de gule merkene. Det dukker opp en lenke øverst på skjermen.

Trykker du på lenken, kommer du direkte til fag- eller forskningsartikkelen på Sykepleiens hjemmeside.

sykepleien.no

Benytter du Android-telefon, må du først aktivere Google Lens eller en annen QR-leser.





HOVEDBUDSKAP:

Public health nurses (PHN) i Japan jobber med helhetstenkning for hjemmeboende brukere i kommunehelsetjenesten. De jobber både på administrasjonsnivå og helsesentre med å veilede og undervise mennesker i alle aldre. De er et bindeledd mellom første- og andrelinjetjenesten og planlegger overflyttinger, slik at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Japan har hatt PHN-er siden 1940-tallet og har lang erfaring med denne sykepleietjenesten. Hva kan norsk helsevesen lære av Japans utdanning og bruk av PHN-er?

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.78070

NØKKELOD:

► Folkehelse ► Public health nurse ► Helse-sykepleier ► Videre- og etterutdanning

Public health nurse i Japan: en modell for Norge

Public health nurses er sykepleiere som legger vekt på undervisning, omsorgs-koordinering og sykdomsforebygging for eldre. Vi trenger en tilsvarende utdanning i Norge for å møte et samfunn med flere gamle mennesker.

Både Japan og Norge opplever et økende antall eldre (65 år og eldre). Etter hvert som den japanske økonomien har gått nedover siden 1991, har løsningen på fremtidens eldreomsorg til lavest mulig pris vært et viktig tema for diskusjon (1). I Norge er dette beskrevet som «laveste effektive omsorgsnivå», kalt LEON-prinsippet (se faktaboks) (2).

Den eldre befolkningen i Norge er beregnet å øke til over 550 000 personer innen 2025, og endringen i den demografiske sammensetningen må tas med i planleggingen av fremtidige helsetjenester (3). Andelen eldre i befolkningen har økt fra 5 prosent i 1950 til 26,7 prosent i 2015 og forventes å stige til 39,9 prosent i 2060, når en av tre personer vil være 65 år eller eldre (4).

Etter hvert som den aldrende befolkningen øker, vil også de totale kostnadene helsetjenester medfører, øke (5). Nedgang i antallet opphold i institusjon er et mål både i Japan og Norge for å redusere kostnadene for helsetjenester (2). De eldre ønsker vanligvis å være hjemme så lenge som mulig, og regjeringen i begge land planlegger for å nå dette målet.

MØTER ELDRES HELSEBEHOV

Et tverrfaglig integrert omsorgssystem er utviklet i Japan for å møte helsebehovet til de eldre, for eksempel helsetjenester, boliger og inntektsstøtte.

Systemet tar sikte på å støtte eldre slik at de kan bo i eget hjem, selv om de trenger hjelp og langvarig omsorg. Dette systemet reduserer sykehusinnleggelses og innleggelses i andre institusjoner (6). I 2019 gjennomførte den

FORFATTERE

Marit Berg
Høgskolelektor,
Høgskolen i Innlandet

Mika Tanaka
Professor, Kitasato
University School of Nursing,
Kanagawa, Japan

norske regjeringen en reform som kalles «Leve hele livet», som understreker viktigheten av å være hjemme lengst mulig (7, 8).

Forventninger fra innbyggerne i Japan om et langt liv med god helse (9) har ført til at myndighetene har utviklet et helsefremmende tilbud for å få til lavere medisinske kostnader. (2). Forebyggende tjenester for eldre er et satsingsområde for kommunehelsetjenesten i begge

landene, og en PHN kan utføre dette arbeidet.

Folkehelsesatsing er et prioriteringsområde for Norsk Sykepleierforbund. Helsefremmende og forebyggende sykepleietjenester er i ferd med å bli utviklet i Norge slik at

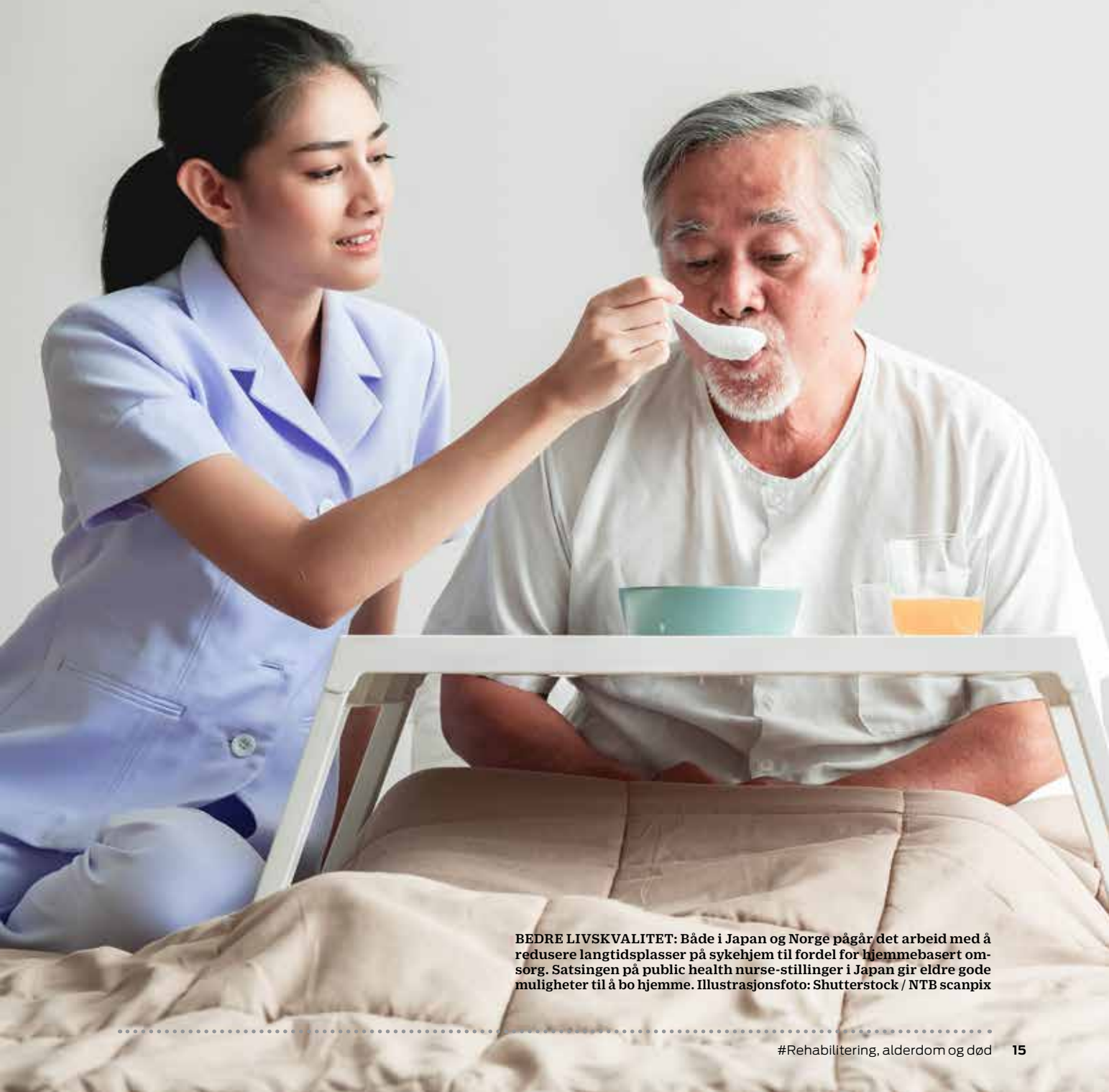
«PHN-er er sykepleiere med videreutdanning som har lisens til å drive undervisning, omsorgskoordinering og omsorgsplanlegging.»

pasienter og pårørende styrkes gjennom hele livsløpet på alle arenaer der sykepleiere arbeider (10).

I denne artikkelen presenterer vi utdanningen og funksjonen til den japanske *public health nurse* (PHN) og diskuterer hva norsk helsevesen kan lære av rollen til den japanske PHN-en for å møte et samfunn med flere gamle mennesker.

PHN I JAPAN: ROLLER OG AKTIVITETER

I Japan i dag deles sykepleiere inn i ulike faggrupper, slik som public health nurse (PHN-er), jordmødre eller



BEDRE LIVSKVALITET: Både i Japan og Norge pågår det arbeid med å redusere langtidsplasser på sykehjem til fordel for hjemmebasert omsorg. Satsingen på public health nurse-stillinger i Japan gir eldre gode muligheter til å bo hjemme. Illustrasjonsfoto: Shutterstock / NTB scanpix



sykepleiere. En PHN i Japan var opprinnelig en sykepleier som skulle prioritere sykdomsforebygging og helsefremmende aktiviteter for alle enkeltpersoner i samfunnet (11). PHN-er er sykepleiere med videreutdanning som har lisens til å drive undervisning, omsorgskoordinering og omsorgsplanlegging. Lisensen blir gitt av helseministeren (12).

Begrepet PHN ble formalisert i 1937 da arbeidet ble utvidet fra kun å jobbe i hjemmetjenesten til også å omfatte helseopplæring for barn og mødre på helsestasjoner. Deretter utviklet PHN-en sine prioriteringer etter samfunnsmessige behov.

Sykepleierne har tidligere gjennomført et bredt spekter av forebyggende aktiviteter i forbindelse med smittsomme sykdommer, livsstilssykdommer, psykisk helse, barnemishandling og katastroferespons for personer med spesielle medisinske behov, rettet mot alle aldersgrupper.

I dag legger PHN-ene mest vekt på langvarig omsorg og sykdomsforebygging hos eldre (12). PHN-ene jobber i en rekke stillinger, blant annet i kommunal, offentlig administrasjon, på helsesentre og på kommunale, tverrfaglige støttecentre for eldre. De arbeider med koordinerte tjenester ved utskrivelse av pasienter fra sykehus og for helsepersonell i skoler og bedrifter.

Antallet PHN-er som arbeider i offentlig sektor, har økt over tid. I 2016 var det 70,6 prosent av PHN-ene som arbeidet i kommunen, 10,2 prosent arbeidet på sykehus og klinikker, og 6,1 prosent arbeidet for private sykehelsestjenester (13).

UTDANNING I JAPAN

Sykepleiere med lisens kan ta videreutdanning for å bli en PHN. Å bli sykepleier krever et treårig studium som tilsvarer norsk bachelorgrad i sykepleie. Pensum for PHN-ene er fastsatt ved lov. Det er en forutsetning for å få jobbe som en PHN at man gjennomfører en nasjonal prøve fra det japanske helse-, arbeids- og velferdsdepartementet for å få en nasjonal kvalifikasjon.

PHN-programmet kan enten følges på yrkesskoler som tilbyr et ettårig videreutdanningsprogram for autoriserte sykepleiere, eller på universiteter som kombinerer PHN-læreplanen med en fireårig bachelorutdanning, eller som en toårig grunnutdanning kombinert med en mastergrad (13).

Læreplanen inneholder emner om sykdomsforebyggende tiltak, pedagogiske og rådgivende ferdigheter, samfunnsbasert helsefremming, individuell støtte, familiestøtte og støtte til grupper, administrasjon og ledelse, og relevante lover og trykdeordninger. Emner om helsestatistikk og epidemiologi er også inkludert i læreplanen fordi en PHN forventes

LEON

LEON er et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivået i helsetjenesten. I praksis betyr det for eksempel at pasienter som kan ivaretas forsvarlig på et lokalsykehus, ikke skal henvises til et regionsykehus uten at dette begrunnes faglig.

Kilde: Store medisinske leksikon

å skulle delta i samfunnsplanleggingen og velge passende forebyggings- og intervensjonsprotokoller.

TVERRFAGLIG, INTEGRERT OMSORGSYSTEM

Arbeidet med å redusere langtidsplaser på sykehjem til fordel for hjemmebasert omsorg pågår både i Japan og Norge og er utformet for å oppnå bærekraftig omsorg og bedre livskvalitet blant eldre.

Det samfunnsbaserte, integrerte omsorgssystemet i Japan ble etablert

for å gi eldre gode muligheter til å bo hjemme mens de mottar hjemmebasert omsorg og behandling. For å nå dette målet tilbys både sykeforsikring, langtidspleieforsikring, som er en privat forsikring som tilbys alle innbyggere i Japan, og ulike omsorgstjenester fra både kommuner og privat sektor.

Målet er at tverrfaglige, kommunale tjenester skal være lett tilgjengelige for eldre i hjembyene deres (14). For å oppnå dette målet opprettet kommunene tverrfaglige omsorgssentre som er bemannet av PHN-er, sosialarbeidere og andre helsearbeidere. De ansatte skal koordinere ulike tjenester og gjennomføre programmer til gamle personer for å forebygge sykdommer og redusere langvarig behov for pleie.

PRIMÆR OG SEKUNDÆR FOREBYGGING

PHN-er som arbeider på de tverrfaglige omsorgssentrene, er involvert i forebyggende omsorg, konsultasjoner, planlegging og gjennomføring av hjemmebasert omsorg. Primær forebygging legger vekt på veiledning og sosial deltakelse for å opprettholde den fysiske og psykiske helsen.

Sekundær forebygging handler om å oppdage en kognitiv eller funksjonell tilbakegang på et tidlig tidspunkt ved å bruke screeningverktøy. PHN-ene utfører intervensjoner innen munnpleie, forbedring av ernæringsstatus

«Japan setter søkelyset på forebyggende helsetjenester gjennom PHN-ene.»

og fysisk aktivitet (15). PHN-ene gir også konsultasjoner til eldre og deres familier med temaer som spenner fra helsemessige forhold til økonomiske bekymringer, og noen ganger også vold mot eldre.

PHN-ene legger til rette for møter og samarbeid mellom sykehus, lokale klinikker, omsorgsansvarlige og frivillige for å yte omsorgstjenester til eldre. PHN-er som arbeider for en kommune, har til oppgave å forbedre hjemmebasert omsorg og etablere nettverk for planlegging, gjennomføring og evaluering i samarbeid med PHN-er i tverrfaglige omsorgssentre.

Planlegging og evaluering er essensielle PHN-roller i

kommunen, der de har ansvaret for å forbedre tilgangen til omsorgstjenester i kommunen (6).

FINNE BILLIGSTE LØSNING

For å møte det økende antallet eldre diskuterer både Norge og Japan hvordan man skal løse de eldres helseproblemer til lavest mulig pris (1, 2). Japan setter søket på forebyggende helsetjenester gjennom PHN-ene.

Helsesykepleier i Norge er en videreutdanning og også en masterutdanning. Hvert universitet utvikler sin egen læreplan (16). Helsesykepleierne forventes å planlegge, utvikle, initiere og gjennomføre helsefremmende og forebyggende prosjekter for familier. Helsesykepleierne i Norge jobber på helsesentre for små barn og for barn og ungdom på skoler (17).

REFORMEN «LEVE HELE LIVET»

Reformen «Leve hele livet» (7) legger vekt på ernæring, mosjon og et helsefremmende miljø som sentrale faktorer for lang levetid og sykdomsforebygging. Noen kommuner tilbyr nå helsestasjon for eldre (18, 19), men Norge har ennå ingen utdanning for PHN-er. Det finnes en

ganske ny masterutdanning i spesialisering i allmennsykepleie i Norge. Denne utdanningen legger noe vekt på folkehelse, men konsentrerer seg mest om observasjoner og behandling, noe PHN-utdanningen ikke gjør (20).

Den nye reformen (7) vil kreve at Norge utvikler et rammeverk for utdanning av PHN-er. Både Norsk Sykepleierforbunds politiske plattform for folkehelse (10) og samhandlingsreformen (2) påpeker at det er behov for økt kompetanse og flere sykepleiere i kommunehelsetjenesten. En utdanning lik den japanske PHN-utdanningen kan være en måte å styrke kommunehelsetjenesten i Norge på, og da særlig for helsefremmende og forebyggende tiltak gjennom helsestasjoner for alle aldre samt frisklivssentraler.

FRISKLIVSSENTRALER

Kommunebaserte frisklivssentraler ble introdusert i Norge i 2012 (2). De fleste som jobber der, er fysioterapeuter og andre helsearbeidere. Disse sentrene gir effektiv, kunnskapsbasert mestringshjelp for voksne med høy risiko for sykdom. Programmene tar sikte på å styrke individets evne til egenomsorg ved å gi gruppeveiledning og undervisning,

ANNONSE

sykepleiere med hjerte for faget.

#wecare.

- Randstad Care har avtale med sykehus i hele Norge
- Vi er første-leverandør i Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Vi som jobber med utleie av sykepleiere, er selv sykepleiere
- Vi tilbyr faste stillinger opptil 100%

du får blant annet:

- oppfølging av fast kontaktperson
- selv bestemme hvor og når du jobber, og når du vil ha ferie
- ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- dekket reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?
Kontakt oss i dag!

 randstad



randstad.no/care
care@randstad.no
+47 400 21 410

individuell rådgivning og kurs om fysisk aktivitet, sunn ernæring og røykestopp. Noen frisklivssentre tilbyr også rådgivning, støtte og utdanning knyttet til mental helse, søvn og alkoholforbruk.

Å sørge for gode helsetjenester krever samarbeid med flere organisasjoner (2). Kommunene er pliktige ifølge loven til å gi informasjon og veiledning om individuelle og befolkningsbaserte tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom (21). Det er sjelden det jobber sykepleiere i disse frisklivssentrene, og pasienter må henvises til senteret av en lege. For at frisklivstilbudene i alle kommuner skal

«PHN-er i Japan legger vekt på å forebygge sykdommer og opprettholde livskvalitet i alle stadier av livet.»

holde ønsket kvalitet, må de være bemannet med sykepleiere (10).

I Japan jobber PHN-ene med alle aldersgrupper på alle områder for å forbedre den generelle helsen til samfunnet ved å veilede om forebygging av sykdommer og veilede om tjenester for å hjelpe eldre. Det er også intensjonen i Norge at folkehelsen skal styrkes (2), og en videreutdanning for sykepleiere til PHN-er i Norge kan være et effektivt middel for å støtte helsepolitikens føringer.

HVA MÅ NYE UTDANNINGER INNEHOLDE?

Nye utdanninger må ha oppmerksomhet på rehabilitering, forebygging, tidlige intervensjoner, nettverk, familierådgivning og sterkere ledere som legger vekt på samarbeid (22). Den nye reformen oppfordrer kommunene til å gi veiledning og undervisning til befolkningen om helseproblemer og hjelpe befolkningen med å ta ansvar for egen helse (2). Vi ser at PHN-er i Japan er dyktige i dette arbeidet, noe som kan være en inspirasjon for sykepleiere å videreutdanne seg til og jobbe som PHN i Norge.

Mens begrepet «PHN» noen ganger brukes i litteraturen for å henviser til helsepersonell i samfunnet (23), er det ennå ikke en formell tittel i Norge. PHN-er i Japan legger vekt på å forebygge sykdommer og opprettholde livskvalitet i alle stadier av livet (24), mens helsesykepleiere i Norge legger mest vekt på å arbeide med mor og barn (17). Masterutdanningen i spesialisering i allmennsykepleie fokuserer mest på observasjoner og behandling (20).

KONKLUSJON

En PHN i Japan er en spesialutdannet sykepleier som planlegger og gir omsorg. En PHN er dessuten lærer, rådgiver og underviser. Norge mangler et tilsvarende yrke og bør vurdere å skape slike stillinger og utdanne sykepleiere til å fylle dem, spesielt for å håndtere økningen i antallet eldre fremover.

En PHN kan bli utdannet som en del av et mastergradsprogram. Helse- og omsorgsdepartementet i Norge

bør gjennomgå den japanske læreplanen og utvikle et liknende utdanningsprogram i Norge. ●

REFERANSER

1. Taniguchi S-i, Park D, Inoue K, Hamada T. Education for community-based family medicine: A social need in the real world. *YAM*. 2017;60(2):77–85.
2. Meld. St. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
3. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivning 2014–2100. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/1949747_ts=1483a294018 (nedlastet 26.08.2019).
4. Helsedirektoratet. Frisklivssentraler. Oslo: 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler> (nedlastet 15.08.2019).
5. Yoshimura M, Gibbs T, Yamada T. Around the world: the development of family medicine in Japan – planting seeds in semi-fertile soil. *Educ Prim Care*. 2008;19(5):476–80.
6. Hatano Y, Matsumoto M, Okita M, Inoue K, Takeuchi K, Tsutsui T, et al. The vanguard of community-based integrated care in Japan: the effect of a rural town on national policy. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):1–9.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Kunnskapsoppdateringer – Leve hele livet. Oslo; 2017.
8. Kuzuya M, Hasegawa J, Hirakawa Y, Enoki H, Izawa S, Hirose T, et al. Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community-dwelling dependent elderly using various community-based services. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(2):127–32.
9. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2144–62.
10. Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for folkehelse. Sykepleie og folkehelsearbeid. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/3051249/cache=20171603080955/Politisk%20Plattform_folkehelse_2017-2020.pdf (nedlastet 02.07.2019).
11. Hirano M, Saeki K, Kawaharada M, Ueda I. Awareness of the importance of public health nursing activities in Japan. *J Community Health*. 2011;36(5):765–71.
12. Japanese Nursing Association. History and system. Japan: JNA; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/system.html> (nedlastet 02.07.2019).
13. Japanese Nursing Association. Nursing in Japan; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.nurse.or.jp/jna/english/pdf/nursing-in-japan2016.pdf> (nedlastet 09.08.2019).
14. Morikawa M. Towards community-based integrated care: trends and issues in Japan's long-term care policy. *Int J Integr Care*. 2014;14:e005.
15. Kabayama M, Kamike K, Sakakibara K, Hayakawa K. The role of public health nurses in Japanese long-term care prevention projects in the community. Tilgjengelig fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/8796/1fd4ade4b3fa9d6ea7c69e21c81140e8974a.pdf?ga=2.100615966.1082402873.1565269665-1723198457.1550843089> (nedlastet 09.09.2019).
16. Forskrift 1. desember 2005 nr. 1381 om rammeplan for helsefagutdanning. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1381> (nedlastet 08.09.2019).
17. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fellesdel: Samhandling og samarbeid. Kap 2. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-samhandling-og-samarbeid#folkhelsetjeneste-helsestasjons-skolehelsetjenesten-og-helsestasjon-for-ungdom-skal-samarbeide-med-ansvarlig-for-kommunens-folkehelsearbeid> (nedlastet 09.07.2019).
18. Oksholen G, Solstad T, Holth J, Solem L. Slik jobber vi på helsestasjon for voksne i Bamble. *Sykepleien*. 2018;107(74574)(e-74574). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.74574
19. Molde kommune. Helsestasjon for eldre. Molde; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.molde.kommune.no/alle-tjenester/helse-og-omsorg/helsetjenester/helsestasjoner/helsestasjon-for-eldre/> (nedlastet 04.07.2019).
20. Lovisenberg diakonale høyskole. Masterstudium i avansert klinisk sykepleie med spesialisering i allmennsykepleie eller intensivsykepleie. Oslo: Lovisenberg diakonale høyskole; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.ldh.no/studietilbud/maks> (nedlastet 08.09.2019).
21. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsesloven [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 15.10.2013; sitert 04.07.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/> (nedlastet 04.07.2019).
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/> (nedlastet 09.09.2019).
23. Hjalmlund E, Haaland GU, Litland AS. Importance of public health nurses precepting students in clinical practice: A qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2013;33(4):431–5.
24. Kitasato University. Public health nurse. Kitasato University School of Nursing. Tokyo, Japan; 2017.



QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no

FAGARTIKKEL:
Public health nurse i Japan: en modell for Norge

**m^D**

Hvorfor er vi så opptatt av hva det koster per kvadratmeter?



Vi burde bli mer opptatt av hva man får når man deler kvadratmeter med andre. Regnestykket ser nemlig annerledes ut. Det er billigere – både for deg og for planeten. I Fyrstikkbakken 14 regner vi i **Delemeter (m^D)** - kvadratmeter du eier sammen med naboene. Flere gjesterom, hjemmekontor, sauna på taket og sykkelverksted er bare noen av godene.

Les mer på [Fyrstikkbakken14.no](https://fyrstikkbakken14.no)



**Fyrstikk
bakken 14**

Man får mer sammen.



HOVEDBUDSKAP:

Overgangen til pensjonisttilværelsen kan påvirke eldres helse, livskvalitet og velvære. De fleste av medlemmene i Pensjonistforbundet som var informanter i vår spørreundersøkelse, syntes det var positivt å bli pensjonister, men noen hadde opplevd tap og følte sorg og ensomhet. Mange ønsket å utvikle seg videre og hadde et høyt aktivitetsnivå. I et folkehelseperspektiv, på system- eller individnivå, kan sykepleiere fremme eldres helse, velvære og livskvalitet i ulike overganger i livet.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.78819

NØKKELOD:

► Undervisning ► Fagutvikling og forskning ► Veiledere ► Bedriftssykepleiere

Sykepleiere kan bidra til en bærekraftig seniorboom

Norge står foran en seniorboom, der en stadig større del av befolkningen er pensjonister. Samfunnet vil være tjent med at flere eldre klarer seg uten helse- og omsorgstjenester, og her kan sykepleiere bidra.

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) (1) står en hel verden overfor en demografisk utvikling der aldersgruppen 60+ øker hurtigere enn alle andre aldersgrupper, og andelen barn og unge går ned.

Den globale, aldrende befolkningen beskriver WHO (1) både som en triumf og utfordring. Triumf fordi folkehelsearbeidet over tid har gitt resultater og mange land har hatt sosial og økonomisk utvikling. Utfordring fordi alle land vil stå overfor økte økonomiske og sosiale krav og forventninger som en konsekvens av denne utviklingen. Alle land må derfor ha tiltak og virkemidler som kan hjelpe eldre til å bevare helsen og forbli aktive lengst mulig. Dette var grunnlaget for utviklingen av EU-rammeverket Active aging (1).

SENIORBOOM I NORGE

I Norge har den forventede seniorboomen vært fremskrevet til at hver femte person vil være 70 år eller eldre innen 2060 (2). Aktiv omsorg er ett av flere tiltak som har blitt gjennomført for å møte utfordringene med en aldrende befolkning.

I dag peker reformen Leve hele livet (3) på fem innsatsområder som skal bidra til at eldre får flere gode leveår, beholder god helse lenger, opplever livskvalitet, mestrer eget liv og får nødvendig helsehjelp ved behov. To av innsatsområdene er utvikling av aldersvennlige samfunn og aktivitet og fellesskap.

Selv om helsetilstanden i Norge beskrives som god og levealderen er blant de høyeste i verden, er det store sosio-økonomiske forskjeller i befolkningens helsetilstand. I et folkehelseperspektiv er det et mål å fremme helse i hele



FORFATTER

Elisabeth Aase
Førstelektor, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, campus Porsgrunn

befolkningen og utjevne sosiale ulikheter i helse (4).

Tidligere forskning har vist at helse og velvære har stor betydning for hvordan eldre opplever tilværelsen som pensjonist og at ensomhet kan føre til redusert helse (5–7). War-moth og medarbeidere (6) fant at positive eller negative holdninger til

å eldes hadde betydning for personenes helsestatus, med tilsvarende positiv eller negativ opplevelse av velvære og livskvalitet.

Studiene avdekket at eldre som har flere sosiale roller, identiteter og gruppetilhørigheter opplevde økt helse og vel-

«Positive eller negative holdninger til å eldes hadde betydning for personenes helsestatus.»

være, ga lettere støtte til andre (5) og at gode relasjoner hadde betydning for opplevelse av velvære som pensjonist (7).

LIVETS MANGE OVERGANGER

I dag er en dynamisk måte å betrakte livsløpet på som en serie overganger. Ifølge Meleis (8) kan overganger for eldre betraktes som kritiske faser i livet. Uønskede overganger kan involvere tap, sorg eller redusert velvære. Positive og ønskede overganger kan gi nye muligheter.

Hvalvik (9) definerer overgang som en bevegelse som flytter seg fra en fase, situasjon eller type status til en annen, mens Schumacher og medarbeidere (10) definerer det som når individet selv erfarer overgangen/endingen. Schumacher utviklet en modell for mestring av overganger som



INSPIRASJON: Noen eldre trenger hjelp til å få et mer innholdsrikt liv, og da kan gode råd fra en sykepleier være nyttig. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

sykepleiere kan anvende når de skal hjelpe eldre til helsefremmende overganger, se nye muligheter i en endret livssituasjon eller mestre sykdom (10).

Overgangen til å bli pensjonist er en betydelig hendelse i menneskets livsløp. Flere studier har vist at overgangen til å bli pensjonist ikke følger et unisont mønster, men oppleves svært forskjellig (11, 12).

Erfaringene varierte fra innfridde forventninger til vedvarende bekymringer. Bekymringene var knyttet til økonomi, tap av sosiale relasjoner og frykt for ensomhet og isolasjon.

Funn viste også at friheten som mange så frem til som pensjonist kunne oppleves som et paradoks når de opplevde få krav og forventninger, og at nærvær eller fravær av engasjerende aktiviteter var avgjørende for om pensjonistene erfarte livet som godt eller dårlig (11).

PENSJONISTER BIDRAR MYE

WHO (1) peker på at eldre er en verdifull, men ofte ignorert ressurs, som bidrar positivt til å holde samfunnet i gang. I Norge har mange interessert seg for pensjonister som en ressurssterk gruppe, og i 2014 tok Pensjonistforbundet initiativ til et prosjekt om hvordan morgendagens aktivitetssentre kan utvikles for å ta eldreressursen bedre i bruk (13). Både folkehelse og frivillighet var sentrale perspektiver i prosjektet.

Denne artikkelen vil presentere utvalgte funn fra spørreundersøkelsen til Pensjonistforbundet. Hensikten med artikkelen er å bidra med kunnskap om et utvalg eldre sin overgang til livet som pensjonist. Siden sykepleiere møter eldre i ulike overganger og på ulike arenaer, også mellom helse og sykdom, er temaet relevant for sykepleiere.

METODE

Studien hadde et deskriptivt og eksplorativt design med innsamling av kvantitative og kvalitative data. Denne artikkelen avgrenser seg til å presentere utvalgte data fra deler av spørreundersøkelsen (13).

UTVALG

Spørreskjemaet ble sendt til 1200 «direkte medlemmer» i Pensjonistforbundet (PF), med totalt ca. 220 000 medlemmer, hvorav ca. 50 000 «direkte medlemmer». Direkte medlem er å være betalende medlem, men liten deltakelse i forbundets lokallag. Det aktive valget med å engasjere seg i pensjonistsaker påvirket at de ble valgt som informanter.

Pensjonistforbundet hadde ansvar for tilfeldig uttrekking av informanter fra sin database etter følgende inklusjonskriterier:

- alder: 64–74 år
- hjemmeboende
- direkte medlem i Pensjonistforbundet

Med en svarprosent på 29 besto det endelige utvalget 340 informanter (se tabell 1).

ANALYSE AV DATA

Det ble gjort statistisk analyse av innsamlet data ved bruk av dataprogrammet SPSS 22, med statistiske analyser som

frekvensfordelinger, bivariat analyse og signifikanstesting (14–16). Den deskriptive dataanalysen ble gjort med varsomhet siden så lav svarprosent kan gi skjevheter i resultatene. At utvalget i tillegg var en selektert gruppe informanter gjorde at svarene ikke kan generaliseres utover dette utvalget.

Studien ble meldt og godkjent av NSD, med referansenummer 39125.

RESULTATER

Presentasjon av funn er avgrenset til spørsmålene om overgangen til å bli pensjonist og tilfredshet med pensjonisttilværelsen, meningen med livet som pensjonist, pensjonistrollen, hva informantene ønsket å bruke tiden på fremover og om frivillighet (13).

OVERGANGEN TIL Å BLI PENSJONIST

Resultatene viste at med noe variasjon i svarene hadde de fleste informantene, 71 prosent, opplevd overgangen til å bli pensjonist som positiv, og 85 prosent var tilfreds med pensjonisttilværelsen. Et utvalg på 9 prosent hadde imidlertid opplevd ensomhet, tap eller sorg i forbindelse med overgangen til å bli pensjonist (se tabell 2).

En mulig forklaring på at dette gjaldt såpass få kan være at 71 prosent av informantene bodde sammen med noen

Tabell 1. Utvalgte demografiske data fra spørreundersøkelsen

Alder		Kjønn		Utdanning		Yrkesaktiv		Husstand		Kommune	
64–69 år	70–75 år	Kvinne	Mann	Høy	Lav	Ja	Nei	Samboende	Aleneboende	Stor	Liten
48 %	52 %	43 %	57 %	43 %	57 %	16 %	84 %	71 %	29 %	57 %	43 %

Tabell 2. Hvordan var selve overgangen til å bli pensjonist?

Hvordan var selve overgangen til å bli pensjonist?	N	Mean	SD
Overgangen var utelukkende positiv	319	5,4	1,9
Ga mulighet for å søke ny mening	313	4,0	2,1
Både positiv og vanskelig	318	3,0	2,0
Overgangen innebar ensomhet	307	1,6	1,4
Opplevelse av tap eller sorg	308	1,8	1,4

N: antall informanter, Mean: gjennomsnitt, SD: standardavvik
Skalaen går mellom 1 og 7, med 7 som høyeste verdi

Tabell 3. Hva er et meningsfylt liv for deg som pensjonist?

Hva er et meningsfylt liv for deg som pensjonist?	N	Mean	SD
Sosialt samvær med venner	339	5,5	1,4
Tid med nærmeste familie	341	5,9	1,3
Hjelp familie med omsorgsoppgaver	338	5,4	1,7
Turer og reiser	342	5,6	1,6
Frihet til å gjøre hva jeg vil	347	6,3	1,0
Egenutvikling og lære nytt	339	5,0	1,6
Aktiviteter som får	337	5,6	1,4
Gi noe til andre	338	4,7	1,7
Bruke egen kompetanse	336	5,0	1,6
Ta tilværelsen som den kommer	345	5,1	1,7

N: antall informanter, Mean: gjennomsnitt, SD: standardavvik
Skalaen går mellom 1 og 7, med 7 som høyeste verdi

på tidspunktet for undersøkelsen, hvorav de fleste med ektefelle/samboer.

AKTIVE PENSJONISTER

Det informantene oppga som mest meningsfylt som pensjonist, var å nyte friheten til å gjøre hva de ville, etterfulgt av å tilbringe tid med og hjelpe nærmeste familie og venner.

Mange var også opptatt av egenutvikling, lære noe nytt og bruke egen kompetanse videre (se tabell 3).

I pensjonistrollen beskrev informantene seg som åpne og nysgjerrige på livet og var bevisste hva de brukte tiden til. Mange hadde et nesten like høyt aktivitetsnivå som før de ble pensjonister.

Overraskende mange, 75 prosent, viste seg å være helt eller delvis interessert i frivillig arbeid. Nesten halvparten av dem som svarte var allerede aktive, og de begrunnet det med at de opplevde frivillig arbeid som hyggelig, meningsfylt og ga dem selv noe tilbake. Andre faktorer som motiverte til frivillighet var å holde seg i aktivitet, gi noe til andre, treffe nye mennesker og motvirke ensomhet (se tabell 4). Av dem som ikke deltok i frivillig arbeid viste svarene at de kunne la seg motivere hvis ordningen var uforpliktende, fleksibel, kunne tilpasses den enkelte og var godt organisert.

DISKUSJON

Hvordan kan sykepleiere bidra til helsefremmende overgang for eldre?

Tabell 4. Motivasjon for å delta i frivillig arbeid

Motivasjon for frivillig arbeid	N	Mean	SD
Pålit til å bidra	232	4,0	2,0
Bygge robuste lokalsamfunn	228	4,0	1,9
Halvle meg aktiv	234	5,1	1,8
Gi noe til andre	234	5,0	1,8
Gi meg selv noe	232	5,3	1,8
Årns og slert hyggelig	231	5,4	1,7
Treffe nye mennesker og motvirke ensomhet	231	4,5	2,0
Stolhet og mestring over å være frivillig	228	4,2	2,0
Frivillig opplevs meningsfylt	231	5,2	1,9

N: Antall informanter; Mean: gjennomsnitt; SD: standardavvik
Skalaen går mellom 1 og 7, med 7 som høyeste verdi

ANNONSE

Babyer har det best med brystmelk

Vi trenger alle litt hjelp iblant...
Vi er der gjennom hele ammereisen



2in1 Electric & Manual Breast Pump

- Veksle mellom elektrisk og manuell brystpumpe med to enkle trinn
- Ekstra myk trakt – passer alle bryststørrelser
- Oppladbart batteri – holder i inntil 5 timer
- Alle deler (ikke slange og display) kan steriliseres
- Pump direkte i MAMs tåteflaske eller oppbevaringsboks for brystmelk



@mambabyNO



mambaby.com/no/babytalk



@mambaby_nordic

Den forventede seniorboomen gjør at et stort antall eldre vil stå overfor ulike overganger i årene som kommer; overgang fra yrkesaktiv til å være pensjonist, en følelse av å være frakoplet, endring i helse og tap av nære relasjoner. Morgendagens eldre forventes å bli en mer heterogen gruppe og vil følgelig oppleve og mestre overganger svært ulikt, noe tidligere forskning også har vist (11, 12).

I denne studien viste funn at de fleste informantene hadde opplevd overgangen til pensjonisttilværelsen po-

«Overgangen til å bli pensjonist er en betydelig hendelse i menneskets livsløp.»

sitivt og var tilfredse med pensjonisttilværelsen, men bildet var ikke ensartet. Noen informanter hadde opplevd tap, sorg og ensomhet i forbindelse med overgangen til å bli pensjonist.

Selv om tidligere studier pekte på at ensomhet kan føre til redusert helse, velvære og livskvalitet (5, 6) fremhevet en annen studie at det ikke bare har betydning hvordan eldre har det, men også hvordan de tar det i møte med tap og sorg for å mestre å leve livet alene (17). Der viste resultatene at eldre som ble overmannet av tapsopplevelse og sorg i større grad trakk seg tilbake og fungerte mindre i dagliglivets gjøremål, mens de som betraktet tap og sorg som en naturlig del av livet lettere klarte å gå videre, skape ny mening, se nye muligheter og delta mer aktivt i omgivelsene (17).

Ifølge Meleis (8) kan sykepleiere hjelpe eldre å mestre overganger ved å hjelpe dem med å redefinere mening, modifisere forventninger, se nye muligheter i overgangen til en ny livssituasjon, omstrukturere livet, opprettholde kontinuitet, tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter og være åpen for nye muligheter og personlig vekst.

Schumacher og medarbeidere (10) la særlig vekt på tre forhold for å mestre overganger; personens oppfatning og forståelse av den spesielle overgangen, karakteristika knyttet til situasjonen før og etter overgangen og personlige karakteristika. Når sykepleiere skal hjelpe eldre til å mestre ulike overganger kan alle disse faktorene ha relevans, tilpasset den enkelte person og situasjon.

Funn i denne studien viste at informantene verdsatte familie og venner høyt, slik Bauger og Bongaardt (7) pekte på betydningen av nære relasjoner for opplevelse av helse og velvære. De erfarte at pensjonistene de intervjuet var blitt mer oppmerksomme på egen rolle i relasjoner med andre, og var mer opptatt av meningsfulle relasjoner enn å ha mange relasjoner.

Sykepleiens ansvars- og funksjonsområder gjør at sykepleiere møter mange eldre i ulike overganger i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. De kan bidra til å forebygge ensomhet hos denne målgruppen enten ved å fremme deltakelse i sosiale møteplasser, eller ved å planlegge og utvikle nye møteplasser for morgendagens eldre. På systemnivå kan det være gjennom planarbeid og tilrettelegging av tiltak for å utvikle aldersvennlige samfunn, fellesskap og

aktiviteter, i tråd med to av satsingsområdene for å utvikle aldersvennlige samfunn (3).

MENINGSFULL ELDREROLLE

Flere har pekt på at morgendagens eldre vil bli en stadig mer heterogen gruppe i samfunnet (11, 12, 18) og ønske seg mer innflytelse og makt i saker som angår dem (18).

Funn i denne studien viser at informantene ikke bare er opptatt av å nyte friheten som pensjonister, de er interessert i å lære nytt, bruke egen kompetanse videre og de har et høyt aktivitetsnivå. Å holde seg i aktivitet slik disse informantene gjør er derfor helt i tråd med anbefalingene fra Folkehelseinstituttet (2) og opplevelse av frihetens paradoks ser dermed ikke ut til å være representativt for dette utvalget (11).

Resultatene viser at nesten halvparten av informantene deltar i frivillig arbeid fordi de opplever det som meningsfullt å gi noe til andre, det bidrar til at de holder seg i aktivitet, bedrer egen helse og gjør at de treffer nye mennesker. Av dem som ikke deltar i frivillig arbeid vurderer mange det likevel som en interessant arena for å treffe nye mennesker og forebygge ensomhet, og kan la seg motivere til å bli aktive hvis ordningen er fleksibel, oppleves uforpliktende og kan tilpasses dem.

MANGE BIDRAR I SAMFUNNET

Ifølge Lodge, Carnell og Coleman (19) er det er på høy tid å snu fortellingen om eldre som en økonomisk belastning og utgiftspost i samfunnet. Den nye fortellingen bør i stedet hylle at mange i dagens eldregenerasjon i betydelig grad bidrar økonomisk i samfunnet gjennom økt aktivitet i arbeid,

«Mange hadde et nesten like høyt aktivitetsnivå som før de ble pensjonister.»

skattebetaling, omsorg til andre, frivillig arbeid og økt kjøpekraft. I tillegg bidrar eldre som har god økonomi til å opprettholde velstand og velferd i samfunnet lenger enn tidligere generasjoner eldre.

I tråd med dette viser Strøm og medarbeidere (20) til at norske pensjonister jobbet gratis for 25 milliarder i 2016, og det kan antas at dette bidraget vil øke til 45 milliarder kroner i 2030. Selv om mange eldre deltar i frivillig arbeid i Norge er den samlede innsatsen på generelt grunnlag bare ti prosent innenfor omsorgssektoren (21).

Informantene i denne studien hadde et høyt aktivitetsnivå, og mange opplevde frivillig arbeid som meningsfylt. De ønsket å gjøre en innsats både for egen og andres del. Også på dette området kan sykepleiere bidra til helsefremmende overganger og pensjonisttilværelse ved å trekke inn flere eldre til å hjelpe andre eldre i omsorgssektoren gjennom frivillige organisasjoner. Det kan også motvirke at eldre blir ignorert som ressurs i samfunnet og bidra til en vinn-vinn-situasjon for alle parter.

KONKLUSJON

Ett av målene i Pensjonistforbundets prosjekt var å bidra til bedre folkehelse gjennom å utvikle nye sosiale møteplasser

og aktiviteter tilpasset morgendagens eldre (13). Selv om informantene i denne studien var aktive og gjorde mye selv for å bevare egen helse og ha en meningsfull tilværelse, gjelder det ikke alle.

Mange eldre vil trenge hjelp til å mestre ulike overganger i livsløpet. På individ- eller systemnivå kan sykepleiere fremme eldres helse, velvære og livskvalitet, og for noen utsette deres behov for helse- og omsorgstjenester. Det kan bidra til en mer bærekraftig seniorboom. ●

REFERANSER

1. Edwards P. Active aging a policy framework. Genève: World Health Organization; 2002. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/hpr/ageing> (nedlastet 20.05.2019).
2. Bævre K. Helsestilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Folkehelse rapporten - kortversjon. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/> (nedlastet 15.05.2019).
3. Meld. St. nr. 15 (2017–2018). Leve hele livet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.
4. Meld. St. nr. 19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen. Mestring og Muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
5. Steffens NK, Jetten J, Haslam C, Cruws T, Haslam A. Multiple social identities enhance health post-retirement because they are a basis for giving social support. *Front Psychol.* 2016 oktober; 17:7:1519. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27799916> (nedlastet 30.09.2019). DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01519
6. Warmoth K, Tarrant M, Abraham C, Lang LA. Older adults' perceptions of aging and their health and functioning: a systematic review of observational studies. *Psychology, Health & Medicine.* 2016;21(5):531–50. DOI: 10.1080/13548506.2015.1096946
7. Bauger L, Bongaardt R. The lived experience of well-being in retirement: a phenomenological study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2016;11. DOI: 10.3402/qhw.v11.33110
8. Meleis AI. Transitions theory. Middle range theory and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010. s. 130–3.
9. Hvalvik S. Overganger hos eldre. En teoretisk tilnærming. *Geriatrisk sykepleie.* 2012;4(1):8–12. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/850529/Geriatrisk sykepleie 01-12.pdf](https://www.nsf.no/Content/850529/Geriatrisk%20sykepleie%2001-12.pdf). (nedlastet 27.09.2019).
10. Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. I: Swanson EA, Tripp-Reimer T, red. *Life transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals.* New York: Springer; 1999. s. 1–26.
11. Jonsson H. The first steps into the third age: The retirement process form a Swedish perspective. *Occupational Therapy International.* 2011;18(1):32–8. DOI: 10.1002/oti.311
12. Djukanovic I, Peterson U. Experiences of the transition into retirement: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research.* 2016;36(4):224–32. DOI: 10.1177/2057158516652069
13. Aase E. Morgendagens aktivitetssenter. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2016. Rapportserie nr.3/2016. Tilgjengelig fra: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2427012/Rapport_3-2016_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y (nedlastet 04.10.2019).
14. Johannessen A. Introduksjon til SPSS. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag; 2009. s. 22–142.
15. Haraldsen G. Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden. 1. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendat; 2010. s. 13–248.
16. Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 1994. s. 21–391.
17. Kirkevold M, Moyle W, Wilkinson JC, Meyer J, Hauge S. Facing the challenge of adapting to a life «alone» in old age: the influence of losses. *J Adv Nurs.* 2012; 69(2):394–403. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06018.x Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22524167> (nedlastet 04.10.2019).
18. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
19. Lodge C, Carnell E, Coleman M. The new age of aging. How society needs to change. Pollicy Press, an imprint of Bristol University Press. Bristol; 2016. s. 49–63.
20. Strøm T, Sivam R, Vinje V, Bredesen L. Verdien av aktive seniorer. Frivillighetsbidraget fra pensjonister i Norge. Oslo; 2017. Rapport. Ny analyse. Tilgjengelig fra: <https://seniorporten.no/wp-content/uploads/2017/02/Verdien-av-aktive-seniorer.pdf> (nedlastet 30.09.2019).
21. Wollebæk D, Sivesind KH. Fra folkebevegelse til filantropi. Frivillig sektor i Norge 1997–2001. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor; 2010. Rapport 2010:3. Tilgjengelig fra: <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/177668> (nedlastet 30.09.2019).

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Elisabeth Aase

Førstelektor, Universitetet i Sørøst-Norge, campus Porsgrunn

Jeg har på flere områder og i prosjekter vært involvert i tematikk knyttet til en ny, ressurssterk seniorgenerasjon. Dette prosjektet hadde søkelyset på morgendagens pensjonister og viste at mange eldre ser positivt på fremtiden og fortsatt ønsker å bidra i samfunnet. Jeg vil belyse at denne ressursen ikke er godt nok ivarettatt i dagens samfunn.

Den forventede seniorboomen frem mot 2050 vil utfordre samfunnet og enkeltindivider. Sykepleiere kan i større grad aktivt trekke inn ressurssterke eldre til ulike oppgaver i helsesektoren gjennom frivillige organisasjoner.

Det kan forebygge ensomhet å bidra til mening og tilfredshet både for dem selv og mottakerne av tjenestene. Med kunnskap om risikofylte overganger kan sykepleiere fremme helserelaterte overganger hos eldre og bidra til en bærekraftig seniorboom.

Gjennom jobben min på Universitetet i Sørøst-Norge og samarbeid med praksisfeltet er jeg akkurat nå opptatt av å utvikle og formidle kunnskap om aldring og eldreomsorg. ●



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:
Sykepleiere kan bidra til en bærekraftig seniorboom



KOGNITIV SVIKT: Cirka 80 prosent av personer på sykehjem har demens, og mange har komorbide lidelser som kan være smertefulle. Denne studien har undersøkt hva som kjennetegner beboere med langtkommen demens og smerter. Illustrasjonsfoto: LightField/Mostphotos



FORFATTERE

Hanne Marie Rostad

Postdoktor, Senter for omsorgsforskning, øst, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

Ellen Karine Grov

Professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Inger Utne

Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Liv Halvorsrud

Professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

NØKKELOD

► Demens ► Eldre ► Smerter ► Sykehjem

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.79184

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det antas at smerte rammer over halvparten av sykehjemsbeboere med langtkommen demens, men det er lite forskning på hva som kjennetegner disse beboerne med smerte. Tidligere forskning på kliniske og demografiske kjennetegn hos personer med smerte er oftest basert på kognitivt friske voksne. Det er derfor nødvendig med kunnskap om hva som kjennetegner eldre sykehjemsbeboere som lever med langtkommen demens og smerter, da det kan belyse det sammensatte sykdomsbildet og behovene til disse personene. Denne kunnskapen kan bidra til at helsepersonell utvikler ferdigheter i observasjoner og vurderinger for å identifisere behov for tiltak.

Hensikt: Å kartlegge forekomsten av smerte blant sykehjemsbeboere med langtkommen demens. Vi ønsket også å undersøke hva som kjennetegner sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerte ved å sammenlikne kliniske og demografiske kjennetegn mellom en gruppe beboere med smerter og en gruppe beboere uten smerter.

Metode: Studien er en kvantitativ beskrivende studie med et tverrsnittsdesign. Totalt deltok 112 sykehjemsbeboere fra 16 sykehjem. Sykepleiere ved de enkelte sykehjemmene brukte et standardisert skjema for å samle inn demografiske data. De benyttet også validerte kartleggingsverktøy for å samle inn kliniske data om smerte, nevropsykiatriske og depressive symptomer, agitasjon, personnære aktiviteter i dagliglivet, somatisk helse og livskvalitet. Data om bruk av smertestillende legemidler og psykoleptika hentet vi fra beboernes medisinalister.

Resultat: Kartleggingen tilsa at to tredjedeler av utvalget hadde smerte. Beboerne med smerte hadde høyere gjennomsnittsskår for nevropsykiatriske symptomer og livskvalitet (høyere skår indikerer lavere livskvalitet) sammenliknet med beboerne uten smerte. Vi fant også sammenheng mellom det å ha smerte og høyere hjelpebehov for personnære aktiviteter i dagliglivet og høyere forekomst av depressive symptomer.

Konklusjon: Studien avdekker at smerte er et hyppig forekommende problem hos eldre sykehjemsbeboere med langtkommen demens. Våre funn indikerer at sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerte har større symptombyrde og lavere livskvalitet enn beboere uten smerte, noe som kan medføre tilleggsbehov for behandling, pleie og omsorg.

Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter

Beboere med smerte hadde flere helseutfordringer, fysiske og psykiske symptomer. Helsepersonell kan bidra med mer effektiv og riktig behandling, pleie og omsorg.



Mellom 80 000 og 100 000 personer i den norske befolkningen lever med demens, og blant dem som bor på sykehjem, er andelen med demens cirka 80 prosent (1). Demens kjennetegnes ved kognitiv svikt, som blant annet påvirker hvordan personen mottar, bearbeider og organiserer informasjon, og hvordan personen bruker språk og kommuniserer.

Vi graderer vanligvis demens i tre stadier: mild, moderat og langtkommen demens. Hos personer med langtkommen demens er evnen til å tenke logisk og ta hensiktsmessige avgjørelser vanligvis svært redusert (2). Forekomsten av komorbide lidelser, som hjerneslag, diabetes, kronisk hjertesvikt, Parkinson og osteoporose, med tilhørende symptomer som smerte, er høy blant eldre med demens (3).

Personer med langtkommen demens har ofte problemer knyttet til verbalt språk, enten til å finne ord eller forstå kompliserte utsagn. Det er én av årsakene som bidrar til at det ofte er mer komplekst både å vurdere og behandle smerter hos denne gruppen enn hos personer uten eller med mildere grad av demens.

Tidligere forskning

Studier fra norske sykehjem finner at smerte forekommer hos opptil 80 prosent (4, 5) av beboerne med demens, men det er lite forskning på hva som kjennetegner disse beboerne med smerte. Slik kunnskap vil kunne bidra til å identifisere konsekvenser av udekkede behov hos sykehjemsbeboere som lever med både demens og smerter.

Kunnskapen en slik studie fremskaffer, kan også informere helsepersonell

om hvilke observasjoner og vurderinger de kan gjøre for å identifisere behov for behandling, pleie og omsorg, samt belyse det sammensatte sykdomsbildet og behovet til disse personene.

Forskning på kjønnsforskjeller knyttet til smerte er svært omfattende og inkluderer både kliniske og eksperimentelle studier (6) og mange ulike kliniske tilstander (7). Likevel er vårt inntrykk etter gjentatte litteratursøk at det er lite forskning på kjønnsforskjeller knyttet til smerte blant eldre og/eller personer med kognitiv svikt. Derfor har ikke studiene som vi henviser til her, utvalg av eldre med kognitiv svikt.

I en kritisk litteraturoppsummering konkluderer Fillingim og medarbeidere, på tvers av ulike kliniske tilstander som blant annet kreft, muskel-skjelettsmerter, ryggsmarter, abdominalsmerter og nevrologiske smerter, og eksperimentelle studier, at smerte ser ut til å forekomme hyppigere blant kvinner enn menn (7).

Smerteepidemiologien blant eldre er ikke godt forstått, og forekomsten av smerte blant eldre varierer betydelig mellom studier (8). Noen studier viser til økt forekomst av smerte ved økende alder, mens andre rapporterer det motsatte (9).

Det begrensede antallet studier fra sykehjem som inkluderer beboere med demens, antyder at det er en sammenheng mellom smerte og kliniske kjennetegn som nevropsykiatriske symptomer (NPS) (10), eksempelvis depressive symptomer (11) og agitasjon (12) og større hjelpebehov i dagliglivets aktiviteter (ADL) (13).

Men en systematisk forskningsoppsummering viser til svake sammenhenger mellom disse symptomene og

smerter hos personer med demens (14). I tillegg kan redusert livskvalitet (15), redusert mobilitet, større grad av kognitiv svikt, bruk av psykoleptiske legemidler, bruk av fysiske tvangsmidler og manglende evne til verbal kommunikasjon ha sammenheng med smerte (16, 17), men kunnskapen er ufullstendig (17).

Hensikten med studien

Vi ønsket å undersøke hva det er som kjennetegner sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerte. Derfor hadde denne studien til hensikt å sammenlikne demografiske og kliniske kjennetegn mellom en gruppe beboere med smerter (heretter kalt «smertegruppen») og en gruppe beboere uten smerter (heretter kalt «ikke-smertegruppen»). Forskningsspørsmålene for studien var som følger:

- Hva er forekomsten av smerte blant eldre sykehjemsbeboere med langtkommen demens?
- Foreligger det statistisk signifikant forskjell mellom beboere med og uten smerte når det gjelder demografiske kjennetegn (kjønn og alder) og kliniske kjennetegn (ADL, NPS, depressive symptomer, somatisk helse, livskvalitet, agitasjon, bruk av smertestillende legemidler og psykoleptika)?

METODE

Studien er en kvantitativ, deskriptiv studie med et tverrsnittsdesign. Vi samlet inn dataene ved baseline i en større studie som undersøkte betydningen av regelmessig smertekartlegging for bruk av smertestillende legemidler og smerteskår hos



sykehjemsbeboere med langtkommen demens (18).

Deltakere

I tilfeldig rekkefølge inviterte vi sykehjem i fire fylker på østlandsområdet til å delta i studien. Sykepleiere på de enkelte sykehjemmene identifiserte hvilke beboere som var aktuelle for å delta, i to trinn:

- **Trinn 1:** Sykepleierne inkluderte beboere som var 65 år og eldre, hadde langtkommen demens og ikke kunne selvrapportere smerte. Sistnevnte var en faglig vurdering gjort av sykepleieren ut fra vedkommendes kjennskap til beboeren. Beboere med korttidsopphold på sykehjem (<4 uker) ble ikke spurt om å delta i studien.

- **Trinn 2:** Sykepleierne kartla beboerne som ble inkludert i trinn 1. Dersom beboeren hadde smerte, agitasjon og/eller NPS av klinisk betydning, ble beboeren inkludert i studien. Smerte av klinisk betydning var definert som en skår ≥ 5 på Doloplus-2-smerteskalaen (19), agitasjon av klinisk betydning var definert som en skår ≥ 39 på Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (20), mens NPS av klinisk betydning var definert som en skår ≥ 4 (hyppighet x intensitet) på ett av spørsmålene i Neuropsychiatric Inventory-sykehjemsversjonen (NPI-NH) (21).

Sykepleierne inkluderte totalt 121 beboere i trinn 1, og ingen av beboerne ble ekskludert i trinn 2. Av de 121 beboerne som ble identifisert i trinn 1 og 2, ble totalt ni beboere ekskludert før datainnsamlingen startet: Én døde, to ble tatt ut av studien etter vurdering av sykepleieren, og ett sykehjem med seks beboere trakk seg fra studien.

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk i perioden mars 2015 til juni 2016. Sykepleierne ved de enkelte sykehjemmene brukte et standardisert skjema til å samle demografiske data, blant annet kjønn og alder, og validerte kartleggingsverktøy til å samle inn kliniske data om deltaken- de beboere. Sykepleierne brukte kartleggingsverktøy basert på observasjon til å samle inn data om følgende:

- **Forekomst av smerte** ble målt med Doloplus-2-smerteskalaen (19). Skala-

en består av ti spørsmål som skåres fra 0 til 3, der 0 indikerer at atferden som vurderes, er «som vanlig» eller «fraværende», mens 3 er den høyeste skåren for atferden. Totalskåren varierer fra 0 til 30. En skår på ≥ 5 indikerer smerte (19). Smerteskår på ≥ 5 ble brukt til å dele utvalget i to grupper: «smertegruppen» (skår ≥ 5) og «ikke-smertegruppen» (skår ≤ 4).

- **Depressive symptomer** ble målt med Cornell-depresjonsskalaen (22), som



«Forekomsten av smerte blant sykehjemsbeboere med langtkommen demens var høy.»

består av 19 spørsmål som skåres på følgende måte: 0 = ikke til stede, 1 = moderat eller bare til stede periodevis, 2 = mye til stede, og a = lar seg ikke evaluere. Skårene på enkeltspørsmål ble lagt sammen til en totalskår, der skår på ≤ 4 indikerer ingen depressiv episode, 7–11 indikerer mulig mild depressive episode, ≥ 12 indikerer moderat til alvorlig depressiv episode (22).

- **Nevropsykiatriske symptomer** ble målt med NPI-NH (23). Dersom atferden eller symptomet er til stede, vurderes hyppighet (fra 1 = sjelden til 4 = veldig ofte) og intensitet (1 = mild, 2 = moderat, 3 = alvorlig). For hvert atferdstrekk eller symptom regnes det ut en delskår (hyppighet x intensitet), som igjen summeres for de 10 første spørsmålene. NPI-NH består av tolv spørsmål, men «Søvn» og «Appetitt og spiseforstyrrelse» er ikke medregnet i totalskåren i denne studien. Skårområdet (score range) er derfor fra 0–120.

- **Agitasjon** ble målt med CMAI, der 29 agiterte atferdstyper skåres fra 1 = aldri til 7 = flere ganger i timen (24). Totalskåren varierer fra 29–203.

- **Personnære aktiviteter i dagliglivet** (p-ADL) ble målt med ADL-vurdering, personnære aktiviteter i dagliglivet (25). Seks aktiviteter skåres fra 0 = ikke aktuelt og 1 = total uavhengighet til 5 = total avhengighet for å beskrive persons hjelpebehov. I denne studien ble

skårene for hvert enkelt spørsmål summert for å oppnå en totalskår. Vi brukte en grenseverdi på ≥ 18 (skår ≥ 3 på de enkelte elementene) for å indikere moderat til høyt hjelpebehov.

- **Livskvalitet** ble målt med Livskvalitet ved langtkommen demensskala (QUALID, the quality of life in late-stage dementia) (26), som består av elleve påstander som vurderes på en fempunkts skala fra 1 = aldri/sjelden til 5 = det meste av dagen / en eller flere ganger daglig. Totalskåren går fra 11–55, hvor lavere skår indikerer høyere livskvalitet.

- **Somatisk helse (medisinsk komorbiditet)** ble målt med General Medical Health Rating (27). Beboerens nåværende og tidligere medisinske historie utenom demenssykdommen tilegnes en kategori mellom 1 og 4 (1 = utmerket, 2 = bra, 3 = moderat og 4 = dårlig).

- **Bruk av smertestillende legemidler og psykoledtika** ble hentet fra beboerens medisinsliste som vi hadde fått anonymisert kopi av. Fast bruk av smertestillende legemidler (ACT-kode NO2A og NO2B), psykoledtika (ATC-kode N05) og antidepressiver (ATC-kode N06A) er en kategorisk variabel: ja/nei. Vi har også med en kontinuerlig variabel for dose målt i milligram per døgn for paracetamol og orale morfinekvalenter når alle opioider, uavhengig av virkestoff og form, er samlet i en fellesbetegnelse. Med det mener vi den mengden morfin som doseringen tilsvarer dersom morfin ble gitt som tabletter.

Analyse

Analyser av data er gjort i SPSS versjon 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Vi presenterer kontinuerlige variabler med gjennomsnitt og standardavvik (SD), mens frekvens og relativ frekvens i prosent presenteres for kategoriske variabler. Vi brukte t-test for uavhengige utvalg for å sammenlikne smertegruppen med ikke-smertegruppen for kontinuerlige variabler. For kategoriske variabler brukte vi kjikvadrattest.

Etikk

Deltakerne i denne studien hadde langtkommen demens. Derfor innhentet

vi skriftlig samtykke fra beboernes nærmeste familie før studiestarten. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst, referansenummer 2014/1431).

RESULTAT

Totalt deltok 112 sykehjemsbeboere fra 16 sykehjem i studien.

Gjennomsnittsalderen for hele utvalget var 84 år, og 70 prosent var kvinner. Ytterligere beskrivelse av utvalget er gitt i tabell 1. Et av hovedfunnene er at kartleggingen med Doloplus-2 tilsa at to tredjedeler av utvalget hadde smerte. Se tabell 2 for informasjon om forekomsten av smerte og bruken av smertestillende legemidler.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget (n = 112)

Karakteristika	
Alder gjennomsnitt (SD) ^a	84 (7)
Kjønn n (%)	
Kvinner	78 (70)
Menn	34 (30)
Type demens n (%)	
Degenerativ	44 (39)
Vaskulær	16 (14)
Blandet	10 (9)
Sekundær	1 (1)
Uspesifisert	41 (37)
Somatisk helse ^a n (%)	
Svært god	21 (19)
God	45 (41)
Nokså god	40 (37)
Dårlig	3 (3)
Agitasjon gjennomsnitt (SD)	52 (19)
Nevropsykiatriske symptomer gjennomsnitt (SD)	29 (19)
p-ADL ^a n (%)	
Uavhengig til lavt hjelpebehov (skår ≤17)	39 (35)
Moderat til høyt hjelpebehov (skår ≥18)	73 (65)
Fast bruk av psykoletika ^{**} n (%)	
Ja	53 (48)
Nei	57 (52)
Fast bruk av antidepressiver ^{**} n (%)	
Ja	72 (66)
Nei	38 (35)

^aSD: standardavvik
^ap-ADL: personlige aktiviteter i dagliglivet
^{*}missing 3
^{**}missing 2

Tabell 2. Forekomst av smerte og bruk av smertestillende legemidler for utvalget (n = 112)

Variabel	
Smerte n (%)	
Til stede (Doloplus-2 ≥5)	76 (67)
Ikke til stede (Doloplus-2 <5)	36 (32)
Smerteskår gjennomsnitt (SD) ^a	8 (5)
Fast bruk av smertestillende legemidler [*] n (%)	
Ja	72 (66)
Opioider	38 (35)
Paracetamol	53 (48)
Antiinflammatoriske og antirevmatiske midler	2 (3)
Nei	38 (35)
Dose smertestillende legemidler [*] gjennomsnitt (SD)	
Orale morfinekvivalenter (mg/d ^a)	11 (26)
Paracetamol (mg/d ^a)	1277 (1436)

^aSD: standardavvik
^amg/d: milligram per døgn
^{*}missing 2



I tabell 3 presenterer vi forskjellen mellom smertegruppen og ikke-smertegruppen med tanke på kliniske og demografiske variabler. Et annet hovedfunn er at gjennomsnittsskåren for NPS og livskvalitet (høyere skår indikerer lavere livskvalitet) er høyere i smertegruppen enn ikke-smertegruppen. Vi fant en sammenheng mellom smerte og høyere hjelpebehov i p-ADL og forekomsten av depressive symptomer.

DISKUSJON

Forekomsten av smerte blant sykehjemsbeboere med langtkommen demens var høy. To av tre beboere ble vurdert til å ha smerte. Dette er ikke

noe nytt, og det samsvarer med tidligere forskning fra norske sykehjem som har undersøkt forekomsten av smerte hos personer med langtkommen demens på sykehjem (4).

Resultatet viser at en tredjedel av beboerne som ble vurdert til å ha smerte, ikke fikk smertestillende på fast basis. Det betyr ikke at beboerne ikke fikk noen smertelindring, for de kan ha fått smertestillende legemidler ved behov, eller det kan ha blitt iverksatt ikke-medikamentelle tiltak. Det er også interessant å merke seg at to tredjedeler av beboerne som ble vurdert til å ha smerte, fikk smertestillende fast.

Selv om en person får smertestillende legemidler på fast basis, er det

ingen selvfølge at behandlingen er tilfredsstillende. At så mange blir vurdert til å ha smerte til tross for at de bruker smertestillende legemidler fast, kan være en indikasjon på akkurat det – at smertelindringen var utilstrekkelig.

Smertegruppen hadde lavere livskvalitet

Våre resultater viser at smertegruppen har høyere gjennomsnittsskår for NPS sammenliknet med ikke-smertegruppen, og at det er sammenheng mellom det å ha smerte og høyere hjelpebehov i p-ADL og høyere forekomst av depressive symptomer. Økt hjelpebehov i p-ADL er et av kriteriene for diagnostisering av demens (28) og er en av de vanligste årsakene til at personer med demens flytter fra hjem til sykehjem (29).

Videre er nevropsykiatriske, derav depressive symptomer, hyppig forekommende blant eldre sykehjemsbeboere med demens (30, 31). Derfor var det rimelig å anta at mange i vårt utvalg ville ha behov for hjelp for å ivareta grunnleggende p-ADL og/eller ha nevropsykiatriske og depressive symptomer, uavhengig av om de har smerte eller ikke.

Likevel fant vi at smertegruppen hadde betydelig større belastning knyttet til fysiske og psykiske symptomer og helseutfordringer sammenliknet med ikke-smertegruppen. Våre resultater, med støtte i tidligere forskning (10, 11, 13), indikerer dermed at smerte henger sammen med økt byrde av NPS og depressive symptomer og høyere hjelpebehov i p-ADL.

Dette funnet er av betydning for et annet viktig funn i denne studien: at smertegruppen har lavere livskvalitet sammenliknet med ikke-smertegruppen. En tidligere studie viste at smerte har en direkte effekt på livskvaliteten til sykehjemsbeboere med langtkommen demens, men at sammenhengen mellom smerte og livskvalitet delvis forklares gjennom NPS, depressive symptomer og p-ADL (15).

At smertegruppen har lavere livskvalitet sammenliknet med ikke-smertegruppen, kan da muligens forklares

Tabell 3. Forskjell i demografiske og kliniske variabler mellom gruppene

Variabel	Ikke-smertegruppen (n = 36)	Smertegruppen (n = 76)	p-verdi
t-test, gjennomsnitt (SD)^a			
Alder i år	84 (6)	84 (8)	0,93
Agitasjon	49 (17)	53 (19)	0,38
Nevropsykiatriske symptomer	22 (13)	28 (18)	0,03
Livskvalitet	20 (7)	26 (8)	<0,001
Dose paracetamol* (mg/d ^b)	1181 (1384)	1324 (1468)	0,62
Dose oral morfin* (mg/d ^b)	7 (15)	13 (30)	0,23
χ²-test, n (%)			
Kjønn			0,18
Kvinne	22 (61)	56 (74)	
Mann	14 (39)	20 (26)	
Generell somatisk helse**			0,63
Utmerket	9 (26)	12 (16)	
God	12 (34)	33 (45)	
Moderat	13 (37)	27 (37)	
Dårlig	1 (3)	2 (3)	
Depressive symptomer			0,01
Ingen	28 (78)	37 (49)	
Mild til moderat	4 (11)	22 (29)	
Alvorlig	4 (11)	17 (22)	
p-ADL			0,04
Ingen til lavt hjelpebehov	17 (47)	22 (29)	
Moderat til høyt hjelpebehov	19 (53)	54 (71)	
Fast bruk av smertestillende legemidler*			0,50
Ja	22 (61)	50 (68)	
Opioider	11 (31)	27 (37)	0,54
Paracetamol	18 (50)	36 (49)	0,89
Nei	14 (39)	24 (32)	
Fast bruk av psykoleptika*			0,89
Ja	17 (47)	36 (49)	
Nei	19 (53)	38 (51)	

^aSD = standardavvik

*mg/d: milligram per døgn

χ²: kjikvadrat

*missing 2

**missing 3

av den observerte forskjellen i NPS, depressive symptomer og hjelpebehov i p-ADL, og ikke kun av smerte i seg selv.

Lik bruk av legemidler

Det var ingen forskjell på gruppene når det gjelder fast bruk av psykoletiske eller smertestillende legemidler, eller i gjennomsnittlig dose smertestillende legemidler (mg/døgn), verken for paracetamol eller orale morfinekvivalenter. En mulig forklaring kan være at psykoletika, særlig antidepressiver, er hyppig anvendt blant beboere med demens (32).

Det samme gjelder for paracetamol (33). I tillegg har bruken av smertestillende legemidler, hovedsakelig paracetamol og sterke opioider, økt kraftig blant eldre fra tidlig på 2000-tallet og frem mot i dag (33).

Ingen sammenheng mellom smerte og alder, kjønn eller somatisk helse

Tidligere forskning har vist at demografiske variabler som kjønn og alder er av betydning for smerte (7, 9), men i vårt utvalgt var det ingen forskjell i alder mellom smertegruppen og ikke-smertegruppen, ei heller var det en sammenheng mellom smerte og kjønn. Vi fant heller ingen sammenheng mellom smerte og somatisk helse.

Flertallet av beboerne med smerte ble faktisk vurdert til å ha utmerket til god somatisk helse – de hadde ingen eller kun én ustabil somatisk sykdomstilstand, brukte fire eller færre medikamenter og fremsto som friske eller kun litt sykdomspreget (27).

Vi fant heller ingen statistisk signifikant forskjell mellom beboerne med og uten smerte for gjennomsnittlig agitasjonsskår. Resultater fra tidligere forskning på sammenhengen mellom smerte og agitasjon hos personer med demens er inkonsekvent.

Habiger og medarbeidere gjennomførte en klusterrandomisert, kontrollert studie og fant at smertebehandling førte til redusert agitasjonsskår, som indikerer at smerte er den underliggende årsaken til agitasjon (12).

Imidlertid fant ikke blant andre Sampson og medarbeidere noen sammenheng mellom smerte og agitasjon i sine longitudinelle studier (34). I tillegg er agitasjon et sammensatt begrep som inneholder et bredt spekter

.....

«Vi fant ingen sammenheng mellom smerte og somatisk helse.»

av faktorer, og det kan være at noen av spørsmålene i CMAI er sterkere assosiert med smerte enn andre (34).

Styrker og begrensninger

En av studiens styrker er at vi anvendte anerkjente, validerte og reliable kartleggingsinstrumenter. Samtidig er smerte en subjektiv opplevelse. Derfor er det viktig å erkjenne at bruken av kartleggingsinstrumenter som er basert på observasjon av atferd og ikke beboernes selvrappport, kan være utilstrekkelige og til og med medføre en feilaktig fremstilling av beboernes smerteopplevelse.

Likevel er det, så langt, ingen annen veletablert vurderingsmetode som fremstår som bedre enn observasjonstilnærmingen som er brukt i denne studien. En annen begrensning er at grenseverdien (Doloplus-2 ≥ 5) som ble brukt til å dele utvalget inn i smertegruppen og ikke-smertegruppen, ikke er validert – den er kun basert på instrumentutviklernes kliniske erfaring.

Det er også en begrensning at flere av de observasjonsbaserte kartleggingsinstrumentene vi brukte, har overlappende spørsmål. Overlappende atferdsmessige uttrykk observert for blant annet smerte, depressive symptomer og demens gjør det vanskelig for helsepersonell å skille mellom disse symptomene i klinisk praksis.

En annen svakhet er at vi ikke kan gi et komplett bilde av smertelindringen gitt til beboerne da vi ikke har data om smertestillende legemidler administrert ved behov eller ikke-medikamentelle tiltak mot smerte.



Det er en styrke at utvalgets demografiske karakteristika er sammenliknbare med tilsvarende større norske studier på feltet. Overføringsverdien av funnene i denne studien til beboere ved andre sykehjem må vurderes i lys av begrensningen i utvalget, som kun er representert av 112 beboerne fra 16 sykehjem på Østlandet.

At dataene som ble analysert, kun var fra ett tidspunkt, begrenser oss fra å kunne kommentere på årsaks-sammenheng. Selv om vi fant statistisk signifikante forskjeller mellom smertegruppen og ikke-smertegruppen, er ikke det ensbetydende med at det er vesentlig forskjell på gruppene klinisk sett.

Implikasjoner

Smerte er et hyppig forekommende problem hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens. Vår studie indikerer at belastningen av nevropsykiatriske og depressive symptomer øker ved smerte. I tillegg reduseres beboerens p-ADL-funksjon og livskvalitet når beboeren har smerte. Derfor er gjenkjennelse av smerte og effektiv smertebehandling en viktig oppgave for helsepersonell fordi sykehjemsbeboere med smerte har mer belastende symptomer og helseproblemer sammenliknet med beboeren uten smerter.

Systematisk kartlegging av sykehjemsbeboere med langtkommen demens er avgjørende fordi det kan gi helsepersonell føringer for videre observasjoner og vurderinger og hjelpe til med å identifisere hvilke beboere som har behov for tiltak.

Longitudinelle studier av sykehjemsbeboere med smerte vil gi viktig informasjon om hvordan smerte over tid påvirker p-ADL, depressive symptomer, NPS og livskvalitet. Det kan bidra til å utforme mer effektive tiltak og samtidig unngå unødige eller skadelige tiltak, som igjen skaper et potensial for mer hensiktsmessig bruk av knappe ressurser.

Et annen interessant område for videre forskning kan være å undersøke symptomknipper – tre eller flere

samtidige symptomer som er relaterte, men ikke nødvendigvis av samme bakenforliggende årsak.

Som resultatet i vår studie indikerer, har ikke sykehjemsbeboeren med langtkommen demens og smerte ett



«Systematisk kartlegging av sykehjemsbeboere med langtkommen demens er avgjørende fordi det kan gi helsepersonell føringer for videre observasjoner og vurderinger.»

enkelt symptom eller helseproblem, men i stedet et komplekst lidelsesbilde med mange sykdommer og symptomer i tillegg til redusert evne til å kommunisere verbalt.

KONKLUSJON

Vår studie indikerer at smerte hos eldre sykehjemsbeboere med langtkommen demens er et utbredt problem som har innvirkning på fysiske og psykiske symptomer og andre helseutfordringer. Våre resultater viser at sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter har høyere gjennomsnittsskår for NPS sammenliknet med beboerne uten smerter, og at det er sammenheng mellom det å ha smerte og hjelpebehov i p-ADL, og forekomsten av depressive symptomer.

I tillegg indikerer våre funn at sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter har lavere livskvalitet enn beboerne uten smerter. Systematisk kartlegging av smerte og andre symptomer og helseproblemer hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens er derfor en viktig oppgave for helsepersonell, og et etisk og faglig ansvar som kan bidra til mer effektiv og riktig behandling, pleie og omsorg. ●

Vi opplyser om at Hanne Marie Rostad er assisterende redaktør i Sykepleien

Forskning. Artikkelen ble godkjent før hun ble assisterende redaktør.

REFERANSER

1. Grøholt E, Bøhler L, Hånes H. Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge i 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
2. Verdens helseorganisasjon, Alzheimer's Disease International. Dementia. A Public Health Priority. Genève; 2012. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=AF546989FADC48F521DA310293FFCF3?sequence=1 (nedlastet 16.10.2019).
3. Bunn F, Burn A-M, Goodman C, Rait G, Norton S, Robinson L, et al. Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature. 2014;12(1):192.
4. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Palliative Medicine. 2009;23(1):8–16.
5. Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø SB, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2010;24(2):380–91.
6. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. British Journal of Anaesthesia. 2013;111(1):52–8.
7. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley J. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. The Journal of Pain. 2009;10(5):447–85.
8. Patel KV, Guralnik JM, Dansie EJ, Turk DC. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. 2013;154(12):2649–57.
9. Jones G, Macfarlane G. Epidemiology of pain in older persons. I: Gibson S, Weiner D, red. Pain in older persons. Seattle: IASP Press; 2005.
10. Husebø BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ. 2011;343:d4065.
11. Erdal A, Flo E, Selbaek G, Aarsland D, Bergh S, Slettebo DD, et al. Associations between pain and depression in nursing home patients at different stages of dementia. Journal of Affective Disorders. 2017;218:8–14.
12. Habiger TF, Flo E, Achterberg WP, Husebø BS. The interactive relationship between pain, psychosis, and agitation in people with dementia: results from a cluster-randomised clinical trial. Behavioural Neurology. 2016; artikkel-ID 7036415. DOI: 10.1155/2016/7036415
13. Cadogan MP, Edelen MO, Lorenz KA, Jones M, Yosef J, Hascall T, et al. The relationship of reported pain severity to perceived effect on function of nursing home residents. The Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2008;63(9):969–73.
14. van Dalen-Kok AH, Pieper MJ, de Waal MW, Lukas A, Husebø BS, Achterberg WP. Association between pain, neuropsychiatric symptoms, and physical function in dementia: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics. 2015;15(1):49.
15. Rostad HM, Puts MT, Småstuen MC, Grov EK, Utne I, Halvorsrud L. Associations between pain and quality of life in severe dementia: a Norwegian cross-sectional study. Dementia & Geriatric Cognitive Disorders Extra. 2017;7(1):109–21.
16. Miu D, Chan K, Geriatrics. Under-detection of pain in elderly nursing home residents with moderate to severe dementia. Journal of Clinical Gerontology. 2014;5(1):23–7.
17. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. Pain Management Nursing. 2010;11(4):209–23.
18. Rostad HM, Utne I, Grov EK, Småstuen MC, Puts M, Halvorsrud L. The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2018;84:52–60.
19. Lefebvre-Chapiro S. The DOLPLUS-2 scale – evaluating pain in the elderly. European Journal of Palliative Care. 2001;8(5):191–4.
20. Husebø BS, Ballard C, Cohen-Mansfield J, Seifert R, Aarsland D. The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2014;22(7):708–17.
21. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2007;22(9):843–9.

22. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*. 1988;23(3):271–84.
23. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308.
24. Cohen-Mansfield J. Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield agitation inventory and the agitation behavior mapping instrument. *International Psychogeriatrics*. 1997;8(5):309–15.
25. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Nursing Research*. 1970;19(3):278.
26. Weiner MF, Martin-Cook K, Svetlik DA, Saine K, Foster B, Fontaine C. The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. 1999;3(3):114–6.
27. Lyketsos CG, Galik E, Steele C, Steinberg M, Rosenblatt A, Warren A, et al. The General Medical Health Rating: a bedside global rating of medical comorbidity in patients with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47(4):487–91.
28. Direktoratet for e-helse. Verdens helseorganisasjon. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer [internett]. Oslo: 2019 [oppdatert 12.08.2019; sistert 16.10.2019]. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer>
29. Verbeek H, Meyer G, Challis D, Zabalegui A, Soto ME, Saks K, et al. Inter-country exploration of factors associated with admission to long-term institutional dementia care: evidence from the RightTimePlaceCare study. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(6):1338–50.
30. Selbæk G, Engedal K, Bergh S. The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(3):161–9.
31. Iden KR, Engedal K, Hjørleifsson S, Ruths S. Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*. 2014;37(3–4):154–62.
32. Helvik A-S, Benth JS, Wu B, Engedal K, Selbæk G. Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatrics*. 2017;17(1):52.
33. Berg C, red. Reseptregisteret 2013–2017. Legemiddelstatistikk 2018:2, Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf (nedlastet 16.10.2019).
34. Sampson EL, White N, Lord K, Leurent B, Vickerstaff V, Scott S, et al. Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Pain*. 2015;156(4):675.

ANNONSE

STOLTHET OG TRADISJON SIDEN 1888



MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Har du en ansatt som fortjener heder?

Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsette arbeidstakere med minst 30 år ved samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker og som står for overrekkelsen.



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 64 83 20 00 • norgesvel@norgesvel.no • www.medaljen.no



QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:
Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter

Skann koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no

To tredeler av pasientene i studien hadde smerte

For personer med langtkommen demens kan smertelindring ha stor innvirkning på livskvaliteten, konkluderer Hanne Marie Rostad.

Tekst **Monica Hilsen** • Foto **Marit Fonn**

Smerte lar seg ikke måle slik vi måler blodtrykk, sier Hanne Marie Rostad, postdoktor ved Institutt for helsevitenskap på NTNU, Gjøvik.

Rostad skrev sin doktorgrad om smertekartlegging blant sykehjemsbeboere med langtkommen demens. Forskningsartikkelen «Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter» er basert på data som ikke var med i avhandlingen.

– Vi kan observere atferd. Hva er smerteatferd? Er det å knipe øynene eller rynke panna? spør hun.

Rostad har klinisk erfaring fra spesialisthelsetjenesten på kreft- og lindrende avdeling og akuttgeriatrik avdeling.

– Interessen for smerte ble vekket da jeg jobbet klinisk, mens interessen for eldre i kommunehelsetjenesten kom da jeg skrev masteroppgave og jobbet som forskningsassistent, sier hun.

OPPLÆRING I FORKANT

Det var 16 sykehjem som deltok i studien. Alle ansatte på sykehjemmene fikk tilbud om undervisning i forkant av studien, uavhengig av om de skulle delta i datainnsamlingen eller ikke.

Forskerne underviste i temaene demens og smerter, demens og livskvalitet og demens og nevropsykiatriske symptomer. De hadde opplæring i bruk av

Hanne Marie Rostad

- Postdoktor ved Institutt for helsevitenskap på NTNU, Gjøvik

Står bak artikkelen «Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter», som starter på side **26**.

kartleggingsskjemaene sykepleierne og helsefagarbeiderne skulle bruke til å samle data. Til måling av smerte brukte de Doloplus-2-smerteskala.

Rostad forteller at sykepleiere er vant til å observere og vurdere, og bruk av standardiserte skjemaer kan være en god støtte i det arbeidet.

– Datainnsamling er første steg i den kliniske vurderingsprosessen, og det er noe vi sykepleiere drilles i og er svært gode på, sier Rostad.

HØY FOREKOMST AV SMERTE

Forskningsresultatene viste at to tredeler av pasientene i studien hadde smerte.

Men å observere og vurdere pasientenes smerte er vanskelig. Egne erfaringer kan lett legges til grunn for tolkningen, og tegn som leses ut av kroppsspråket, kan også være uttrykk for andre følelser enn smerte. For

«Selv om du er gammel, er det ikke naturlig å ha det vondt.»

Hanne Marie Rostad

eksempel kan endring i søvnmønster eller sosial aktivitet være et uttrykk for smerte, men det kan også være tegn på depressive symptomer.

Det er ikke noe kroppsspråk eller atferdsuttrykk som kun sees ved smerte. Det gjør det utfordrende





KARTLEGGING: Metoden som ble brukt i studien, baserte seg på observasjon, forteller Hanne Marie Rostad.



for sykepleiere eller annet helsepersonell å være sikre på at det faktisk er smerte pasienten opplever, og ikke noe annet.

– Metoden som ble brukt i studien, baserer seg på observasjon av atferd som gir en indikasjon på hvordan pasientene har det, sier Rostad.

DEMENS GIR IKKE SMERTE

– Ingen forskning tilsier at demens gir smerte, sier hun.

– Dog er smerte et vanlig symptom hos mange med demens. Alderdom kan føre til flere andre sykdommer der smerte er et kjent symptom. Selv om du er gammel, er det ikke naturlig å ha det vondt, fortsetter hun.

– Det er en seiglivet myte, mener Rostad.

KARTLEGGING ER VIKTIG

Forskerne fant ut at mange av pasientene hadde smerter, til tross for at de fikk smertestillende medi-

«Ingen forskning tilsier at demens gir smerte.»

Hanne Marie Rostad

kamenter. Rostad tenker at systematisk kartlegging for å finne årsak til smerten, og tett oppfølging av effekten av det smertelindrende tiltaket man har iverksatt, er avgjørende for god smertebehandling.

Hun mener at det ikke holder bare å gi smerte-



Nå ut internasjonalt

Sykepleien Forskning oversetter alle forskningsartiklene til engelsk

FAKTA

stillende medikamenter, fordi den behandlingen ikke alltid er riktig, og dermed heller ikke effektiv.

– En grundig klinisk undersøkelse, som for eksempel å titte inn i munnen, inspisere hud og å gå gjennom pasientens journal og samtale med pårørende, er en måte å finne årsaken til smerter, sier Rostad.

KOMMUNIKASJONSVANSKER

Personer med langtkommen demens kan ikke nødvendigvis fortelle hvor de har vondt, og hvordan smerten føles, da de ofte har problemer med å snakke. Dermed kan det være vanskelig å beskrive om smerten er bankende eller brennende, hvor intens den er, når den oppsto, hvor lenge den har vart, og faktorer som forverrer eller forbedrer. Slik informasjon er viktig for å avdekke årsaken til smertene, som igjen er av betydning for å gi riktig behandling.

– Medikamentet som for eksempel gis til behandlingen av nervesmerter, vil være et annet enn det som gis mot nociseptive smerter. Dosen kan også være feil, eller medikamentet gis ikke på riktig tidspunkt, sier hun.

TRENGER TILLEGGSBEOH

Resultatene fra studien indikerte at sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerte har større symptombyrde og lavere livskvalitet enn beboere uten smerte, noe som kan medføre tilleggsbehov for behandling, pleie og omsorg.

Rostad har undervist studenter i funnene fra studien. Kunnskapen gir innsikt i hvordan de best kan tilrettelegge for denne pasientgruppen når de er i praksis som studenter og i det fremtidige yrkeslivet som sykepleiere.

Verktøy i studien

I studien brukte de verktøyet Doloplus-2-smerteskala. Det er et skjema for å indikere om smerte er til stede eller ikke. De brukte også andre verktøy som målte depressive og nevropsykiatriske symptomer, agitasjon, fysisk funksjon, livskvalitet, somatisk helse og bruk av smertestillende.

Kriteriet for å være med i studien var at sykehjemmet ikke brukte smertekartleggingsverktøy fra før.

Noen av sykehjemmene som var med i studien, har brukt skjema-pakken i etterkant for å regelmessige observere og vurdere pasienter og iverksette tiltak.

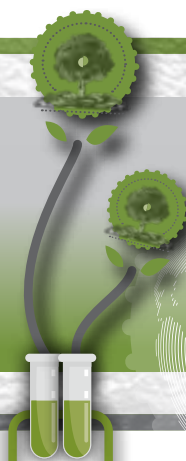
– Om skjemaene er enkle å bruke i en travel hverdag, og oppleves som nyttige, er et spørsmål som er viktig å stille. Skal sykepleiere og annet helsepersonell bruke tid på verktøyet, må det gi pasienten en forbedring i hverdagen, sier Rostad.

ENGASJERTE ANSATTE

I gjennomføringen av studien opplevde Rostad stort engasjementet hos sykepleierne og helsefagarbeiderne. Hun forklarer det med en vilje til å utvikle egen kompetanse som vil komme pasientene til gode.

– Det var flott å se hvor langt de strakk seg for å bidra til studien. Det var en takknemlig gruppe å samarbeide med, forteller hun.

– Levealderen i befolkningen øker, og antallet med demens vil øke med et økende antall eldre. En ting er å ha som mål å finne en kur mot demens, eller hvordan det kan forebygges, men det er også viktig å forske frem kunnskap som kan brukes til å sørge for at personer som har demens, får et godt liv, sier Rostad.



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2020.80224

HOVEDBUDSKAP:

I denne artikkelen har femten kvinner fortalt om hvordan de mestrer livssituasjonen sin ni år etter at de gjennomgikk primær brystkreftkirurgi. Erfaringene kan oppsummeres i tre punkter: livet blir endret, det er viktig å tenke positivt, og de har behov for forståelse og aksept. Helsepersonell bør informere alle kvinner med brystkreft om disse punktene. Støtte og informasjon må tilpasses den enkeltes individuelle behov, mestringsevne og livssituasjon.

NØKKELOD:

► Kreft ► Kvalitativ studie ► Mestring ► Overlevelse

Kvinner har ulike opplevelser av mestring ni år etter brystkreftkirurgi

Tidlig diagnose og bedre behandling fører til at flere kvinner overlever brystkreft. Det er viktig med kunnskap om hvordan de mestrer livet etter kreftbehandlingen.

«Jeg kan ikke fokusere på det som har vært vanskelig. Jeg må tenke 'Ok, jeg går videre!' Jeg trenger å fokusere på det positive.» Dette sitatet illustrerer en kvinnes opplevelse ni år etter primæroperasjonen. Hennes erfaring blir diskutert i lys av Antonovskys (1) teori om salutogenese og Lazarus' (2) teori om mestring.

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner. Tidlig diagnose og bedre behandling gir økt overlevelse (3). I Norge overlever cirka 90 prosent fem år etter diagnosen (4).

Problemer etter behandlingen oppleves ulikt. Noen har få ettervirkninger, mens andre har angst og depresjon (5, 6), smerter, tretthet, lymfødem og frykt for tilbakefall (7, 8). Informasjon og støtte er viktig for mestring, men må tilpasses ulike faser i forløpet, noe som kan være utfordrende (9–12).

Sosiale roller kan bli forandret fordi kreftbehandlingen påvirker arbeidsengasjement, energinivå og kroppsbilde (13, 14). Imidlertid kan kreftopplevelsen også føre til personlig vekst (15, 16). Kunnskap om pasientenes opplevelser av mestring kan gi sykepleiere informasjon om hva som er viktig for å kunne gi individuelt tilpasset oppfølging.

MESTRING INNEBÆRER

Å HÅNDBERE UTFORDRINGER

Hensikten med denne artikkelen er å belyse kvinners erfaringer med mestring ni år etter deres primære brystkreftkirurgi. Vi intervjuet femten kvinner individuelt ett og ni år

FORFATTERE



Sigrunn Drageset

Førsteamanuensis og anestesisykepleier, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet



Torill Christine Lindstrøm

Professor og psykolog, Det psykologiske fakultet, Institutt for samfunnspsykologi og Centre for Early Sapiens Behaviour, Det humanistiske fakultet, Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap, Universitetet i Bergen



Sidsel Ellingsen

Førsteamanuensis og anestesisykepleier, VID vitenskapelige høgskole, studiested Haraldsplass, Bergen

etter operasjonen. Denne artikkelen er en norsk kortversjon av vår engelske artikkel om samme tema. For detaljer om metode og analyse henviser vi til den engelske artikkelen (17).

Ifølge Antonovskys (1) innebærer mestring å håndtere utfordringer som oppleves som trusler. Teorien involverer til sentrale begreper: en følelse av sammenheng (SOC) og generelle motstandsressurser (GRR). Disse påvirker hverandre og er avgjørende for mestring.

En følelse av sammenheng består av tre komponenter: forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Generelle motstandsressurser omfatter

ulike mestringsressurser, som delvis er knyttet til personens egen mestringskapasitet og delvis til ressurser i miljøet.

Lazarus (2) definerer mestring som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger ens ressurser.

I vår studie var tre hovedfunn fremtredende: livet blir endret, det er nødvendig å tenke positivt, og forståelse og aksept er viktig.

LIVET BLIR ENDRET

Kvinnenes livssituasjon ble endret. Endringene ble opplevd både som utfordrende og berikende – uavhengig av hvor alvorlig kreften var. Erfaringene hadde ført til at deres grunnleggende verdier ble tydeligere. Livet ble mer verdsatt; de «små tingene» i livet ga mer glede og fikk større verdi.



TENK POSITIVT: Helsepersonell bør formidle håp og optimisme ved å gi konkrete råd om hvordan brystkreftopererte kvinner kan få en bedre hverdag. Illustrasjonsfoto: Piotr Marcinski / Mostphotos

Kvinnenes opplevelse av sykdommen fikk konsekvenser for hvordan de prioriterte å bruke tiden sin. Noen ga mer oppmerksomhet til seg selv, mens andre ønsket å gi familien og andre mer tid og oppmerksomhet.

Det ga mening å bruke egne sykdomsopplevelser til å hjelpe andre. En informant sa: «Min kreftopplevelse kan brukes til hjelpe andre med kreft, [...] gjøre kreftopplevelsen mindre farlig.»

Å verdsette livet og finne mening er beskrevet i vår tidlige forskning (18). Nå, ni år senere, fant vi at dette var enda mer integrert i kvinnenes levemåte. Ifølge Antonovsky (1) er evnen til å finne mening i vanskelige situasjoner en motiverende faktor som er avgjørende for mestring.

Nederlag å måtte slutte i jobben

Engasjement i meningsfulle aktiviteter er viktig for å kunne håndtere livsutfordringer for pasienter med brystkreft (14). Også våre funn bekreftet dette. Som Folkman har beskrevet (19), kan meningsfulle opplevelser ha betydning for mestring ved å gi mer innsikt i hva som betyr mest i livet.

Visse endringer, som tidvis tap av energi, livsglede og selvfølelse, var vanskelig for kvinnene å akseptere. Mange klarte ikke å gå tilbake til sitt tidligere funksjonsnivå: «Jeg har vært glad og hatt arbeidskapasitet. Nå har jeg mistet livsgleden og skapergnisten. Det er både fysisk og psykisk, og jeg orker ikke alltid å være med i fullt tempo.»

Funnene i vår studie viste at det å være i arbeid var av stor betydning for noen av kvinnene, da det ga identitet og en følelse av normalitet, mestring og å være en aktiv deltaker i samfunnet (20, 21): «Jeg var bekymret for å ikke kunne komme tilbake på jobb, være som alle andre og føle meg frisk.»

Noen jobbet deltid for å få mer energi, mens andre sluttet. Å måtte slutte i jobben ble opplevd som et nederlag: «Det føltes som et nederlag å måtte slutte å jobbe. Jeg kunne ikke gjøre mitt beste lenger.»

Informasjon kan være en mestringsressurs

Selvurdering av arbeidsevne og selvopplevde begrensninger er faktorer som påvirker valget om å være i arbeid (13, 22). Det var tøft for kvinnene å forholde seg til mindre energi, tretthet, mindre livsglede og mindre selvtilit. Mange av dem var ikke forberedt på disse endringene, og det var vanskelig å akseptere situasjonen og holde ut.

Mange følte at de ikke hadde fått nok informasjon fra helsepersonell om mulige langtidseffekter: «Bedre informasjon om hva jeg kunne forvente av plager, kunne gitt meg kontrollen tilbake. Jeg ville ha vært bedre forberedt.»

Ifølge Lazarus (2) er opplevd kontroll i stressende situasjoner en viktig mestringsressurs. Å tilby kvinnene mer individuelt tilpasset informasjon og kunnskap om bivirkninger kan være en måte å styrke deres opplevelse av forståelighet og håndterbarhet på, som beskrevet av Antonovsky (1).

Informasjon og informasjonsmengde må være tilpasset den enkelte: «Jeg vil ikke vite for mye. Jeg vil helst ta dagene slik som de er.» Ifølge Antonovsky (1) er forståelighet en persons evne til å forstå hva som skjer. Personer med en sterk

SOC kan se på informasjon som en mulig mestringsressurs, men bare når informasjonen er forståelig og gir mening.

DET ER NØDVENDIG Å TENKE POSITIVT

Positiv tenkning var viktig for kvinnene. Det var en nødvendig mestringsstrategi for å holde negative tanker om kreft på avstand. En av dem sa:

«Grunntanken må være at du ikke skal være negativ. Det tror jeg er det viktigste. Du må ha et eller annet å

«Mange klarte ikke å gå tilbake til sitt tidligere funksjonsnivå.»

tro på, at dette blir bra, prøve å ha en positiv grunnholdning. Man kan bli syk av å være negativ. Det sprer seg i alt, hvordan du er, hva du gjør, hvordan du tenker i jobben og i det sosiale liv.»

Howdan kvinnene holdt det negative på avstand, varierte. Noen av dem engasjerte seg i aktiviteter som trening, lyttet til musikk eller deltok i kulturelle begivenheter (18). Det siste kan tolkes som uttrykk for strategier som distanse, normalisering og kognitiv unngåelse (5, 18, 23).

Håp og indre styrke er viktige ressurser

Betydningen av å tenke positivt og unngå selvmedlidenhet ble også vektlagt når brystkreftoverleverne oppmuntret og ga råd til andre:

«Det er rådet jeg kan gi folk som blir syke; det er viktig å glemme seg selv litt. Ikke fokusere for mye på seg selv og hva man går gjennom, slik som selvmedlidenhet og det å tenke at livet er urettferdig, og at 'hvorfor skal jeg få det?' Slike tanker kommer, men prøv å holde dem borte. Forsøk å ha en positiv holdning. Jeg har sagt til meg selv at jeg er veldig heldig. Det er mange andre som har verre skjebner enn meg. Prøv å føle mer glede! Ikke fokuser på det negative!»

Håp og indre styrke var viktige ressurser for å kunne tenke positivt. En kvinne sa: «Jeg håper at kreften min er fjernet. Håpet holder meg oppe, jeg tror på den indre styrken og er overbevist om at jeg har den. Jeg har aldri tenkt på meg selv som et offer. Legene kan gjøre noe for meg, men resten av 'jobben' er min. Livet har mer å tilby. Jeg må komme meg gjennom det og gå videre!»

Ifølge Folkman (24) er håp en viktig mestringsressurs for å håndtere usikkerhet og endret virkelighet, noe som også blir vektlagt i forskning (9, 25, 26). Å se fremover og håndtere situasjonen steg for steg var viktig for å holde det negative på avstand.

Kvinnene ga uttrykk for at de prøvde å unngå å tenke på kreft, og heller fokuserte på overlevelse, selv om de fremdeles følte seg usikre og fryktet tilbakefall. Dette gjenspeiler en mestringsstrategi for å oppleve kontroll og redusere frykt og angst (18, 23, 27).

Påtrengende tanker er normalt

Imidlertid ble frykten for tilbakefall aktivert ved rutinekontroller. En kvinne sa: «Nylig, ved rutinekontrollen,

begynte jeg å gråte. Jeg tenkte på hva som hadde skjedd der første gangen.» Det var også vanskelig for kvinnene å kjenne andre som hadde fått tilbakefall.

Påtrengende tanker, gjenopplevelse av kreftrelaterte hendelser og unngåelse av alt som handler om kreft, er normalt blant kreftoverlevende, spesielt de første årene etter diagnosen (8). Vi fant at frykt for tilbakefall var gjeldende ni år etter operasjonen, selv om kvinnene forsøkte å unngå denne frykten. Gjenopplevelser ble utløst av rutinekontrollene.

Ikke alle kvinnene godtok at kroppen var endret. Rekonstruksjon av bryst var noe alle vurderte, men ikke alle utførte: «Jeg er veldig glad for at jeg bestemte meg for brystrekonstruksjon. Mannen min også. Da jeg bare hadde ett bryst, ble jeg minnet om kreft hele tiden.» En annen sa: «Jeg ville ikke ha brystrekonstruksjon. Jeg er ikke opptatt av forfengelighet.»

Å akseptere både positive og negative følelser relatert til konsekvensene av kreftsykdom og behandling er en viktig følelsesregulerende prosess (19). Betydningen av å akseptere diagnosen hos brystkreftoverlevende er rapportert av Blinder og medarbeidere (20).

Likevel var konsekvensene av å bli behandlet for brystkreft vanskelig å godta for kvinnene. Imidlertid medførte brystrekonstruksjon at noen aksepterte situasjonen, slik at de ikke hele tiden ble påminnet

om kreften. Det ble opplevd som en viktig mestringsfaktor.



FORSTÅELSE OG AKSEPT ER VIKTIG

Forståelse og aksept for den endrede livssituasjonen var viktig for alle kvinnene: «Folk vet ikke hva du har vært igjennom når de sier: 'Nå er du jo ferdig med behandlingen, så nå er jo alt bra!' For det er ikke alt som er bra! Det har jo med følelser å gjøre øg. Noen ser på meg som helt frisk. Jeg er ikke frisk. Noen ganger må jeg minne folk på at jeg ikke er hjemme fordi jeg har ferie.»

Å motta forståelse var ikke alltid enkelt, da det innebar å være åpen overfor familie, venner og kolleger. En av kvinnene sa: «Hvis jeg er mer åpen om plagene mine [...] kanskje andre vil forstå meg bedre?»

«Jeg vil ikke vite for mye. Jeg vil helst ta dagene slik som de er.»

Forståelse og støtte fra partneren var spesielt viktig. De kvinnene som var i jobb, fikk god forståelse av sine kolleger de første årene etter operasjonen, men opplevde at det endret seg ettersom tiden gikk: «Jeg hadde disse 'superflinke' kollegene som ikke forsto. Når du er syk, må andre gjøre jobben din.»

De positive effektene av sosial støtte er godt dokumentert

ANNONSE



Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholt's stiftelse

- FAGUTVIKLING OG FORSKNING INNEN HJERTE-, BLINDE- OG KREFTSAKEN

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil i år foreta utdeling av stipendier til stiftelsens formål. I år prioriteres fagutvikling og forskning innen blinde- og kreftsaken.

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, post@finn-senioradvokat.no - innen 01.10.2020.

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.

(5, 11, 14). Våre funn viste at kvinnes behov for sosial støtte var viktig, men at den måtte bli mer tilpasset deres nåværende livssituasjon.

Å få forståelse og aksept var viktig for alle, og de ble opprørte når venner og familie ignorerte alvorret i plagene deres etter behandlingen. Åpen kommunikasjon om situasjonen i kvinnes nettverk ga aksept og styrket deres relasjonelle bånd.

De næreste er viktige støttespillere

Ifølge Antonovsky (1) beskrives håndterbarhet som i hvilken grad man opplever å ha de nødvendige mestringsressursene for å håndtere en utfordrende situasjon. Som i tidligere studier (14) fant vi at partneren var den aller viktigste støtten.

Nære venner og familiemedlemmer var de viktigste støttespillere for brystkreftoverleverne. Over tid ble støtten som ble tilbudt, opplevd annerledes, avhengig av om deres endrede livssituasjon ble forstått eller ikke. En kvinne sa: «Jeg har venner som nesten kan 'overdo it' i forhold til å gi hjelp. De gjør for mye ut av det. Jeg liker det ikke. Jeg er et selvstendig menneske.»

De som tidligere hadde opplevd manglende støtte i krevende situasjoner, avviste nå tilbud om hjelp. En av kvinnene sa: «Mannen min hadde kreft i flere år før han døde, og det er ganske tøft når du har to barn å ta vare på. Ingen brydde seg da. Så jeg er ikke interessert i å involvere dem i min situasjon nå.»

Bevissthet om behovet for støtte

Andre kvinner måtte gi støtte istedenfor å motta det. En informant sa: «Jeg har fått begrenset støtte fra familien min i løpet av disse årene. Min familie krever hjelp og støtte hele tiden. Jeg må hjelpe dem. Jeg har aldri hatt fritid. Jeg føler meg trett.»

Imidlertid kunne støtten også oppleves som overbeskyttende og «frata» enkelte kvinner selvbestemmelse og uavhengighet, mens andre manglet støtte når de trengte det som mest.

Det var viktig for kvinnene å være klar over behovet for støtte og være selektiv når det gjaldt hvem de ønsket å tilbringe tiden sin med: «Jeg er mer utvelgende. Det kan være venner og kolleger. Jeg har funnet ut at nå er det jeg som velger, og jeg velger

også vekke noen. Du lever ikke for alltid. Jeg vil fylle tiden min med hyggelige mennesker som virkelig forstår min situasjon.»

Å være omgitt av positive mennesker var også viktig: «Nå er jeg heldigvis omgitt av relativt positive mennesker på jobb. Jeg har noen i familien min som ikke er spesielt positive, men det plager meg ikke. Jeg foretrekker å omgås dem som er positive. De er rett og slett lettere å være i lag med.»

Ikke alle fastleger kan nok om brystkreft

Selv om støtte fra kolleger ble verdsatt, fant vi også at manglende forståelse fra overordnede og kolleger kunne skape en følelse av å ikke mestre jobben og et ønske om å slutte. Ved at kvinnene deltok i et støttende miljø på jobben, kunne deres mestringsfølelse og følelse av egenverd styrkes (13, 20).

Støtte fra helsepersonell var viktig: «Min fastlege har støttet meg mye. Hun følger meg opp angående jobb og sykmelding.» Men det kunne også være motsatt: «Jeg ser sjelden min

«Åpen kommunikasjon om situasjonen i kvinnes nettverk ga aksept og styrket deres relasjonelle bånd.»

fastlege. Jeg har en legesjekk en gang i året. Ikke alle leger vet så mye om brystkreft.»

På linje med tidligere studier var fastlegen en viktig mestringsressurs for noen av kvinnene (28). Imidlertid uttrykte enkelte at fastlegen ikke hadde nok kunnskap om deres krefttype. Manglende kunnskap er rapportert som en barriere for god omsorg ved oppfølging (28).

KONKLUSJON

Kreftopplevelsen forandret livet til kvinnene, også etter lang tid. Hvordan den enkelte mestret sin endrede livssituasjon, varierte. De foretrakk færre, men utvalgte støttespillere. Det at andre forsto og aksepterte kvinnes endrede livssituasjon, var avgjørende for at de aksepterte den selv.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Helsepersonell bør forberede kvinner på en endret livssituasjon etter behandling for brystkreft. Sosial støtte og informasjon som tilbys, må tilpasses den enkeltes individuelle behov, mestringssevne og livssituasjon, og de bør oppfordres til å være åpne om situasjonen.

På den måten kan kvinner få mer forståelse og aksept for endringene. Helsepersonell bør også formidle håp og optimisme ved å gi konkrete råd om hvordan de kan få en bedre hverdag. ●

Forfatterne takker alle kvinnene som deltok i studiene, og som så generøst delte sine erfaringer med oss. Vi takker også Haukeland universitetssjukehus, Bryst- og endokrinkirurgi poliklinikk, for verdifull støtte.

REFERANSER

1. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



2. Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer; 1999.
3. Verdens helseorganisasjon. Breast cancer: burden and control. WHO; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index.html> (nedlastet 07.01.2020).
4. Krefregisteret. Cancer in Norway. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.krefregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2016/> (nedlastet 07.01.2020).
5. Brandao T, Schulz MS, Matos PM. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*. 2016;26(7). DOI: 10.1002/pon.4230
6. Antoni MH, Jacobs JM, Bouchard LC, Lechner SC, Jugagir DR, Gudenkauf LM, et al. Post-surgical depressive symptoms and long-term survival in non-metastatic breast cancer patients at 11-year follow-up. *General Hospital Psychiatry*. 2017;44:16–21. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2016.10.002
7. Fu MR, Kang Y. Psychosocial impact of living with cancer-related lymphedema. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(1):50–60. DOI: 10.1016/j.soncn.2012.11.007
8. Stanton AL, Rowland JH, Ganz PA. Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: contributions from psychosocial oncology research. *Am Psychol*. 2015;70(2):159–74. DOI: 10.1037/a0037875
9. Prip A, Moller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen MH, Danielsen AK. The patient-healthcare professional relationship and communication in the oncology outpatient setting: a systematic review. *Cancer Nurs*. 2018;41(5):E11–E22. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000533
10. Lewis S, Yee J, Kilbreath S, Willis K. A qualitative study of women's experiences of healthcare, treatment and support for metastatic breast cancer. *Breast*. 2015;24(3):242–7. DOI: 10.1016/j.breast.2015.02.025
11. Chou AF, Stewart SL, Wild RC, Bloom JR. Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology*. 2012 februar;21(2):125–33. DOI: 10.1002/pon.1863
12. Drageset S, Lindstrom TC, Giske T, Underlid K. Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(2):340–8. DOI: 10.1111/scs.12250
13. Sun Y, Shigaki CL, Armer JM. Return to work among breast cancer survivors: A literature review. *Support Care Cancer*. 2017 mars;25(3):709–18. DOI: 10.1007/s00520-016-3446-1
14. Jakobsen K, Magnus E, Lundgren S, Reidunsdatter RJ. Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scand J Occup Ther*. 2018;25(4):298–307. DOI: 10.1080/11038128.2017.1335777
15. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R, Russell G, Vishnevsky T, Triplett K, et al. Predictors of post-traumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2013;22(12):2676–83. DOI: 10.1002/pon.3298
16. Fang Y. Empirical Analysis of post-traumatic growth status and influencing factors for breast cancer inpatients base on posttraumatic growth inventory. *Boletin Técnico*. 2017;55(7):716–24.
17. Drageset S, Lindstrom TC, Ellingsen S. «I have both lost and gained.» Norwegian survivors' experiences of coping 9 years after primary breast cancer surgery. *Cancer Nurs*. 2020;43(1):E30–E37. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000656
18. Drageset S, Lindstrom TC, Underlid K. «I just have to move on»: Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:205–11. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.10.005
19. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping*. 2008;21(1):3–14. DOI: 10.1080/10615800701740457
20. Blinder VS, Murphy MM, Vahdat LT, Gold HT, de Melo-Martin I, Hayes MK, et al. Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women. *J Community Health*. 2012;37(4):763–72.
21. Wells M, Williams B, Firnigl D, Lang H, Coyle J, Kroll T, et al. Supporting 'work-related goals' rather than 'return to work' after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies. *Psycho-Oncology*. 2013;22(6):1208–19. DOI: 10.1002/pon.3148
22. Von Ah D, Storey S, Crouch A, Johns SA, Dodson J, Dutkevitch S. Relationship of self-reported attentional fatigue to perceived work ability in breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2017;40(6):464–70. DOI: 10.1097/ncc.0000000000000444
23. Drageset S, Lindstrom TC, Underlid K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *J Adv Nurs*. 2010;66(1):149–58. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
24. Folkman S. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*. 2010;19(9):901–8. DOI: 10.1002/pon.1836
25. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, van Hecke A, Verhaeghe S. Hope dies last... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase. *Eur J Cancer Care*. 2016;25(4):570–9. DOI: 10.1111/ecc.12500
26. Rustoen T, Cooper BA, Miaskowski C. The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nurs*. 2010;33(4):258–67. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3181d6fb61
27. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshiyari M, Zayeri F. Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electron Physician*. 2015;7(8):1575–83. DOI: 10.19082/1575
28. Meikjejoth JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv*. 2016;10(6):990–1011. DOI: 10.1007/s11764-016-0545-4

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Sigrunn Drageset

Førsteamanuensis og anestesisykepleier.
Høgskulen på Vestlandet

Vi skrev denne fagartikkelen fordi brystkreft er en hyppig kreftform blant kvinner, og derfor relevant.

Sykepleiere som jobber med pasienter med brystkreft, bør tenke på at god mestring – fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt – er viktig for livskvaliteten og muligens også for forløpet, og at god mestring både har fellestrekk og individuelle aspekter.

Det er viktig å opplyse kvinner om senvirkninger av behandlingen og ha en personorientert tilnærming der informasjon må gis ut fra individuelle behov. Det må også informeres og gis tilbud om behandling som setter søkelyset på økt livskvalitet tidlige i forløpet.

Jeg er nå opptatt av livskvaliteten hos kvinner med brystkreft, mens Sidsel Ellingsen er opptatt av palliativ omsorg. Torill Christine Lindstrøm er i ferd med å sende et bokmanuskript til Oxford University Press og skriver diverse foredrag til kongresser.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:
Kvinner har ulike opplevelser av mestring nå etter brystkreftkirurgi



HOVEDBUDSKAP:

Systematisk tverrprofjonelt samarbeid om hvordan risikopasienter følges opp og vurderes, synes å være en smart måte å organisere hjemmebaserte tjenester på. I Smøla kommune kaller de dette en virtuell avdeling. Virtuell avdeling er ingen fysisk avdeling, men et rammeverk hvor all relevant informasjon om pasienten underlegges en tverrprofjonell vurdering i tett samarbeid med pasient og pårørende.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.79244

NØKKELOD:

► Arbeidsmiljø ► Behandling ► Brukermedvirkning ► Forebygging

Tverrfaglig samarbeid ivaretar hjemmeboende multisyke pasienter bedre

En ny måte å organisere helsetjenestene på i Smøla kommune har ført til bedre samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Det kommer pasientene til gode.

De ansatte i helse- og omsorgstjenestene jobber under kontinuerlig press for å løse utfordringene med en voksende gruppe eldre med mer komplekse sykdomsbilder, i kombinasjon med strammere kommuneøkonomi. Kommunene må derfor utvikle stadig nye og smartere måter å arbeide og samhandle på. I tillegg viser stortingsmeldingene «Morgendagens omsorg» (1) og «Innovasjon i omsorg» (2) at det er en klar forventning om at pasientens medvirkning skal styrkes i helse- og omsorgstjenestene.

NY MÅTE Å ORGANISERE PÅ

Med inspirasjon fra England har Smøla kommune med sine cirka 2000 innbyggere innført en ny måte å organisere helsetjenestene på, som kalles «virtuell avdeling». Virtuell avdeling (VA) er ingen fysisk avdeling, men et rammeverk hvor all relevant informasjon om pasienten underlegges en tverrprofjonell vurdering i tett samarbeid med pasient og pårørende (3, 4). Slik legges det til rette for mer behovsdrivne løsninger og økt pasientinvolvering.

I tillegg vektlegges bruk av systematiske kartleggingsverktøy som NEWS (National early warning score) (5) og SKUV (systematisk klinisk undersøkelse og vurdering) (6) for å få en helhetlig oversikt over pasientenes behov – og ulike risikovurderinger.

I prosjektet «Virtuell avdeling i kommunehelsetjenesten: Smartere og bedre samhandling for multisyke eldre», har vi innhentet informasjon om ansattes erfaringer med VA og

FORFATTERE

Trude Fløystad Eines
Førstemanuensis,
Høgskolen i Molde

Jorunn Hoås Rødal
Forskningsassistent,
Møreforskning, Molde

Maria Sandmark
Forsker II, Møreforskning,
Molde

Cecilie Katrine Utheim Grønvik
Høgskolelektor, Høgskolen i Molde,
Vitenskapelig høgskole i logistikk

belyst hvilke samfunnsøkonomiske effekter ordningen bidrar til (7).

SLIK JOBBER TEAMET

Smøla kommune har jobbet strategisk med å implementere ulike statlige satsingsområder for økt pasientsikkerhet og kvalitetssikring i helsetjenestene over flere år. Prosjektet «Virtuell avdeling for multisyke eldre» ble igangsatt i mars 2018, og etter et år har 65 pasienter vært innom avdelingen.

Pasientene følges opp av kommunens tverrprofjonelle team som består av tre kommuneleger, to–tre sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og en klinisk sosionom. Teamet ledes av en spesialsykepleier med master i avansert klinisk sykepleie. De møtes minst én gang i uken for å vurdere status og videre oppfølging av hver pasient som er innlagt.

Den tverrprofjonelle organiseringen i VA gir et rammeverk for vurdering og levering av hjemmebaserte tjenester

«De møtes minst én gang i uken for å vurdere status og videre oppfølging av hver pasient som er innlagt.»

til et prioritert utvalg av pasienter med forhøyet risiko for å bli (re-)innlagt på sykehus eller sykehjem.

Pasientene består i hovedsak av personer som har utfordringer knyttet til akutt forverring av sykdom, skader og/eller funksjonssvikt. De fleste av pasientene som har vært





DELER KUNNSKAP: Det tverrprofesjonelle teamet møtes minst én gang i uken for å snakke om hvordan pasientene har det og hva de skal gjøre for å følge dem opp. Illustrasjon: Monica Hilsen



TAVLEMØTE: Det tverrprofesjonelle teamet benytter tavlemøter som et verktøy i systematisk oppfølging av pasienter innlagt i den virtuelle avdelingen. På bildet ser vi fra venstre teamlederne Bodil Fagerheim og Cicilie Sørstrand samt Kari Lie (fysioterapeut) og Gunvor Folde som leder den virtuelle avdelingen i Smøla kommune. Foto: Inger-Lise Lervik



innlagt i VA så langt, har hatt behov for tett og tverrprofesjonell oppfølging etter utskrivelse fra institusjon eller for å unngå innleggelse i sykehjem eller sykehus.

Inneliggende pasienter i VA får en systematisk og tverrprofesjonell oppfølging i fire til fem uker. Deretter gjen-

«Informantene ga uttrykk for at tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å ivareta det økende antallet multisyke pasienter.»

nomføres en evaluering, hvor det tverrprofesjonelle teamet vurderer om målene for perioden er nådd. I tett samarbeid med pasient og pårørende utarbeides en plan for oppfølging etter utskrivelse.

ANSATTES ERFARINGER

For å få kunnskap om de ansattes opplevelse av å arbeide med VA, gjennomførte vi et fokusgruppeintervju. Seks av de ansatte i VA-teamet samtykket til å delta. Fokusgruppeintervjuet tok utgangspunkt i deres erfaringer med tverrprofesjonell samhandling i VA, samt utfordringer og gevinster.

Informantene ga uttrykk for at tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å ivareta det økende antallet multisyke pasienter med komplekse utfordringer. Ved å jobbe

tverrprofesjonelt, utveksler de ansatte kunnskap og informasjon, som bidrar til bedre løsninger med utgangspunkt i pasientenes behov og ønsker. I tillegg fant vi at arbeidsformen i VA har stor betydning for økt pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene de leverer.

FLERE GEVINSTER

Innføring av VA har bidratt til en bedre avklaring av de ulike profesjonenes roller og ansvar. Informantene fortalte at dette har bidratt til økt jobbmotivasjon og trivsel. Det tverrprofesjonelle samarbeidet i VA har gitt større gjensidig anerkjennelse av kompetanse, og de ulike profesjonene kontakter hverandre oftere for å utveksle erfaring og så utenom VA-møtene.

Andre gevinster ved tverrprofesjonelt samarbeid, er økt kunnskap og bevissthet som reduserer misforståelser og gir mer effektiv bruk av tid og ressurser. Flere opplevde at VA har bidratt til reduksjon i innleggelse og reinnleggelse i sykehus og sykehjem, fordi akutt forverring er blitt avdekket på et tidligere tidspunkt.

Informantene nevnte at de systematiske vurderingene og oppfølgingene har ført til at behandling blir igangsatt raskere og pasienter i større grad blir behandlet i hjemmet. I tillegg mente de at etableringen av VA har ført til at færre pasienter blir liggende ferdigbehandlet på sykehuset.

Enhver endring medfører ofte økt arbeidsbelastning i en periode, noe også funnene i denne studien viser. De ansattes opplevelse av å levere tjenester av høy kvalitet gjennom tett og konstruktiv tverrprofesjonelt samarbeid i VA, synes imidlertid å overskygge merarbeid i etableringsfasen i det første driftsåret.

For å utvikle VA-konseptet, mente informantene at det er behov for økt interkommunalt samarbeid som en mulig løsning for å skaffe kompetanse de ikke har tilgang på i dag, for eksempel ernæringsfysiolog og psykolog.

KONKLUSJON

Innføring av virtuell avdeling i Smøla kommune har bidratt til økt systematisk tverrprofesjonell samhandling i ivaretagelse av multisyke pasienter i hjemmetjenesten.

Felles fokus på viktigheten av å levere pasient- og behovsdrevne helsetjenester, bidrar til bedre forebyggende og behandlende tiltak for å redusere alvorlig forverring av kronisk sykdom. I tillegg kan tidlig oppdagelse av akutt forverring som for eksempel infeksjoner, bidra til raske behandling. Dette sparer både pasienter og samfunnet for kostbare innleggelser og reinnleggelser i sykehjem eller sykehus.

Gjennom mer systematisk jobbing, effektiv tidsbruk og redusert sykefravær på grunn av økt trivsel på jobb, kan kommunen i tillegg spare utgifter. Dette kan på lang sikt redusere behovet for nye sykehjemsplasser. I tillegg kan det å yte tjenester av god kvalitet øke pasientsikkerheten.

Vi mener derfor at andre kommuner har mye å lære av den systematiske teambaserte tverrprofesjonelle samhandlingen Smøla kommune har i sin virtuelle avdeling. ●

REFERANSER

1. Norges offentlige utredninger: NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
2. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
3. Jones J, Carroll A. Hospital admission avoidance through the introduction of a virtual ward. *British Journal of Community Nursing*. 2014;16(7):330–34. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.7.330
4. Lewis G, Moore Z, Doyle F, Martin A, Nugent LE. A community virtual ward model to support older persons with complex health care and social needs. *Clinical Interventions of Aging*. 2017;12:985–93. DOI: 10.2147/CIA.S130876
5. Royal College of Physician. National early warning score (NEWS) 2. Tilgjengelig fra: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> (nedlastet 08.10.2019).
6. Brevik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning* 2013;8(4):324–32.
7. Eines TF, Grønvik CKU, Rødal JH, Sandsmark M. Virtuell avdeling i kommunehelsetjenesten: Smartere og bedre samhandling for multisyke eldre. Arbeidsrapport. Molde: Møreforskning AS; 2019. Tilgjengelig fra: <http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/virtuell-avdeling-i-smola-kommune-smartere-og-bedere-samhandling-for-hjemmeboende-multisyke-eldre/1075/3306/> (nedlastet 08.10.2019).



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:
Tverrfaglig samarbeid ivaretar hjemmeboende multisyke pasienter bedre

QR-KODE

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Trude Fløystad Eines

Dosent, Høgskolen i Molde

A forske på innovasjon og utviklingsprosjekter i kommunene er noe av det mest spennende jeg gjør. Årsaken til at vi skrev denne fagartikkelen, er at vi alle bør bli flinkere til å dele slike erfaringer som kan fremme bedre kvalitet i tjenestene.

Sykepleiere er helt avhengig av å jobbe tett på og forstå gevinsten av å samarbeide tett med både pasienter, pårørende og andre profesjoner for at kvaliteten på tjenestene skal bli bedre.

Mine forskningsinteresser er brukerinvolvering, tjenestedesign, tverrprofesjonelt samarbeid samt endrings- og innovasjonsprosesser i offentlig sektor og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Akkurat nå er jeg opptatt av hvordan covid-19-pandemien faktisk bidrar som en inkubator for fortgang på prosesser som kan fremme smartere helsetjenester til det beste for pasientene. ●



HOVEDBUDSKAP:

Selv om forskning om uønskede hendelser i hovedsak har fokusert på institusjonstjenestene, er det rimelig å anta at uønskede hendelser også forekommer i kommunehelsetjenesten. Helsetilsynslovens meldeplikt er nå utvidet til også å omhandle kommunehelsetjenesten. Mellomledere har fagansvar og ansvar for å forebygge uønskede hendelser, også når pasientene mottar tjenester i eget hjem. Våre studier viser betydningen av mellomledernes kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.78.400

NØKKELOD:

► Kommunehelsetjeneste ► Ledelse ► Uønskede hendelser

Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien?

Ett tiltak mellomledere i kommunehelsetjenesten kan gjøre for å forebygge feil, er å være med sykepleierne på pasientbesøk.

Uønskede hendelser skjer i alle ledd i helsevesenet, mens forskning hovedsakelig har satt søkelys på institusjonstjenestene. Det er rimelig å anta at uønskede hendelser også skjer i hjemmetjenestene (1). Hit-til har varslingsplikten for alvorlige hendelser omfattet spesialisthelsetjenesten. Fra 1. juli i år ble den utvidet til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester der også pårørende, pasienter og brukere får rett til å varsle (2). Varslingsplikten vil kunne bidra til å tallfeste uønskede hendelser i kommunetjenesten og muliggjøre forebygging.

HVA ER PLEIELIDELSER?

Uønskede hendelser innvirker på mer enn pasientenes helse og fare for tidlig død. Vi vil derfor inkludere pleielidelser som en del av begrepet uønskede hendelser i artikkelen. Ifølge Eriksson omhandler pleielidelser: krenkelser av pasientens verdighet, manglende pleie, forsømmelse, straff og maktutøvelse (3). Det er uønskede hendelser som skaper ytterligere lidelse, og som tærer på pasientens helseressurser.

FLERE ELDRE

Antall eldre er økende. Eldre har flere diagnoser og funksjonstap som gjør at de er sårbare for konsekvenser av feil (4). Flere eldre ønsker å bo hjemme med bistand framfor å flytte til institusjoner med døgnkontinuerlig pleie

FORFATTERE



Rita Solbakken
Ph.d.-stipendiat og universitetslektor, Sykepleier, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet



Terese Bondas
Professor og helsesøster, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger



Anne Kasén
Førsteamanuensis, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

(5). Samhandlingsreformen (6) legger føring for at helsehjelp i størst mulig grad skal ytes i pasientens hjem. Det har derfor de siste årene vært rettet oppmerksomhet mot å øke andelen av hjemmebaserte tjenester og behandling i hjemmet, slik at antall liggedøgn på sykehus og presset på kommunale institusjonsplasser reduseres (7).

Til sammen legger dette et økende press på kommunale helse- og omsorgstjenester (8) både hva angår omfanget av pasienter, komplekse og sammensatte sykdomstilstander og

følgelig behov for økt kompetanse hos de ansatte på alle nivå.

MELLOMLEDERENS ROLLE

Mellomlederne har tradisjonelt vært rekruttert fra sykepleieryrket selv om det de senere årene har kommet andre yrkesgrupper til. Ofte er de antatt faglig flinkeste sykepleierne rekruttert til mellomlederstillinger (9). Det er ikke nødven-

«Ofte er de antatt faglig flinkeste sykepleierne rekruttert til mellomlederstillinger.»

digvis sammenheng mellom det å være en klinisk dyktig sykepleier og det å være en god leder.

Mellomlederne har stor innvirkning på hvordan avdelingene drives. Lederrollen innebærer å fremme en kultur som støtter en evidensbasert praksis som reduserer pasienters risiko for uønskede hendelser (10). Ledere på alle nivå



GOD OMSORG: Å sørge for at hjemmesykepleierne gir pasientene god omsorg er en viktig oppgave for mellomledere. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

i helsetjenestene har en nøkkelrolle i å motivere og legge til rette for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskap og resultater fra ulike kilder skal brukes som grunnlag for målrettede tiltak for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenestene (11).

Ledelsens betydning for å utvikle kvalitet på sykepleien, skape en god praksis og forebygge uønskede hendelser er tett knyttet til sykepleie og pasientomsorg.

TYDELIGE KRAV

I januar 2017 kom Forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Den setter tydelige krav til ledere av tjenestene ved å løfte frem faglig forsvarlige tjenester

og tydeliggjør den enkelte leders ansvar. Forskriften utdyper kravene til ledelse og styringssystem i hele helse- og omsorgstjenesten og skal bidra til faglig forsvarlige tjenester samt systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (12).

TEORETISK PERSPEKTIV

Sykepleiere har lang tradisjon for å lede helsetjenester. Ledelse har helt siden Nightingale vært et aspekt ved sykepleiernes yrke. Ifølge Henderson er sykepleie å hjelpe pasienten med det han eller hun ønsker, men ikke evner å gjøre selv (13). Pasienten skal være i sentrum for sykepleierens beslutninger og handlinger. Å tjene pasienten

er derfor sentralt også i sykepleieleidelse (14).

Bondas teori om caritativ ledelse utgjør det teoretiske perspektivet i våre studier. Teorien har fått navn etter motivet: kjærlighet til mennesket og barmhjertighet. Fem hovedoppgaver beskrives i pasientpleien: det caritative motivet, verdighet, måling og mening i helsevesenet og relasjoner i omsorgskulturen. Det innebærer at lederen skal tilrettelegge for god etisk sykepleiekultur i egen avdeling til beste for pasientene. Uten ledere med klare visjoner om innholdet i pasientpleien vil det være risiko for at fokuset på å tjene pasienten blir borte (15, 16).

Ledernes oppgave er å utvikle sykepleiefaget, tilrettelegge for at sykepleien til enhver tid bygger på best tilgjengelig evidens og kontinuerlig etisk refleksjon med fundament i sykepleie (14, 16).

PRESS PÅ LEDERE

Samfunnsendringer påvirker idealene for organisasjon og ledelse i kommunehelsetjenesten. Ett eksempel er innføringen av New Public Management (NPM) som bygger på modeller for markedsstyring i privat sektor. Siden innføringen har helsetjenestene levd under et konstant press på forbedring og effektivisering der hovedmålet er kostnadsreduksjon (17). Krav om resultatledelse, konkurranse og kostnadseffektivitet passer dårlig sammen med tanken om at pasienten skal være i fokus og teorien om caritativ ledelse. Det er en fare for at lederne har utilstrekkelig fokus på den lidende pasienten (14).

PROBLEMSTILLING

I denne artikkelen ønsker vi å besvare følgende todelte problemstilling:

Hva er lederens ansvar i forebygging av uønskede hendelser i kommunehelsetjenesten? Hva skal til for å unngå slike hendelser?

FUNN I VÅRE STUDIER

Artikkelen baserer seg på resultater fra egne, fagfelle-vurderte forskningsartikler, skrevet på norsk og engelsk og som er publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift (18–21). Studiene har mellomledernes perspektiv, dvs. de lederne som er nærmest pasientene og personalet. Alle har en sykepleiefaglig bakgrunn.

Kartlegging av fallhendelser i hjemmetjenesten er brukt som eksempel på uønskede hendelser. Deretter viser vi hvordan mellomlederne ser på sitt ansvar i egen avdeling før vi avslutningsvis peker på hvordan lederne

Lederens fem rom

Pasientens rom: Lederen er til stede i pasientens rom for å forebygge pasientkrenkelser og pasientlidelser.

Ansattes rom: I ansattes rom tilrettelegger lederen for tillit og respekt personalet imellom og mellom personalet og lederen. Lederen går foran som rollemodell for god pasientomsorg. I ansattes rom er relasjonsbygging sentralt. Lederne setter tydelige likhetstegn mellom ivaretagelse av personalet og ivaretagelse av pasienten.

Overordnedes rom: I de overordnedes rom møter lederne krav fra sine ledere. De uttrykker behov for støtte og anerkjennelse fra sine ledere. Dersom de ikke får slik støtte gir det en følelse av ensomhet.

Lederens hemmelige rom: I lederens eget, hemmelige rom, er lederne alene. De trekker seg tilbake for å reflektere og fatte beslutninger.

Organisasjonens rom: Organisasjonens rom omslutter alle disse rommene og legger rammene for ledelse.

kan ivareta sitt faglige ansvar og forebygge uønskede hendelser.

FALL I HJEMMET

Da vi undersøkte antall fall i hjemmetjenesten, over en periode på tre måneder, ble det gjort i én kommune. Vi inkluderte et totalutvalg på 440 personer som alle hadde vedtak på hjemmetjenester og/eller trygghetsalarm. Antall dokumenterte fall i perioden var 101, fordelt på 72 tjenestemottakere (19).

Deretter ble et fokusgruppeintervju med fem mellomledere i samme kommune gjennomført. Hensikten var å undersøke hvordan mellomlederne ivaretok fagansvaret og arbeidet med å forebygge uønskede hendelser i egen sektor. Vi fant at lederne ønsket at sykepleierne skal overta fagansvar og fagutvikling, fordi lederne ikke oppfatter dette som sitt primære kompetanseområde. De beskriver dilemmaet mellom krav om utvikling av sykepleiefaget og ivaretagelse av personalet. Forebygging av uønskede hendelser har ikke vært prioritert i deres ledelse. Hovedfunn i studien er at lederne mulighet til å utvikle og lede sykepleiefaget synes å være marginalisert (20).

Det overrasket oss at lederne manglet

en strategi for å forebygge uønskede hendelser.

Fordi dette var en relativt liten studie ønsket vi å se om vi fikk et annen bilde hvis vi gikk til litteraturen og undersøkte bredere. Vi fant lite forskning som beskrev hva som er god omsorg (engelsk: caring) fra lederne som er sykepleiere, fra deres eget perspektiv. Vi gjennomførte derfor en metasynthese av inkluderte artikler der ny tolkning av artiklene ble gjort.

FEM ROM

Vårt hovedfunn var at lederne oppfatter omsorg i sykepleieleidelse på mellomledernivå, begripeliggjort som en bevisst bevegelse, mellom fem ulike rom som vi har kalt; pasientens rom, ansattes rom, overordnedes rom, lederens hemmelige rom og organisasjonens rom. I denne sammenheng har rom en metaforisk betydning; de kan være fysiske og geografisk avgrensede eller abstrakte – som en følelse av et rom. (Se rammesaken Ledelsens fem rom).

Lederne ser en sammenheng mellom begrensede ressurser og kvalitet på pasientomsorgen som de synes er vanskelig å håndtere. Hovedfunnet er at omsorgen i sykepleieleidelse karakteriseres ved en bevisst bevegelse mellom disse metaforiske rommene, der bevegelsen forstås som klinisk tilstedeværelse. Lederen bør anerkjenne at det er disse ulike rommene som må gis oppmerksomhet bevisst gjennom å besøke dem. Dersom lederen bevisst eller ubevisst unnlater å besøke rommene, eller at noen av rommene får mer

oppmerksomhet enn de andre, blir det en ubalanse og bevegelsen stopper opp. Dette symboliserer at også omsorg i sykepleieleidelse stopper opp (18).

KLINISK TILSTEDEVÆRELSE

Fordi tidligere forskning ikke gir innsikt i hvordan mellomledere selv forstår begrepet klinisk tilstedeværelse og hva de konkret ønsker å oppnå med å være til stede, ønsket vi å undersøke dette. Vi valgte en hermeneutisk metode med tre fokusgrupper med til sammen 11 mellomledere fra Norge, Sverige og Finland.

Tilstedeværelse betyr å møte pasienter, pårørende og medarbeidere i en hverdagslig sammenheng og skal i så måte ikke forstås som sykepleiere som deltar i daglig pleie- og omsorg. Dersom klinisk tilstedeværelse ikke betyr deltakelse i stell og pleie, hvilken hensikt tjener det da?

Resultatet viser at klinisk tilstedeværelse hadde flere dimensjoner; å ivareta pasienten og legge til rette for en best mulig pasientomsorg gjennom selv å ta et overordnet ansvar for pleien, sikre pasientens stemme, bygge og videreføre tillitsfulle relasjoner samt sikre en fornuftig pengebruk i avdelingen.

Lederne beskriver et overordnet ansvar for kvalitet på pleie, personalet og økonomien som krevende og

overveldende. Likevel var de tydelige på eget behov for å være til stede og møte pasientene som en del av ivaretagelsen av pasientomsorgen.

PASIENTEN ER VIKTIGST

Ivaretagelse av pasienten var hovedfunnet i studien og forklarer hensikten med klinisk tilstedeværelse der best mulig pasientomsorg er viktigst for lederne. Hensikten med

«Pasienten skal være i sentrum for sykepleierens beslutninger og handlinger.»

ledernes kliniske tilstedeværelse var dermed ikke å erstatte sykepleiemangel eller å berge økonomien. Lederne beskrev at de aldri ville sette pasientomsorgen i fare ved å prioritere personalet eller unngå budsjettoverskridelser, selv om pasientomsorgen medfører budsjettoverskridelser eller at de noen ganger må avskjedige ansatte. Basert på ledernes kompetanse fra sykepleierutdanningen opptrer de som «skjold» i metaforisk betydning for å beskytte pasienten mot uønskede hendelser (21).

Der flere studier viser at mellomledere oftest prioriterer budsjettansvaret (20, 22), viser denne siste studien vår at

Sykepleien Forskning er på Facebook

Følg eller lik oss på Facebook, så holder du deg oppdatert på den nyeste sykepleieforskningen



Skann koden og kom rett til Sykepleien Forskning på Facebook.



facebook.com/SykepleienForskning



mellomlederne balanserer sine tre ansvarsområder, fag-, personal- og økonomiansvar, men sier at best mulig pasientomsorg likevel er den viktigste oppgaven (21).

DISKUSJON

Kommunehelsetjenesten, og da spesielt hjemmetjenesten, beskrives som en spesiell kontekst å lede. Personalet jobber alene opp mot pasientene i hjemmene, mens lederne kan bli igjen på kontoret. Lederne ønsker å kontrollere at pasientene får tjenestene de er i behov av, at uønsket praksis som i pleie kan medføre unødvendige og tungt belastende pleielidelser for pasienten unngås, og at uønskede hendelser rapporteres og følges opp. De uttrykker ønske om å kunne ha større grad av innsyn, men sier det er vanskelig på grunn av avstanden til pasientene og personalet. Særlig beskrives dette som vanskelig av mellomledere som tidligere har ledet i institusjon (20).

MÅ VÆRE OPPDATERT

Stillingsbeskrivelsene for mellomlederne i de tre landene var sammenfallende. I kraft av å være sykepleiere har mellomledere et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten. De har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig der sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Dette krever sykepleieleidere som er oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og som bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.

Stadig flere forskere publiserer sin forskning på engelsk for å nå ut til et bredere publikum. Til tross for at dagens sykepleierutdanning setter studentene i stand til å lese, vurdere og anvende forskning i sin praksis vet vi at mange sykepleiere og ledere synes forskningsartikler er vanskelig tilgjengelig og særlig når de skrives på engelsk.

HELHETLIG PASIENTOMSORG

Sykepleierne ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner. De skal melde fra eller varsle når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Vi hevder at evidensbasert kunnskap alene ikke er tilstrekkelig dersom den ikke forankres i et helhetlig syn på pasientomsorg, som også inkluderer pasientsikkerhet.

Ledernes holdninger er avgjørende for å fremme en felles kultur der pasientsikkerhet og forebygging av pleielidelser er prioritert basert på felles verdier og kunnskap, der også sykepleievitenskap er en viktig base for kunnskap. Med dette som utgangspunkt kan lederne skape en felles forståelse av at «slik gjør vi det hos oss». Mellomledere med sykepleiefaglig bakgrunn kan derfor bære ansvaret for å fremme sykepleiefokuset i tjenestene.

Resultatene viser at lederne opplever manglende samsvar mellom arbeidsmengde og tilgjengelig tidsressurs. Når ledelse gjennom NPM stiller større krav til

resultatledelse og kostnadseffektivitet, hevder Bondas at en står i fare for å miste fag- og pasientfokuset i tjenesten (14). Nettopp fordi lederne er sykepleiere evner de å se faglige problemstillinger og identifisere risiko for uønskede hendelser. Det sammenfaller med funnene i vår studie (20), der pasientansvaret veier tyngst (21).

VIKTIG Å FÅ STØTTE

Med bakgrunn i demografiske endringer og reformer ser vi at flere og mer komplekse oppgaver i større grad skal løses i kommunehelsetjenesten. Dette kan beskrives som en kompetanse- og ansvarsoversvømmelse i en tid der behovet for sykepleiere er stort og økende, samtidig som sykepleiefaget utfordres på sin identitet. For å kunne klare å stå i dette krysspresset sier lederne at støtte fra sine nærmeste ledere er en forutsetning (21).

Selv om brukermedvirkning løftes frem i statlige dokumen-

«Vi fant at alt lederne gjorde, tjente hensikten å ivareta et helhetlig og overordnet ansvar for pasienten.»

ter, viste ikke i våre studier planlagte møter mellom ledere og pasienter eller pårørende. Lederne fortalte likevel at de var opptatt av pasient- og pårørendetilfredshet i tjenestene.

Den faglige bakgrunnen lederen har påvirker hvordan han eller hun observerer når de er klinisk til stede, basert på hvilke faglige «briller» de har på. Sykepleiere er utdannet til å identifisere og forebygge risiko for uønskede hendelser og pasientlidelser, samt å bygge arbeidsmiljø basert på felles verdier.

Vi fant at alt lederne gjorde tjente hensikten å ivareta et helhetlig og overordnet ansvar for pasienten. Alle lederne beskrev dilemma mellom å stole på det personalet sa og behovet for å se ting med egne øyne for å skape et godt beslutningsgrunnlag. Derfor ble klinisk tilstedeværelse sett på som helt nødvendig for å sikre at personalet ga en best mulig kvalitet på pasientomsorgen (21).

DET ULTIMATE MÅLET

Media viser til eksempler der kommuner søker å møte sykepleiemangelen med at andre yrkesgrupper som helsefagarbeidere og ingeniører erstatter sykepleiere i lederstillinger (23, 24). Vi bør likevel ikke «organisere» oss bort fra sykepleiemangelen, men heller arbeide for å bruke rett kompetanse på rett plass. Dette er særlig viktig når krav til kompetanse og antall ansatte i tjenestene økes samtidig som tilgangen utfordres.

Det ultimate målet bør være ledere som skaper avdelinger preget av kunnskap, visjoner og åpenhet, der pasientene er trygge, personalet yter gode tjenester og der pasienter og deres pårørende er tilfredse med tjenestene som gis. Sykepleiere har lange tradisjoner for å jobbe godt sammen med andre yrkesgrupper. Sykepleiere skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold der vi viser respekt for kollegers og andres arbeid og der lederne løfter sykepleiefaget i Florence Nightingales ånd.

Vi mener at våre studier viser betydningen av sykepleielederes kliniske tilstedeværelse i forebygging av uønskede hendelser, samtidig som de belyser betydningen av sykepleiefaglig bakgrunn og klinisk tilstedeværelse for å møte krav til mellomledere i kommunehelsetjenestene.

Vi må våge å bidra med tydelighet i den faglige og politiske diskusjonen om hvorfor sykepleieledere i kommunehelsetjenesten ikke kan erstattes av andre yrkesgrupper. ●

REFERANSER

- Harrison MB, Keeping-Burke L, Godfrey CM, Ross-White A, McVeety J, Donaldson V. Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2013;11(3):148–60.
- Lov 15.12.2017 nr.107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107> (nedlastet 20.08.2019).
- Eriksson K. Det lidende menneske. Danmark: Munksgaard; 2010.
- Castle NG, Wagner LM, Sonon K, Fergusson-Rome JC. Measuring administrators' and direct care workers' perceptions of the safety culture in assessed living facilities. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012;38(8):375–82.
- Haycock-Stuart E, Kean S. Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management*. 2012;20(3):372–81.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
- NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
- Helsedirektoratet. Status for samhandlingsreformen. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
- Vabo SI, Vabo M. Velferdens organisering. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
- Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for ledelse (2017-2020). Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2201714/cache=20171804133935/NSF%20Politisk%20Plattform_ledelse%202017%20-%202020%20Ovidret.pdf (nedlastet 15.09.19).
- Meld. St. nr. 13 (2016–2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
- Helse- og sosialdepartementet. Ledelsesforskrift. 2017. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 20.08.2019).
- Henderson V, Mellbye S, Munkeby AM. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
- Bondas T. Caritative leadership: ministering to the patients. *Nursing administration quarterly*. 2003;27(3):249–53.
- Bondas T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(4):351–62.
- Bondas T. Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(4):477–86.
- Cara CM, Nyberg JJ, Brousseau S. Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nursing Administration Quarterly*. 2011;35(1):6–14.
- Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership – a meta-ethnography from the nurse leader's perspective. *Nursing Administration Quarterly*. 2018;42(4):E1–E19.
- Solbakken R, Bondas T. Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune – omfang og omstendigheter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2015;11(1):165–79.
- Solbakken R, Bondas T. Sykepleielederes fagansvar ved uheldige hendelser i hjemmetjenesten. *Geriatrisk sykepleie*. 2016;03:18–25.
- Solbakken R, Bondas T, Kasén A. Safeguarding the patient in municipal healthcare – a hermeneutic focus group study of Nordic nursing leadership. *Journal of nursing management*. 2019 september;27(6):1242–50.
- Skirbekk H, Hem MH, Nortvedt P. Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. *Nursing Ethics*. 2017;25(6):746–59.
- Hærnes N. Ingeniør skal lede anestesisykepleiere i Førde. Oslo: Sykepleien; 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/07/ingenior-skal-lede-anestesisykepleiere-i-forde> (nedlastet 02.08.19).
- Hanna S. På dette sykehjemmet jobber avdelingslederne og helsefagarbeiderne side om side Oslo: Fagbladet; 2019. Tilgjengelig fra: https://fagbladet.no/nyheter/pa-dette-sykehjemmet-jobber-avdelingsledere-og-helsefagarbeiderne-side-om-side-6.91.633549.b3ba696f9a?fbclid=IwARIL_VE-AcyoAtxu-sccRYxmjx5XVhKTDSEIRHz3bc8FE75DZLpkzqZdh5g (nedlastet 16.06.19).

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Rita Solbakken

Ph.d.-stipendiat og universitetslektor.
Nord universitet

mine studier har jeg fått kjennskap til at mellomledere syntes at forskningsartikler var vanskelig tilgjengelige. Jeg skrev derfor denne fagartikkelen med ønske om at resultatene skal gjøres kjent for norske mellomledere, slik at de kan tas i bruk i praksis og forbedre helsetjenestene.

Hjemmetjenesten er en sektor i stor endring basert på politiske reformer og innskjerpede krav til lederne. Mellomledernes betydning for å utvikle kvalitet på sykepleien, skape en god praksis og forebygge uønskede hendelser er tett knyttet til sykepleiefaget og pasientomsorgen. Det er viktig at omsorg og mellommenneskelig nærhet til pasienten og personalet ikke drukner i alle kravene.

Jeg kan ikke hevde at forskningsresultatene mine har direkte betydning for en spesiell pasientgruppe, men modellen jeg har utviklet, vil kunne være et hjelpemiddel for mellomledere til å ivareta oppmerksomheten på pasienten og fagansvaret i ledelsen.

På litt lengre sikt er jeg opptatt av at sykepleievitenskap gjøres mer tilgjengelig og anvendelig for sykepleiere. Gjennom forskerutdanningen har jeg erfart at sykepleievitenskap er sentralt for å utvikle sykepleieprofesjonen til det beste for pasientene og deres pårørende. ●



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:
Hvordan kan ledere forebygge feil i hjemmesykepleien?



MANGELFULL ORAL HYGIENE: Mange slagrammede med lammelser i sin foretrukne hånd børster tennene sine selv. Disse pasientene trenger assistanse ved tannstell. Illustrasjonsfoto: Jan Mika / Mostphotos



FORFATTERE

Hilde Kjærnet Haugen
Førstelektor, Tannteknikerutdanningen,
Oslomet – storbyuniversitetet

Trude Myhrer
Førstelektor og studieleder,
Tannteknikerutdanningen, Oslomet
– storbyuniversitetet

Tiril Willumsen
Professor, Avdeling for pedodonti og
atferdsfag, Universitetet i Oslo

NØKKELORD

- Tannhelse ► Livskvalitet ► Kvalitativ studie
- Hjerneslag ► Velferd

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.79355

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det foreligger sparsomt med informasjon om oral helse etter hjerneslag i Norge. Lammelser og nedsatt motorikk, tygge- og svelgefunksjon gjør at pasienten ikke merker mangelfull munnhygiene eller klarer å utføre munntell selv. Forskning viser at munntell har vært lite prioritert i akutt- og rehabiliteringsfasen etter hjerneslag. Tverrfaglig kunnskap om at oral patologi og tanntap kan oppstå som følge av lammelser og munntørhet, synes mangelfull innen helseprofesjonene som behandler slagrammede i akutt- og rehabiliteringsfasen.

Hensikt: Intensjonen med denne studien er å belyse generell og oral livskvalitet hos personer som har erfart hjerneslag. Vi ønsket også å undersøke hvordan nedsatt oral funksjon påvirker den slagrammedes livskvalitet sosialt og funksjonelt.

Metode: Vi gjennomførte 16 kvalitative personintervjuer med hjemmeboende eldre i Norge (70–85 år). Informantene ble plukket ut blant respondenter fra en tidligere spørreundersøkelse (2), som også samtykket til å delta i denne oppfølgingsstudien.

Resultat: Fire informanter fortalte at de anser sin egen reduserte tannstatus som en direkte følge av manglende oral oppfølging (6 måneder–2 år) etter hjerneslaget. Som følge av lammelser og nedsatt tygge- og svelgefunksjon trenger ni informanter fortsatt lengre tid til måltidet, foretrekker myk lett-tygget mat oppdelt i små biter og/eller hjelp til å skjære opp maten. Aksept for disse omstendighetene er en forutsetning for at informantene skal oppleve måltidet som hyggelig. Informanter med fastsittende, funksjonelle tenner har best oral livskvalitet. Informanter med avtakbare tannproteser er minst fornøyd med sin orale livskvalitet.

Konklusjon: Senskader etter slag kan påvirke tygge- og svelgefunksjonen, føre til munntørhet og tap av tenner. Kombinasjonen hjerneslag og oral helse ser ut til å redusere både den generelle og den orale livskvaliteten. Redusert proteseffunksjon og/eller tyggeffunksjon oppleves stigmatiserende i sosiale sammenhenger, fører til redusert matinntak og kan gi ytterligere komplikasjoner av helsetilstanden. Tannhelsefaglig kompetanse bør involveres tidlig i rehabiliteringen. Mer tverrfaglig forskning og oppmerksomhet på systematisk oppfølging av denne pasientgruppen er hensiktsmessig.

Nedsatt livskvalitet og oral funksjon etter hjerneslag. En kvalitativ studie

Slagpasienter fikk redusert oral helse og tap av egne tenner som følge av mangelfull tannhelsefaglig oppfølging etter hjerneslaget. Bedre tverrfaglig oppfølging kunne trolig hindret det.



Arlig rammes 12 000 mennesker av hjerneslag i Norge. Hjerneslag forårsakes av akutte forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. Lammelser av ulik grad og varighet forekommer ofte hos slagoverlevende (1).

Oral helse omfatter tilstanden i hele munnhulen – både tenner, tunge, slimhinner og kjeveledd. Oral helse etter hjerneslag er mindre belyst i Norge. En kvantitativ spørreundersøkelse som hadde til hensikt å undersøke pasientgruppens tannhelsebehov, kartla selvopplevd tannhelse for å se om livskvalitet og sosial deltakelse svekkes som følge av lammelser og redusert oralfunksjon.

Resultatene viste at kun 5 prosent av respondentene (15 av 293) mottok informasjon om viktigheten av å stelle sine tenner under rehabiliteringsperioden 0–6 måneder etter slaget (2).

Tannhelse i Norge

I Norge er tannhelse hovedsakelig privat initiert og finansiert. Utgangspunktet er at den voksne delen av befolkningen selv skal besørge sin egen tannbehandling. Folketrygdlovens regler støtter barn og unge (0–18 år) og enkelte grupper i befolkningen med særlige tannbehandlingsbehov (3).

En av gruppene med rett til gratis tannbehandling er ifølge Helse- og omsorgsdepartementet eldre, langtidssyke og uføre på institusjon eller i hjemmesykepleie (4).

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) skal tilby regelmessige tannhelsetjenester til disse delene av

befolkningen (5). Avhengig av økonomi har alle fylker tilbud til barn og ungdom, mens det ifølge Helseneett forekommer store variasjoner når det gjelder psykisk utviklingshemmede, eldre og uføre (6).

En artikkelserie i Aftenposten (7) peker på at offentlig tannhelsefinansiering er nedprioritert i Norge sammenliknet med øvrige nordiske land. Varierende tannstatus tolkes som uttrykk for sosial ulikhet i befolkningen ettersom mange lavtlønte, pensjonister, aleneforsørgere eller studenter nedprioriterer tannlegebesøk av økonomiske årsaker.

Kartleggingsrapporten «Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester» bekrefter en klar sosial gradient i tannlegekontakt i forhold til inntekt og utdanning. Halvparten av dem med et udekket behov for tannlegehjelp oppgir at de ikke har råd (8). Mange eldre kjenner trolig heller ikke sine rettigheter og får derfor ikke tilstrekkelig informasjon og oppfølging av tannhelsen, for eksempel i rehabiliteringsfasen etter hjerneslag.

Oral hygiene etter hjerneslag

En systematisk oversiktsartikkel relatert til oral behandling og oppfølging etter hjerneslag konkluderer med at påfølgende helseproblemer kan være forårsaket av mangelfull oral hygiene. Ensidig lammelse (hemiplegi) gir redusert tyggekraft på den berørte siden, og en diett bestående av finmoset mat vil over tid medføre generell svekkelse i tyggemuskulaturen.

Faciale lammelser, inkludert tunge, gjør at pasienten ikke selv klarer

å fjerne matrester rundt tennene og i munnhulen. Dårlig tannhygiene forårsaket av lammelser og økt bakterieforekomst gir karies og sykdom i tennenes støttevev (9).

Tverrfaglig kunnskap om at oral patologi og tanntap kan oppstå som følge av lammelser og munntørrehet, synes mangelfull innen helseprofesjonene som behandler slagrammede i akutt- og rehabiliteringsfasen. Samtidig antas kombinasjonen hjerneslag, nedsatt fysisk og kognitiv funksjon, lav tannstatus og avtakbare tannproteser å utgjøre en forhøyet risiko for nedsatt livskvalitet.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å belyse generell og oral livskvalitet hos eldre mennesker som har erfart hjerneslag. Gjennom kvalitative intervjuer ønsket vi å utdype følgende forsknings spørsmål: Hvordan opplever eldre slagrehabiliterede sin livskvalitet – og hvordan erfarer de at nedsatt oral funksjon påvirker spisesituasjonen i sosiale sammenhenger?

METODE

Utvalg

Denne studien har en kvalitativ tilnærming og ble gjennomført for å komplettere resultatene fra en spørreundersøkelse om selvopplevd tannhelse etter hjerneslag (10) (2). Informantene ble strategisk utvalgt blant 293 respondenter (70–85 år) fra Norsk forening for slagrammede som deltok i spørreundersøkelsen.

Vi utførte 16 personlige intervjuer



(fem kvinner, elleve menn) med lydopptak (30–60 minutter) i informantenes egne hjem i tre utvalgte landsdeler. Inklusjonskriteriene var personer som i spørreundersøkelsen hadde rapportert om tanntap og/eller tannprotesebruk, samt informanter i geografisk nærhet til hverandre. Samtlige hadde gitt skriftlig samtykke til at de kunne kontaktes for et oppfølgingsintervju. Eksklusjonskriterier var store avstander eller få nærboende informanter.

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sørøst, referanse-nummer 210/2992-1).

Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål ble designet for å utdype temaer fra spørreundersøkelsen. Temaene var generell livskvalitet, oral helse-relatert livskvalitet, tannstatus, munn-tørrhet (xerostomi), matkonsistens, tidsbruk og trygghet i spisesituasjonen.

For å ivareta det fenomenologisk-hermeneutiske aspektet ved å la informantene fritt beskrive sine opplevelser og erfaringer omformulerte vi spørsmål som for eksempel følgende: Hvordan vil du beskrive en god dag? Hva gjør deg nedstemt? Hvordan vil du beskrive et hyggelig og velsmakende måltid? Hva skal til for at du synes det er hyggelig å spise sammen med andre? Hva er du mest/minst fornøyd med ved tennene dine / tannprotesen din?

Intervjuene

To intervjuere (første- og annenforfatteren) gjennomførte intervjuene med lydopptak (30–60 minutter). Lydfilene ble transkribert. Intervjuanalysen er basert på ad hoc-meningsgenerering. Ifølge Kvale vil det si bruk av ulike tilnæringsmåter og fritt samspill mellom ulike teknikker for meningsgenerering (11).

Teksten på 98 sider ble meningsfortettet og strukturert i tabellform etter følgende spørsmålskategorier: dagens situasjon, livskvalitet, oral funksjon og sosial deltakelse, og tannhelse/tannstatus.

Videre tolket de to intervjuerne materialet med henblikk på kvantifisering av likheter og ulikheter samt fortolkning av

overraskende eller uventede fenomener og enkeltuttalelser. Ved bruk av flere tolkere oppnås en viss kontroll av vilkårlig eller partisk subjektivitet (11).

Etiske og metodiske betraktninger

Personlige intervjuer erfares annerledes enn å sende ut og få i retur spørreskjemaer. Sårbarheten i en intervju-situasjon som omfatter vanskelige livssituasjoner og personlige følelser,



«**Faciale lammelser, inkludert tungen, gjør at pasienten ikke selv klarer å fjerne matrester rundt tennene og i munnhulen.»**

utfordrer intervjuerne til å finne den rette balansen mellom nærhet og distanse fordi intervjueren kan føle seg rammet av informantenes skjebner (10).

Ifølge Kvale og Brinkmann er intervju-situasjonen heller ikke et likeverdig samspill mellom to mennesker, men ufravikelig preget av et asymmetrisk maktforhold fylt av etiske spørsmål (12). Transkriberingen av lydfilene utfordret tidvis hensynet til relevans og formidlingsbehov versus hva som burde utelates av integritetshensyn.

I fortolkningsprosessen er det etterstrebet å skille mellom betegnelser informantene bruker om konkrete forhold (*experience near*), og uttalelser der intervjuerne har inkludert sin tolkning av hendelsen (*experience distant*) (10). I denne sammenheng må det også nevnes at begge intervjuerne har profesjonsfaglig bakgrunn som tannteknikere.

RESULTATER

Følgende er et fortettet sammendrag av funnene og analysen fra de 16 transkriberte intervjuene. Lammelser som følge av hjerneslag ble rapportert hos 13 av informantene. Mange har oppnådd bedre funksjon ved trening, men ni har ennå varierende grad av lammelser og varige funksjonsnedsettelse. Nedsatt tale-, spise og/eller svelgefunksjon

nevnes spesielt av seks informanter.

Når det gjelder livskvalitet og informantenes beskrivelse av en god dag, er det gjennomgående at normal hverdagsaktivitet er essensielt. Det er viktig å kunne komme seg opp av senga og gå tur når været er fint samt å kunne utøve fysisk aktivitet og ha sosial omgang.

For mange gir det glede og tilfredsstillelse at de har familien sin, og særlig at barn og barnebarn er ved god helse og lykkes i samfunnet. Spesielt opplevelsen av selvstendighet gjør informantene tilfredse. De fleste gleder seg over aktiviteter som arbeid, kurs, trening, turer og omgang med andre, mens noen er glad for ektefellens tilstedeværelse og assistanse.

For halvparten er redusert fysisk kapasitet og selvhjelpenhet årsaker til tristhet eller nedstemthet ved egen livssituasjon. Det samme gjelder frykten for ytterligere tap av selvstendighet og økende avhengighet av andre, for eksempel ikke lenger å kunne kjøre bil eller gå tur:

«At jeg ikke kan hjelpe med daglige ting selv, men stadig må se på at min kone ordner alt. At jeg ikke kan gjøre noen innsats, gjør meg deprimert og gir selvbekreftelse.»

Dårlige nyheter om verdenssituasjonen eller sykdom hos familie og venner gir også nedstemthet.

Tiltak for å bedre oral funksjon

Når det gjelder oral funksjon relatert til foretrukket kosthold, grad av selvhjelpenhet, tidsbruk og sosial deltakelse, der informantene bes beskrive et hyggelig og velsmakende måltid, sier mange at matkonsistensen er viktig. Maten må være lett å tygge og svelge, være oppdelt i små biter og gjerne ha myk konsistens:

«Da jeg gikk med gebiss, kviet jeg meg når jeg så hva som kom på bordet, for eksempel hardt kjøtt eller noe sånt noe, for da fikk jeg problemer med én gang. Det var et ork å spise sammen med andre!»

Så mange som ni av informantene uttrykte at de trenger lengre tid til måltidene etter slaget. Noen har som følge av lammelser kun én arm som kan benyttes, andre har nedsatt tygge- og

svelgefunksjon. Mange har behov for hjelp under måltidet da de ikke håndterer bruk av kniv og gaffel.

Alle synes det er hyggelig å spise sammen med andre, men helst sammen med kjente, slik som familie og venner, som kjenner deres situasjon. Noen sier at måltidet oppleves som hyggelig under visse forutsetninger, som at de har lengre tid, får aksept for at de kan søle litt under måltidet, får myk mat og noen som kan skjære opp maten.

Tannhelse og tannstatus

Med hensyn til tannhelse og tannstatus sier alle informantene at de pusser tennene sine selv uten problemer. Av merkbare orale forandringer det siste året opplever mange likevel munn-tørrhet, og noen nedsatt svelgefunksjon. Med ett unntak går alle årlig eller halvårlig til tannlege eller tannpleier for tannhelsekontroll og -behandling.

Halvparten har mottatt anbefalinger fra tannlege eller tannpleier om oral hygiene og renhold, og har rehabilitert tenner etter slaget. Halvparten av informantene bekrefter å ha mistet én til tolv tenner gjennom livet. Flere har valgt ikke å erstatte de manglende tennene. De fleste som har fått erstattet tanntap med fastsementerte broer og/eller avtakbare proteser, forteller om plager med dårlig passform og funksjon på sine tannerstatninger.

Mangelfull oral oppfølging

Når det gjelder oral oppfølging etter hjerneslaget, forteller flere informanter spesifikt at de anser redusert tannstatus, som tap av flere vitale tenner og/eller redusert protesefunksjon, som en direkte følge av manglende oral oppfølging (6 måneder–2 år) etter hjerneslaget.

De beskriver dårlig tannprotesefunksjon som feil passform (faciale skjevheter, kjevekamforandringer) og redusert proteseretensjon (evne til å bære tannprotesen) grunnet orale lammelser. Protesedesign som retinerer matrester, oppleves negativt, spesielt i sosiale sammenhenger.

En informant fikk tannkjøttbetennelse (periodontitt) og mistet flere tenner

i rehabiliteringsfasen, der det ikke var noen oppmerksomhet på tannstell. Hun fikk først kommunal tannbehandling da hun kom hjem etter seks måneder, og fikk etter hvert en avtakbar partiell protese.

En annen informant var ikke hos tannlegen de første to årene etter hjerneslaget før han på et treff for slagrammede ble informert om hvor viktig det er å gå jevnlig til tannlegen. Da var det



«Mange har behov for hjelp under måltidet da de ikke håndterer bruk av kniv og gaffel.»

allerede for sent. Mange tenner gikk tapt, og han fikk en hel protese i overkjeven som retinerte dårlig grunnet faciale lammelser.

Selvopplevd tannstatus

For selvopplevd tannstatus og informantenes tilfredshet med egne tenner eller tannprotese sier en del informanter at de er glad de har funksjonelle tenner å tygge maten med, og noen er spesielt fornøyd med å ha fastsittende tenner i munnen.

Mest fornøyd er informanten som har fått erstattet sin avtakbare tannprotese med en implantatbro. Det opplevdes «himmelsk» å få denne, for da kunne han spise som normalt igjen. I tillegg opplever flere at tennene er viktige for utseendet.

Informantene med avtakbare tannproteser er minst fornøyd med tennene sine. Årsakene er at protesen har dårlig passform, som at den løsner og/eller gnager, eller retinerer matrester, spesielt der klammere fester protesen til gjenstående tenner:

«Om jeg skal ut, som på julebord for eksempel, så må jeg ha tankkosten med meg. For jeg må gå fra bordet når jeg er ferdig, ut og pusse tenner. Jeg tar dem ut og pusser dem, for jeg tenker at det henger seg fast i den bøylene, så skal jeg på fest, må jeg ta med meg tankkost i veska.»

Vedrørende tennenes innvirkning på daglige gjøremål oppgir informantene

med selvopplevd, normal oral funksjon at de ikke tenker på tennene sine så lenge de ikke har tannsmertes. Informanter som har tannproteser de er misfornøyd med, er mer bevisst på sin reduserte tyggefunksjon. En informant som var tannprotesebærer også før slaget, fortalte dette:

«Ja, for etter slaget, da, vet du, at protesen, den passet jo ikke. For da ble det litt inn der og så litt ut der, og sånn. Fikk trukket ut alle tennene en stund etter slaget. Men det gikk altså noen år før jeg var innarbeidet og kan spise hva som helst i dag.»

Informanter som har gjennomgått behandling for periodontitt, er spesielt opptatt av renhold: «Nei, jeg tenker ikke på tennene, men på ting som er blitt mellom tennene. Lommen, altså. Tanken på å bli uten tenner, oppleves forferdelig!»

DISKUSJON

Utgangspunktet for denne studien var antakelsen om at kombinasjonen av hjerneslag og redusert tygge- og svelgefunksjon påvirker både den generelle og den orale livskvaliteten. På spørsmål om hvordan eldre slagrehabiliterede opplever sin livskvalitet, viser resultatene at det er viktig å opprettholde normal hverdagsaktivitet og selvstendighet for å oppleve generell livskvalitet.

På spørsmål om hvordan nedsatt oral funksjon påvirker spisesituasjonen og sosiale sammenhenger, viser resultatene at flertallet av de slagrammede trenger lengre tid til måltider hvis de har lammelser og nedsatt tygge- og svelgefunksjon. Disse foretrekker også myk lett-tygget mat oppdelt i små biter og/eller hjelp til å skjære opp maten for at de skal synes måltidet er hyggelig.

Slagrammede har redusert oral helse

Disse funnene støtter tidligere studier som viser at den orale helserelevante livskvaliteten var signifikant redusert hos slagrammede (13). Det er påvist at den oralrelaterte livskvaliteten ble redusert jo mer nedsatt fysisk funksjon pasientene hadde, og jo dårligere oral hygiene og flere tenner de hadde mistet (14).

Nedsatt funksjon i øvre lemmer og



selvopplevd dårlig oral helse gir negativ innflytelse på livskvaliteten hos mennesker med lammelser etter slag og kan føre til kulturell resignasjon i form av vegring for å delta i sosiale sammenhenger (15).

Betydelig redusert oralt funksjonsnivå innvirker særlig på psykiske og psykososiale aspekter. Redusert taleevne fører til sosial isolasjon. Nedsatt følsomhet og redusert muskelkoordinasjon i munnhulen forårsaker svekket kontroll med maten og/eller tannprotesen. I tillegg gir sikling, langsom spising og problemer med håndtering av spisebestikk følelsen av skamfullhet og lav selvtillit (13–15).

Nedsatt førlighet og lammelser gjør at mange av informantene sliter med å bruke kniv og gaffel. Nedsatt tygge- og svelgefunksjon gir frykt for at de skal sette fast mat i halsen, eller at de skal sikle og søle. Derfor foretrekker de å spise sammen med mennesker som kjenner deres situasjon.

Intervjuvarene til brukere av avtakbare proteser viser at spise-, tygge- og svelgeproblematikken forsterkes ytterligere, slik at de i ytterste konsekvens føler seg stigmatisert. De unngår bevisst å spise sammen med andre eller forsyner seg minimalt og selektivt av mattilbudet. Redusert matinntak over tid kan gi underernæring, spesielt hvis man bor alene uten noen til å bistå med å tilrettelegge måltidet.

Utfordringer med å pusse tennene selv

Alle informantene pusset tennene sine selv, og med ett unntak oppsøkte de nå jevnlig tannhelsekontroll. Fire informanter opplevde likevel tap av egne tenner eller redusert protesefunksjon som en direkte følge av manglende oral oppfølging under slagrehabiliteringen.

Lammelser i munn og ansiktsmuskulaturen gir redusert protesepassform. Nedsatt tungefunksjon kombinert med munntørhet og uheldig protesedesign gjør det vanskeligere for pasienten å fjerne matrester rundt tennene. Disse faktorene gir gode vilkår for bakteriefremvekst (9).

I en oppfølgingsstudie av 156 svenske slagpasienter fant Wertsén og

medarbeidere det nedslående at mer enn en tredjedel av de med lammelser i sin foretrukne hånd, selv børstet tennene sine. Forskerne fremhever at pasientene med lammelser i hendenene har behov for assistanse ved tannstell. Med den erkjennelsen er det bekymringsfullt at alle deltakerne i studien vår pusser tennene selv.

Wertsén og medarbeidere setter søkelyset på nødvendigheten av mer in-



«Flertallet av de slagrammede trenger lengre tid til måltider hvis de har lammelser og nedsatt tygge- og svelgefunksjon.»

formasjon til slagpasienter, pårørende og pleiepersonale om risikoen for oral sykdom. De ønsker også mer oppmerksomhet på å stimulere til mer kontakt og oppfølging fra tannhelsepersonell.

De etterlyser bedre rutiner for overføring av pasientinformasjon og hjelpebehov fra sykehuset til kommunen. God informasjonsflyt også til pårørende kan bidra til forbedret oral helse og redusere sjansen for pneumoni etter slag (16).

Bedre oral oppfølging kunne gitt bedre oral helse

I denne studien er det konstatert at informanter opplevde redusert oral helse og tap av egne tenner som følge av mangelfull oral oppfølging etter hjerneslaget. Det er grunn til å tro at mer oppmerksomhet på oral helse kunne forhindret dette.

I spørreundersøkelsen som var grunnlaget for den kvalitative studien, var det kun 5 prosent av slagpasientene som mottok informasjon om tannstell i akuttfasen (2). Det er derfor helt nødvendig med mer oppmerksomhet på tverrfaglig samarbeid, både i akuttfasen og rehabiliteringsfasen ved hjerneslag.

Dårlig oral helse etter hjerneslag kan ses som et voksende problem etter som slagfrekvensen stiger med befolkningsutviklingen. I akuttfasen prioriteres svelgekapasitet og næringstilførsel,

da dette har betydning for overlevelsen på kort sikt. Lammelser og nedsatt motorikk gjør at pasientene ofte ikke merker mangelfull munnhygiene eller sår i munnen, eller ikke klarer å utføre munnstellet selv.

Det er påvist sammenheng mellom dårlig munnhygiene og aspirasjons-pneumoni forårsaket av feilsvelget mat og/ eller mangelfullt munnstell. Det anbefales derfor at pasientens orale helse adresseres allerede i akuttfasen og implementeres i den daglige sjekklisten ved slagenheter (17).

En studie ved elleve engelske slagenheter avdekket et tilsvarende kunnskapsbehov. Majoriteten av slagenheterne (72,7 prosent) verken protokollførte eller hadde kartleggingsskjema til å evaluere munnstell i sin journalføring (18).

Bred dokumentasjon fra en rekke studier indikerer dermed behov for bedre rutiner, undervisning og veiledning av sykepleiere og annet pleiepersonale knyttet til munnbedømming av og munnstell eller assistert tannpuss hos den enkelte pasienten (9, 14, 16–18).

Slagpasienter med svak førlighet trenger assistanse til renhold og oppfølging. Søkelyset bør rettes mot problemer knyttet til tygging (mastikasjon) og svelging (dysphagia). Sistnevnte er en signifikant risikofaktor for å utvikle aspirasjonslungebetennelse (9).

Inntak av fast føde forutsetter en viss tyggefunksjon for at maten kan males ned til svelgbar konsistens. Det betinger et funksjonelt tannsett eller velfungerende tannproteser.

KONKLUSJON

Senskader etter slag kan påvirke tygge- og svelgefunksjonen, føre til munntørhet og tap av tenner. Kombinasjonen hjerneslag og oral helse ser ut til å redusere både den generelle og den orale livskvaliteten, noe som samsvarer med funn fra tilsvarende studier.

Redusert protesefunksjon og/eller tyggefunksjon oppleves stigmatiserende i sosiale sammenhenger, fører til redusert matinntak og kan gi ytterligere komplikasjoner av helsetilstanden. Tannhelsefaglig kompetanse bør involveres tidlig i rehabiliteringen. Mer tverrfaglig forskning og oppmerksomhet på

systematisk oppfølging av denne pasientgruppen er hensiktsmessig. ●

REFERANSER

1. LHL Hjernslag. Hjernslag [Internett]. Jessheim; 10.01.2014 [oppdatert 12.10.2015; siteret 20.09.2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/lhl-hjernslag/fakta-om-hjernslag/hjernslag/>
2. Myhrer T, Haugen KH, Willumsen T, Bergland A. Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag. Sykepleien Forskning. 2014;9(2):114–122. DOI: 10.4220/sykepleien.2014.0085
3. Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19> (nedlastet 21.09.2017).
4. NOU 2005: 11. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest. Oslo: Departementenes service-senter, Informasjonsforvaltning; 2005.
5. Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54> (nedlastet 20.09.2017).
6. Anker C. Gratis tannbehandling. Oslo: Helsenet; 2004. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenett.no/207-sykdommer/tannhelse/tannhelse/1616-gratis-tannbehandling.html> (nedlastet 20.09.2017).
7. Yusefi S. Mange lavtlønte dropper å gå til tannlegen. Oslo: Aftenposten; 17.07.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/zqVWw/Mange-lavtlønte-dropper-å-gå-til-tannlegen> (nedlastet 18.09.2017).
8. Lunde ES, Otnes B, Ramm J. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – kartleggingsrapport fra SSB. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2017. Rapport 2017/16. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/3129177_ts=15de5f0f480 (nedlastet 20.09.2017).
9. Kwok C, McIntyre A, Janzen S, Mays R, Teasell R. Oral care post stroke: a scoping review. Journal of Oral Rehabilitation. 2014;42(1):65–74.
10. Dalen M. Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
11. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
12. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
13. Schimmel M, Leemann B, Chistou P, Kiliaridis S, Schneider A, Herrmann F, et al. Oral health-related quality of life in hospitalised stroke patients. Gerodontology. 2011;28(1):3–11.
14. Jang E, Kim E, Lee K, Lee H, Choi Y, Hwang T, et al. Oral health related quality of life and it's related factors of stroke patients at home in Korea. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2014;61(2015):523–8.
15. Da Silva F, Da Silva D, Mesquita-Ferrari R, Fernandes K, Bussadori S. Correlation between upper limb function and oral health impact in stroke survivors. Journal of Physical Therapy Science. 2015;27(7):2065–8.
16. Wertsén M, Zellmer M, Arnesson L. Förbättra munvårdsråden till strokepatienter. Tandläkartidningen. 2011;103(15):74–9.
17. Åsberg KH, Wertsén M, Wårdh I. Dålig munhälsa efter stroke ett växande problem. Läkartidningen. 2011;108(39):1910–2.
18. Horne M, McCracken G, Walls A, Tyrrell P, Smith CJ. Organisation, practice and experiences of mouth hygiene in stroke unit care: a mixed-methods study. Journal of Clinical Nursing. 2014;24(5–6):728–38.



QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:
Nedsatt livskvalitet og oral funksjon etter hjerneslag. En kvalitativ studie

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**



HOVEDBUDSKAP:

Majoriteten av dødsfallene i Norge skjer enten på sykehjem eller sykehus. Dermed er det stor sannsynlighet for at helsepersonell blir involvert i palliativ behandling i løpet av yrkeskarrieren sin. Derfor er det viktig at de klarer å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienter i livets slutfase. De må også vite hvordan de kan håndtere døden best mulig.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2020.80299

NØKKELOD:

► Palliasjon ► Humor ► Kommunikasjon

Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling

Sykepleiere kan bruke humor som en mestringsstrategi i møte med døende pasienter. Et støttende arbeidsmiljø er også essensielt for å kunne utøve god palliativ sykepleie.

I 2019 gjennomførte vi et prosjekt basert på en kvalitativ intervju- og litteraturstudie. Prosjektet viser at gode kommunikasjonsevner er avgjørende for å kunne bruke seg selv terapeutisk.

Empati er en viktig egenskap helsepersonell må ha i møte med pasienter i livets slutfase. Ved hjelp av humor og kommunikasjon kan helsepersonell skape en god relasjon med pasienten.

Humor kan også brukes som en strategi for å håndtere døden. Flere strategier som kom frem under prosjektet, var refleksjon, støttende arbeidsmiljø og godt samhold blant kollegene.

HELSEPERSONELL MØTER SIN EGEN SÅRBARHET

Innenfor sykepleiefaget er omsorg for døende og deres pårørende sentralt. I møte med døden er pasienter og pårørende i en sårbar og hjelpeløs situasjon (1). I sykepleie er hensikten å lindre pasientens fysiske og psykiske lidelser på best mulig måte og bidra til en verdig avslutning på livet (2).

Når helsepersonell gir palliativ behandling, møter de både sin egen, pasientens og pårørendes sårbarhet, siden døden betraktes som en av de største utfordringene for helsepersonell (3). Det vil derfor være viktig at helsepersonellet klarer å bruke seg selv terapeutisk samt håndterer døden på best mulig måte i møte med pasienter i livets slutfase.

FORFATTERE



Ida Kristine Strøm
Sykepleier, Gastrologisk sengepost, St. Olavs hospital



Beate André
Førstemanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet



Janna Halsetrønning
Fagutviklingssykepleier, Øya helsehus, Trondheim kommune

Dette prosjektet har tatt utgangspunkt i en palliativ avdeling i Trondheim kommune. Prosjektet skal belyse hvordan helsepersonell kan bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienter i livets slutfase.

METODE

Prosjektet er basert på en intervju- og litteraturstudie. Vi samlet inn data i mars 2019 gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer.

INTERVJU OG UTVALG

Vi rekrutterte fire helsearbeidere, der begge kjønnene var representert. De hadde fra fem til 18 års erfaring med å jobbe med palliasjon. Gruppen av informanter besto av

«Jeg tror du må ha veldig gode kommunikasjonsevner.» Informant

representanter fra ulike helseprofesjoner. I dette prosjektet er lege, sykepleiere og helsefagarbeidere omtalt som helsepersonell.

Før intervjuene utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide (4). Førsteforfatteren foretok intervjuene, som foregikk på et lukket samtalerom på avdelingen.

ANALYSE

Hvert intervju ble transkribert ordrett, og deretter ble teksten bearbeidet slik at den fikk en muntlig form. Vi analyserte intervjuene ved hjelp av en meningsanalyse



GOD RELASJON:
Det er godt både for pasienten og helsepersonellet å kunne lette litt på stemningen, slik at den ikke alltid er sorgtung og alvorlig. Illustrasjonsfoto: Maskot / NTB scanpix

og brukte en kombinasjon av meningskoding og meningsfortetning (4).

ETISKE OVERVEIELSER

Vi sendte ut et informert samtykkeskjema med informasjon om prosjektet på forhånd. Det var frivillig å delta på intervjuene, og deltakerne kunne når som helst trekke seg fra prosjektet. Prosjektet ble vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 58522, i 2018. Intervjuene ble anonymisert og behandlet konfidensielt (4).

RESULTAT

I intervjuene fortalte informantene om deres erfaring med å arbeide med pasienter i livets slutfase. Funnene ble organisert i tre temaer og åtte undertemaer (tabell 1).

EKSTERNE FAKTORER

Arbeidsmiljø

Felles for alle informantene var at de snakket positivt om arbeidsmiljøet på avdelingen, noe som hadde betydning for hvordan de håndterte døden: «Vi har et veldig bra arbeidsmiljø, veldig godt samhold.» (Informant 3)

Det var åpenbart at siden de jobber med palliasjon daglig, var det viktig å vise omsorg for sine kolleger: «Når man jobber med døden så tett, så tror jeg at det er viktig at vi tar vare på hverandre, vi som jobber her.» (Informant 1)

«Vi står ikke alene oppi dette, vi står sammen.» (Informant 3)

«Vi må stole veldig på hverandre, og vi jobber tett sammen om alvorlige ting, det er veldig viktig, tenker jeg.

FAKTA

Palliasjon

Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelelig sykdom og kort forventet levetid.

Kilde: Verdens helseorganisasjon

At vi er åpne og stoler på hverandre.» (Informant 4)

Debrifing

En faktor som kan hjelpe helsepersonell med å håndtere døden, er debrifing. En informant uttalte følgende:

«Det hender vi har debrifing, men ikke ved vanlige dødsfall, men hvis det er noen litt vanskeligere ting som skjer, at det blir mye styr, særlig ved vanskelige pårørendesituasjoner, der kan vi ha det.» (Informant 1)

BRUKE SEG SELV TERAPEUTISK

Refleksjon

Når informantene snakket om hvordan de kunne bearbeide vanskelige følelser, kom det frem at refleksjon var godt etablert på avdelingen: «Det er refleksjon i faste rammer. Men også hverdagsrefleksjon er viktig, for vi er nødt til å få

Tabell 1. Temaer og undertemaer

Tema	Undertema
Eksterne faktorer	Arbeidsmiljø Debrifing
Bruke seg selv terapeutisk	Refleksjon Kommunikasjon Kunnskap
Møte med mennesker	Død Humor Pårørende



ut ting, og det kan være små ting, bare det å høre på hverandre, og det gjør vi hver dag.» (Informant 1)

«Vi reflekterer over ting. Jeg går i egen refleksjonsgruppe en gang i måneden, så der er vi en fast gruppe. I tillegg prøver vi å ta det litt [...], det er ikke bestandig vi får tid til det, men vi prøver å ha en eller annen hver uke. Eller så tar vi det litt spontant.» (Informant 3)

«Jeg tenker at det er viktig å greie å koble ut jobben når du er hjemme, når du har fri. At du i alle fall ikke går og tenker på de lidelsene og de som dør hele tiden. Samtidig må man passe seg for at man på en måte ikke bryr seg, man må bruke det og vise at en er til stede når en er på jobb.» (Informant 4)

Kommunikasjon

Kommunikasjon er en viktig del av det å arbeide med døende, både overfor pasienter, pårørende og kolleger. Under kommunikasjonen spiller også relasjon og empati en viktig rolle:

«Det var kommunikasjonsbiten som var vanskeligst i starten, og det å virke trygg på noe du ikke var trygg på. Jeg tror du må ha veldig gode kommunikasjonsevner. Men jeg tror det med å ha evnen til å tune seg inn på en situasjon, på et menneske, klare å ta inn hvor vedkommende er, veldig fort, det tror jeg er viktig.» (Informant 1)

«Når du har pasienter som har vært her lenge, som du får tettere relasjoner til, det er av og til tøft. Du må tåle å stå i triste situasjoner, du må tåle å bli veldig nær på.» (Informant 2)

«Å være flink til å vise empati uansett, at man ikke trenger å anstrenge seg for å vise det, at det er naturlig.» (Informant 4)

Kunnskap

Helsepersonell som jobber med palliasjon, må ha god kompetanse innen faget sitt for å kunne gi god nok omsorg, men også for å få en helhetlig tilnærming til pasienten:

«Palliasjon handler mye om kompetanse, klinisk blikk og det å ha et klinisk blikk som funker. At man er litt i forkant, at man tar ting fort – for endringene skjer fort på disse pasientene.» (Informant 1)

«Kunnskap er viktig, det at jeg har kunnskap om palliasjon og det jeg møter, gjør meg mer trygg i arbeidet.» (Informant 2)

«Det er veldig viktig å ha god erfaring, for det er veldig mye av det man gjør, som bygger på erfaring. Det er jo en del spesialområder å jobbe med, [...] [men samtidig må] en se hele perspektivet.» (Informant 4)

MØTE MED MENNESKER

Død

Når helsepersonellet snakket om døden, var det på en positiv måte. De så ikke på døden som forferdelig, men at den kunne være en positiv faktor:

«De aller fleste som kommer hit, har jo hatt lange sykehusopphold, lang behandling, mye styr og mange runder

med opp- og nedturer, men mest nedturer, så døden kan jo være en befriende ting i en sånn setting. Og det ser vi ofte, og da er det fint å kunne være en del av det.» (Informant 1)

«Jeg personlig ser på det at pasienten hadde et problem, kom hit, vi fikset det, gikk bort stille og rolig med pårørende rundt seg, så fint som det kan bli.» (Informant 2)

«Hvis enhver død skulle ha brakt meg ut av fatning, hadde det ikke gått å jobbe her. Døden er en del av livet.» (Informant 4)

Humor

Selv om mange ser på døden som noe trist, er humor en viktig del av palliativ omsorg. Humor gjør at stemningen på jobb ikke alltid blir så sorgtung og alvorlig, selv om pasientene har en alvorlig diagnose. Flere uttalte følgende:

«Vi bruker mye humor i arbeidet, det er viktig at det gjøres på pasientens premisser.» Informant

«Det er en kjempeviktig avveining. Jeg hadde ikke ønsket å være her dersom det ikke hadde vært lov med humor.» (Informant 4)

«Galgenhumor. Og det som er morsomst, er at de fleste pasienter også har galgenhumor.» (Informant 2)

«Vi bruker mye humor i arbeidet, det er viktig at det gjøres på pasientens premisser.» (Informant 3)

Pårørende

I arbeidet med palliasjon handler det ikke kun om å gi omsorg til pasienten, men også om å ta vare på de pårørende:

Det er pårørendebiten som kanskje er mest utfordrende. Det krever litt mengdetrening når man skal håndtere dette, for man kan ikke virke usikker i slike situasjoner.» (Informant 1)

«De er veldig glade for å bli sett og få være med.» (Informant 4)

DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan helsepersonell kan bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienter i livets slutfase. Da er det også viktig at de ivaretar sine egne behov.

HELSEPERSONELL BRUKER SEG SELV TERAPEUTISK

Kommunikasjon inngår i det Travelbee kaller terapeutisk bruk av seg selv, hvor helsepersonell bevisst bruker personlighet og kunnskap for å bidra til positiv forandring hos den syke (5).

Funn fra intervjuene viser at gode kommunikasjonsevner er nødvendig i palliativ omsorg. Det ble nevnt at det var kommunikasjonsdelen som var vanskeligst i starten – å virke trygg på noe du ikke var trygg på.

Det kan hevdes at kommunikasjonsevner er noe man utvikler gjennom erfaring. Selv med lang erfaring kan

helsepersonell ha utfordringer med kommunikasjonen som de må håndtere i løpet av yrkeskarrieren sin.

Endringer i tilstanden hos denne pasientgruppen skjer fort, det er derfor viktig med god klinisk kompetanse for å fange opp og møte disse endringene. Ved å håndtere disse utfordringene vil kommunikasjonsevnene og kunnskapsnivået utvikles, og dermed blir de trygere i arbeidet.

GODE KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER BØR UTVIKLES

Dersom helsepersonell utvikler gode kommunikasjonsevner, skal de kunne klare å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienter i livets slutfase. Dette krever at helsepersonellet er bevisst på sine sterke og svake sider, samt at de må kombinere empati med sine personlige egenskaper.

Ifølge Travelbee er det helsepersonellens empatiske holdning som er viktig (6). Dette synet sammenfaller med uttalelser fra informantene, som også vektla hvor viktig det var å ha empatiske holdninger.

Empati er essensielt når helsepersonell gir omsorg til døende, i og med at helsepersonell skal prøve å forestille seg hvordan det er å være i den situasjonen pasienten er i (3). Dette er nødvendig for å klare å bruke seg selv terapeutisk, men kan også bidra til å skape en relasjon til pasienten og de pårørende.

Det er kommunikasjonen som legger grunnlaget for relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten (3). På den palliative avdelingen er det høyt prioritert å skape en god relasjon og tillit til pasientene og de pårørende.

De må tåle å stå i triste situasjoner og komme tett innpå pasienten. En god relasjon bidrar til at de ser pasientens behov og behandler dem med en helhetlig tilnærming.

I intervjuene kom det også frem at de må tune seg inn på pasientens situasjon. En helhetlig tilnærming underbygges av det Travelbee mener er terapeutisk bruk av seg selv, at helsepersonell må ha evnen til å tolke egne og andres handlinger og iverksette tiltak på en effektiv og omsorgsfull måte (6). Ved hjelp av kommunikasjon kan de også bruke humor.

HVORDAN BRUKE HUMOR TERAPEUTISK?

Humor er en del av det å bruke seg selv terapeutisk. Intervjuene viste at bruk av humor var godt etablert på avdelingen, både blant pasientene og kollegene. I lindrende behandling er humor en passende og nyttig ressurs, men det er viktig at den brukes på pasientens premisser, da ikke alle vil være mottakelige med tanke på deres alvorlige diagnose (11).

Informantene erfarte at mange av

pasientene også har galgenhumor (7). På den ene siden kan humor være med på å skape en relasjon til pasienten, da humor kan gi følelsen av nærhet, samhørighet, varme og vennskap. På den andre siden kan den virke støtende hvis den blir brukt feil.

Humor er terapeutisk når helsepersonellet tar hensyn til pasienten og bruker humoren sammen med sin kompetanse og omsorg overfor pasientene. Den kan også brukes som en strategi for å håndtere hyppige møter med døden.

I intervjuene kom det frem at humor ble brukt som en avvergingsmetode. Humor kan brukes for å distansere seg fra alvor, opp tre muntert og styre unna sine egne vanskelige følelser (3).

I annen forskning kommer det frem at humor gjorde det mulig for helsepersonell å håndtere vanskelige fø-

«Humor kan være en god mestringsstrategi i møte med døende pasienter.»

lelser, samt at humor var en av de tre mest kraftfulle ressursene som beskyttet mot negativ påvirkning av døden (8, 9).

Ved hjelp av humor kan også håp og engasjement formidles. Håp er viktig både for pasientene og helsepersonellet, slik at de kan klare å håndtere lidelse, sykdom og tap. Humor kan gjøre stemningen lettere, virke angstdempende og befriende på tross av pasientens alvorlige diagnose.

Gjennom kommunikasjon og humor kan sykepleieren vise engasjement og omsorg for pasientene. Humor kan være en god mestringsstrategi i møte med døende pasienter. Det er likevel viktig at helsepersonell får mulighet til å reflektere over de vanskelige situasjonene og bearbejde følelsene.

HELSEPERSONELLETS BEHOV MÅ IVARETAS

Dersom helsepersonell skal kunne klare å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienter i livets slutfase, må de altså få bearbeidet følelsene sine. Det vil være vanskelig å kunne ivareta den sykes behov dersom egne behov blir tilsidesatt. Helsepersonell må derfor få reagere eller avreagere, da møtet med døden er utfordrende (6).

Informantene fortalte at de hadde refleksjon på timeplanen, både i faste rammer og i hverdagen. Det ble også nevnt debrifing, som er en gruppesamtale, noe refleksjon også kan være. Når de har faste refleksjoner, møtes en gruppe for å snakke ut om sine følelser og tanker, noe man også gjør ved debrifing.

Det at kun én nevnte debrifing, kan være fordi de andre ser på det



som refleksjon, og at debrifing er noe som kun gjennomføres ved spesielle, vanskelige situasjoner etter et dødsfall. De kan se på debrifing som noe større og mer formelt enn refleksjon.

Formålet med debrifing er å forhindre negative, psykiske senfølger, og det er nettopp dette som også er formålet med refleksjon (10). Uansett vil både debrifing og refleksjon være med på å få bearbeidet vanskelige følelser og kan gjøre mennesker i stand til å åpne seg og føle samhørighet og tilknytning til hverandre (3). Debrifing hjelper helsepersonellet med å reflektere og bearbeide følelser og opplevelser som kan være utfordrende.

Helsepersonell må ha evne til å bry seg om pasienten, føle omsorg og kunne omsette omsorgsevnen til handling i situasjoner der det trengs (6).

Dersom de kommer i situasjoner som virker sterkt inn på dem, kan det være nødvendig å distansere seg for å kunne fokusere på behovene til pasienten. Da kan de klare å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienter i livets slutfase.

Det er viktig at helsepersonell gis anledning til å dele sine tanker med kolleger om det de erfarer for å dra nytte av sine erfaringer og bruke dem aktivt i møte med nye pasienter (11). Hvordan de klarer å håndtere døden, har betydning for deres evne til å oppfatte, respondere på og vise omsorg for det døende mennesket (6).

En negativ følge av at helsepersonell ikke får arbeidet seg gjennom vanskelige følelser, er at de kan bli utbrent. Derfor er det viktig at de får snakket ut om sine følelser for å utvikle sin personlige og faglige identitet (11).

ANSATTE MÅ TA VARE PÅ HVERANDRE OGSÅ

Intervjuene viser at denne palliative avdelingen har et godt arbeidsmiljø og samhold, noe som har betydning for hvordan de håndterer døden samt bruker seg selv terapeutisk. Informantene fortalte at det var viktig å være åpen, kunne stole på og ta vare på hverandre.

«Et godt arbeidsmiljø hjelper med å håndtere utfordringene i møte med døden.»

Det å ta vare på hverandre støttes av Travelbee, som mener at helsepersonell må ha evnen til å bry seg om og føle omsorg for individet (6). Det å stole på kollegene kan bidra til en opplevelse av fellesskap og samhold (12). I intervjuene ble det nevnt at et godt arbeidsmiljø hjelper med å håndtere utfordringene i møte med døden.

Årsaken kan være at de tør og har muligheten til å snakke ut om følelser og tanker med sine kolleger. På denne avdelingen bruker de hverandre og passer på hverandre, noe

FAGGRUPPER

Faggruppen for slagsykepleiere (NSF SLAG)

Faggruppen er opptatt av å stimulere til fagutvikling og forskning innen sykepleie til slagrammede, tilrettelegge for menings- og kunnskapsutveksling mellom sykepleiere som arbeider med slagrammede, og samarbeide med andre for å bedre omsorgen for slagrammede og deres pårørende.

Kriterier for å være medlem er interesse for eller arbeide med slagrammede. Må være medlem av NSF. Vi er 130 medlemmer per i dag.

De fleste medlemmene arbeider som slagsykepleier i spesialisthelsetjenesten,

men også innen rehabilitering og i kommunehelsetjenesten, og noen på universitet eller høyskole.

Faggruppen har et nyhetsbrev som gis ut tre–fire ganger i året.

Du får flere fordeler ved å være medlem av gruppen:

- nyhetsbrev til alle medlemmer
- redusert deltakeravgift på egen konferanse
- muligheter for å søke stipend til aktuelle kurs, seminarer, konferanser og liknende
- støtte til prosjekter knyttet til masterløp. De som går videreutdanning

innen hjerneslag, får gratis medlemskap under utdanningen.

- Facebook-side som oppdateres jevnlig med nyheter

Faggruppen arrangerer konferanse hvert annet år.

De som har søkt stipend de siste årene, har fått det innvilget.

Medlemskap koster 300 kr per år.

Adresse til hjemmesiden: <https://www.nsf.no/faggrupper/slagsykepleiere>

Faggruppens slagord er «Slagsykepleier med kompetanse, kunnskap og kvalitet – til det beste for slagpasienten og deres pårørende».

som har betydning for hvordan de håndterer møtet med døden, lærer av sine egne og andres feil samt klarer å bruke seg selv terapeutisk.

STYRKER OG SVAKHETER MED PROSJEKTET

Vi intervjuet fire informanter som alle jobbet på samme avdeling. Det kan derfor være vanskelig å generalisere disse resultatene, men funnene støttes likevel av forskning og annen litteratur.

KONKLUSJON

Denne studien viser at i palliativ behandling er humor et viktig hjelpemiddel, både for helsepersonell, pasienter og pårørende. Humor kan brukes for å skape en relasjon, men også som en mestringsstrategi for å håndtere hyppige møter med døende pasienter.

Empati er en viktig egenskap som helsepersonell må ha overfor pasienter i livets slutfase. Helsepersonell må ha empatiske holdninger for å kunne bruke seg selv terapeutisk.

Funnene tyder på at gode kommunikasjonssevner er nødvendig, og gjennom kommunikasjon legges grunnlaget for en god relasjon. Denne relasjonen er avgjørende for å kunne se pasientens behov og behandle døende med en helhetlig tilnærming.

Refleksjon og debrifing er viktig for å få bearbeidet vanskelige følelser. Det er av vesentlig betydning at det i fremtiden blir lagt vekt på at helsepersonell får hjelp og tid til refleksjon, har et støttende arbeidsmiljø og et godt samhold blant kollegene. ●

REFERANSER

1. Henderson V. Basic principles of nursing care. Amer Nurses Pub; 1997.
2. Mathisen J. Sykepleie ved livets avslutning. I: Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie. Bind 3. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 407–49.
3. Kalfoss MH. Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås H, red. Klinisk sykepleie 2. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 453–79.
4. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
5. Kirkevold M. Sykepleieteorier – analyse og evaluering. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1998.
6. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
7. Linge-Dahl LM, Heintz S, Ruch W, Radbruch L. Humor assessment and interventions in palliative care: a systematic review. Front Psychol. 2018;19(9):890. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00890
8. Cain CL. Integrating dark humor and compassion: identities and presentations of self in the front and back regions of hospice. J Contemp Ethnogr. 2012;41(6):668–94.
9. Müller M, Pfister D, Markett S, Jaspers B. Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. Schmerz. 2009;23(6):600–8.
10. Malt U. Debrifing [Internet]. Store medisinske leksikon. 2018 [oppdatert 14.10.2019, sitert 02.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn.no/debrifing>
11. Iranmanesh S, Haggström T, Axelsson K, Sävenstedt S. Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. Holist Nurs Pract. 2009;23(4):243–52.
12. Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. Palliat Support Care. 2014;12(4):309–16.



Skann koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no

FAGARTIKKEL:
Humor er et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Ida Kristine Strøm

Sykepleier. Gastrologisk sengepost, St. Olavs hospital

Denne fagartikkelen skrev jeg i forbindelse med min bachelorgrad i sykepleie. Grunnen til at jeg valgte temaet palliasjon, var fordi jeg syntes det var interessant å få mer kunnskap om døden med tanke på at den er noe vi sykepleiere kommer til å møte på i vår yrkeskarriere.

Samtidig kunne jeg få informasjon fra dem som jobber med dette temaet til daglig, og dermed lære mer om hvordan man kan ta vare på pasienten og de pårørende i møte med døden.

Det som er viktig å ha med seg for sykepleiere som jobber med min pasientgruppe, er at sykepleiere må møte pasienten der vedkommende er, de må ha gode kommunikasjons- og samarbeidsevner og inkludere pasienten i det som skal gjøres.

Akkurat nå er jeg opptatt av å utvikle meg som sykepleier, lære mer og gjøre det beste for pasienten. ●



HOVEDBUDSKAP:

Forebyggende hjemmebesøk hos eldre kan organiseres av hjemmesykepleien eller av forebyggende enheter. Kommunens valg av hvem som skal organisere tiltaket, får betydning for om det blir lagt mest vekt på å fremme helse eller forebygge sykdom. Sykepleiere må være bevisst på hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som kan bidra til best helse lengst mulig for den enkelte eldre. Samtidig må de være klar over hvilke tiltak som er mest effektive sett i et samfunnsperspektiv.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2020.80324

NØKKELOD:

► Forebygging ► Eldre ► Kommune ► Organisering

Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg?

Skal forebyggende hjemmebesøk blant eldre forebygge sykdom eller fremme helse? I dag varierer innholdet i tjenesten fra kommune til kommune, avhengig av hvem som organiserer tilbudet.

I kommunene der forebyggende hjemmebesøk til eldre blir organisert av en forebyggende enhet som fysioterapi- og ergoterapitjenesten eller frisklivssentralen, legger de vekt på helsefremmende tiltak rettet mot de yngre og friske eldre, fra 67 år og oppover. De som arbeider i disse tjenestene vektlegger egeninnsats, mestring og langsiktig planlegging av alderdommen.

I kommuner der forebyggende hjemmebesøk til eldre blir organisert av hjemmesykepleien er det sykdomsforebyggende perspektivet mest fremtredende, og målgruppen er eldre hovedsakelig over 77–80 år. De som arbeider i hjemmesykepleien, vektlegger sykdomsforebygging, omsorg og hjelpetiltak til eldre.

Kommuner som vil etablere eller videreutvikle tilbud om forebyggende hjemmebesøk, bør derfor være bevisst på at hvordan de velger å organisere tilbudet, kan ha betydning for hva som oppnås med forebyggende hjemmebesøk.

HVA ER FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK?

Andelen eldre i befolkningen i Norge vil øke i årene som kommer (1). Økningen vil medføre økt etterspørsel av helse- og omsorgstjenester. Det vil derfor være avgjørende både på individ- og samfunnsnivå at eldre opprettholder god helse og utsetter behovet for helse- og

FORFATTERE



Wenche Bergseth Bogsti
Førstelektor, Fagenhet for sykepleie, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik



Silje Sveen
Doktorgradsstipendiat, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik



Maren Kristine Raknes Sogstad
Førstemanuensis, Senter for omsorgsforskning øst, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik



Bente Norbye
Dosent, Institutt for helse og omsorgsfag, UIT Norges arktiske universitet

omsorgstjenester lengst mulig. Ett tiltak kan være forebyggende hjemmebesøk.

Forebyggende hjemmebesøk er en uoppfordret og oppsøkende individrettet råd- og veiledningstjeneste til hjemmeboende eldre (2). Det overordnede målet er å bidra til økt mestring i eget liv og redusere fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester gjennom å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse (3).

Det mest vanlige er at alle kommunens eldre, i en valgt aldersgruppe, og som ikke mottar tjenester fra kommunen fra før, får tilbud om et individuelt besøk. Under hjemmebesøket gjennomgås ulike temaer som sikkerhet i hjemmet, funksjonsnivå, ernæring, fysisk aktivitet, mestring og sosialt nettverk, samt at det gis informasjon om frivillig sektor og kommunens tjenestetilbud.

der hjemmebesøket gjennomgås ulike temaer som sikkerhet i hjemmet, funksjonsnivå, ernæring, fysisk aktivitet, mestring og sosialt nettverk, samt at det gis informasjon om frivillig sektor og kommunens tjenestetilbud.

MYNDIGHETENE ØNSKER AT FLERE FÅR TILBUDET

En kartlegging i 2013 viste at 25 prosent av kommunene i Norge tilbyr forebyggende hjemmebesøk (4). Nasjonale myndigheter ønsker at tilbudet skal få økt utbredelse, og i 2017 utga Helsedirektoratet veiledningsmaterieell om forebyggende hjemmebesøk for å hjelpe kommuner i gang (5). I kvalitetsreformen «Leve hele livet» (6) nevnes også forebyggende hjemmebesøk som eksempel til inspirasjon.



HJEMMESYKEPLEIE: I kommuner der forebyggende hjemmebesøk til eldre blir organisert av hjemmesykepleien, blir det ofte lagt mer vekt på å forebygge sykdom enn å fremme helse. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Til tross for at kommunene satser på forebyggende hjemmebesøk, er det vanskelig å måle effekten av denne typen forebyggende tiltak (7, 8). Studier har imidlertid vist at forebyggende hjemmebesøk har potensial til å utsette hjelpebehov (9, 10), og at det kan bidra til å redusere dødelighet samt øke selvstendighet og funksjonalitet hos de eldre (11).

Evalueringer av forebyggende hjemmebesøk i Norge har særlig belyst de eldre sine erfaringer (12–14), og viser at eldre anså besøket som en positiv opplevelse som bidro til at de følte seg tryggere, at de ble «sett» av de ansatte i kommunen, og at de fikk nyttig informasjon og en god samtale (15–17).

TO PERSPEKTIVER: FREMME ELLER FOREBYGGE

Forebyggende helsearbeid kan deles i to hovedperspektiver. Det ene er det sykdomsforebyggende perspektivet, med hovedvekt på å identifisere sykdomstegn og forhindre, utsette eller minske konsekvenser av sykdom, og har tradisjonelt vært ekspertstyrt og preget av en viss grad av paternalisme.

Det andre er det helsefremmende perspektivet med søkelys på helse, velvære og livskvalitet, som i større grad bygger på en aktiv medvirkning fra folk selv (18).

Tidligere har forebyggende tiltak rettet mot eldre hatt et tydelig sykdomsfokus. Modeller som er utviklet i den senere tid kjennetegnes av et økt helsefremmende perspektiv, med vekt på god helse, mestring og deltakelse (3). Til tross for denne vektleggingen viste en generell kartlegging av folkehelsearbeidet i norske kommuner, at arbeidet fremdeles er sykdomsorientert, og at oppmerksomheten i hovedsak rettes mot risikoreduerende tiltak (19).

Disse to perspektivene lever side om side i kommunens forebyggende helsearbeid, og utøvere av tjenester beskriver det som utfordrende å finne balansen mellom det helsefremmende og det forebyggende perspektivet (20). Kommunene har fått et tydelig ansvar for helsefremming og forebygging i befolkningen, og en undersøkelse av Skovdal og medarbeidere (16) viser at kommuner organiserer tilbudet om forebyggende hjemmebesøk ulikt.

«De som arbeider i hjemmesykepleien, vektlegger sykdomsforebygging, omsorg og hjelpetiltak.»

Hensikten med denne studien er derfor å bidra til økt kunnskap om betydning av organisering av forebyggende hjemmebesøk ved å besvare problemstillingen: Hvordan organiserer ulike kommuner forebyggende hjemmebesøk til eldre, og hvilken betydning kan organisering ha for tilbudets innhold?

Hensikten med denne studien er derfor å bidra til økt kunnskap om betydning av organisering av forebyggende hjemmebesøk ved å besvare problemstillingen: Hvordan organiserer ulike kommuner forebyggende hjemmebesøk til eldre, og hvilken betydning kan organisering ha for tilbudets innhold?

SLIK BLE STUDIEN GJENNOMFØRT

Studien, med kvalitativt design, ble gjennomført 2017 i fem norske kommuner som tilbyr forebyggende hjemmebesøk til sine eldre innbyggere. Seks kommuner fikk invitasjon til å delta i studien, hvorav fem takket ja. To bykommuner samt tre landkommuner utgjorde utvalget.

Det er gjennomført 15 individuelle intervjuer med fagpersoner fra tre ulike nivå; Helse- og omsorgslederen, ledere for enheten for forebyggende hjemmebesøk, samt en utøver av forebyggende hjemmebesøk fra hver kommune. Forskningsetiske retningslinjer er fulgt (21), og NSD-godkjenning har prosjektnummer 45618.

Alle informantene fikk følgende hovedspørsmål: Hvordan organiseres forebyggende hjemmebesøk i din kommune? Intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter ordrett transkribert.

Det er benyttet kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (22). Forfatterne identifiserte og kondenserte meningsenhetene i datamaterialet, og formulerte koder. Koder som omhandlet samme emne ble sortert til subkategorier. Deretter ble subkategorier som hadde noe felles samlet i kategorier. Kategoriene gjenspeiler det manifeste innholdet, som er det en tydelig kan lese ut av teksten. Tema representerer det latente innholdet som beskriver den underliggende teksten og en forståelse av meningen bak teksten (se tabell 1).

HVA PÅVIRKER INNHOLDET I TJENESTEN?

I resultatene kommer det frem tendenser som viser at hvilken enhet som organiserer forebyggende hjemmebesøk, kan ha betydning for hvordan tilbudet fremstår. Tabell 1 gir en skjematisk fremstilling av disse tendensene.

ULIK ORGANISERING GIR FORSKJELLIGE TILBUD

To av kommunene i denne studien organiserer forebyggende hjemmebesøk under forebyggende enheter som fysioterapi- og ergoterapitjenesten eller frisklivssentralen, heretter kalt forebyggende enhet. De tre andre organiserer tilbudet under pleie- og omsorgstjenesten, i hjemmesykepleien.

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert under en forebyggende enhet beskrives besøkene som en del av en helhetlig folkehelsestrategi. De eldre får et tilbud for de egentlig tenker på at de trenger hjelp. Det poengteres at det er ønskelig å starte tidlige prosesser hos de yngre eldre, gjerne rundt 67 år. Kommunene innfører alternative intervensjoner rettet mot dem som nylig har

blitt pensjonister, der de inviterer til gruppemøter og informasjons- og aktivitetsdager, istedenfor individuelle hjemmebesøk.

Tiltak som dette kan ifølge informantene frigi ressurser som ellers ville blitt brukt til å tilby individuelle hjemmebesøk til alle, og dermed gi mulighet for å øke innsatsen mot utsatte eldre.

Der besøkene var organisert under hjemmetjenesten ble tilbudet beskrevet som første trinn i en helhet-

«Det er vanskelig å måle effekten av denne typen forebyggende tiltak.»

lig pleie- og omsorgstjeneste. Tilbudet forskyves her til eldre aldersgrupper $\geq 77-80$ år, da de som er yngre opplever å ikke ha behov for hjelp eller ikke ønsker hjelp. Informantene sier også at forebyggende hjemmebesøk blir nedprioritert, eller «fryst» i travle perioder i hjemmesykepleien.

HJEMMEBESØK ER VIKTIG

Informantene fra kommuner som organiserer forebyggende hjemmebesøk under hjemmetjenesten, sier at besøket er viktig for å forebygge sykdom. I tillegg gir det en oversikt over den eldre befolkningen i kommunen, som kan være til hjelp i planlegging av fremtidige helsetjenester.

Oversikten og sykdomsforebygging oppnås gjennom å foreta screening av helseparametere som for eksempel blodtrykkmåling, balansetester og kognitive tester. Samtidig gis informasjon og råd omkring fysisk og sosial aktivitet, kosthold, sikkerhet i hjemmet, og opplysninger om kommunale og frivillige kultur- og aktivitetstilbud som den eldre kan delta på. De som har behov for det får tilbud om hjelpemidler, fysisk trening, matombringning og andre tjenester.

Informantene fra kommuner som organiserer forebyggende hjemmebesøk under forebyggende enheter sier at tilbudet er et bidrag for å bedre folkehelsen og for å øke livskvaliteten hos de eldre gjennom bemyndigelse og økt mestring. Det skal bidra til at den eldre tar ansvar og kontroll over egen alderdom. Informantene poengterer at målet er å starte en planleggings- og bevissthetsprosess hos de yngre eldre. De eldre ses på som en ressurs som kan benyttes i lokalsamfunnet, i for eksempel frivillig arbeid.

Informantene fra kommunene der forebyggende hjemmebesøk organiseres under forebyggende enhet benevner målgruppen som «seniorer». Informantene fra kommunene hvor tilbudet organiseres under hjemmetjenesten benevner personene i målgruppen som «eldre», «gamle» eller «pasienter».

KAMP OM PENGER OG RESSURSER

Forebyggende hjemmebesøk, som ikke er et lovpålagt tilbud, står ifølge informantene ofte på politikerne sin

Tabell 1. Skjematisk fremstilling av resultater

Kategori	Underkategori	TEMA	
		Hvor forebyggende hjemmebesøk plasseres i kommunens organisasjon, har betydning for tilbudet.	
Organisering	Aldersgruppe	Forebyggende hjemmebesøk organisert i forebyggende enhet Anses som en del av helhetlig folkehelsestrategi	Forebyggende hjemmebesøk organisert i hjemmetjenesten Anses som første hjelpetilbak
	Tilpassing	Tilpasser tilbudet/intervensjonen og starter tidlig, ved 67-70 år	Tilbudet forskyves til eldre aldersgruppe (77-80 år), da de yngre opplever å ikke ha behov for/jenker hjelp.
Mål og innhold	Utskalltet	Tendens til å effektivisere ved å innføre alternative tiltak for de friske eldre, i stedet for individuelle hjemmebesøk.	Tendens til å effektivisere ved å ikke gjennomføre forebyggende hjemmebesøk i travle perioder med lite ressurser.
	Heraktt	Bedre folkehelse	Sykdomsforebygging, kartlegging/screening
Borger vs. pasient	Heraktt	Økt livskalltet ved bemundgater og mestring.	Økt livskalltet ved å sette inn tiltak som hjelpemidler, fysisk trening, matombringning, etc.
	Borger vs. pasient	Bidra til at den eldre tar ansvar og kontroll over egen alderdom.	Redusere press på pleie- og omsorgstjenesten.
Ressurkamp	Borger vs. pasient	Informasjon om kultur- og aktivitetstilbud. Rekruttere seniorer inn i friluft arbeid.	Informasjon om kommunale aktivitetstilbud. Frivillighetsentralen introduseres som mulig hjelpemiddel.
	Effekt	Eldre benevnes som seniorer.	Eldre benevnes som eldre/gamle/pasienter.
Ressurkamp	Effekt	Prioriteringer mellom den yngre delen av kommunens innbyggere og den eldre del av befolkningen.	Prioriteringer mellom de syke og behandlingssøgende og den eldre del av befolkningen som fortsatt er friske/hjelpene.
	Effekt	Vanskelig å dokumentere effekt.	Vanskelig å dokumentere effekt.

«kuttliste». Ved budsjettforhandlinger er det politiske diskusjoner omkring tilbudets videre eksistens.

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert under forebyggende enhet uttrykker informantene at kampen om pengene og ressursene står mellom tiltak rettet mot den yngre delen av kommunens innbyggere, opp mot hvor mye som skal gå til den eldre del av befolkningen.

Hos kommunene som organiserer tilbudet under hjemmetjenesten står kampen mellom ressurser til dem som ikke fra før mottar tjenester, og på den andre siden ressurser til behandling av syke som er etablerte mot-takere av tjenester. Da «vinner» de syke og hjelpetren-gende, ifølge informantene.

HVILKE UTSLAG KAN ULIK ORGANISERING GI?

Hjemmetjenesten har som sin hovedoppgave å yte be-handling, omsorg og hjelp til personer som trenger det. Som del av dette arbeidet skal de kartlegge, forebyg-ge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (23). Gjennom omsorgsdiskursen i hjemmetjenesten kommer det

sykdomsforebyggende perspektivet tydeligst frem, det handler om å hjelpe og yte omsorg (24).

I en forebyggende enhet er arbeidsoppgavene anner-ledes og søkelyset er i større grad rettet mot endring og mestring, og det helsefremmende perspektivet kommer tydeligere frem.

Informantene synliggjør de ulike perspektivene gjen-nom språk og innhold. Et tydelig eksempel er benevnel-sen som benyttes overfor målgruppen. Ved et uttalt hel-

«Utøvere av tjenester beskriver det som utfordrende å finne balansen mellom det helsefremmende og det forebyggende perspektivet.»

sefremmende perspektiv ble målgruppen benevnt som «seniorer», mens i hjemmetjenesten benevnes de som «eldre», «gamle» eller «pasienter». Seniorbegrepet gir for mange positive assosiasjoner, og begrepet knyttes ofte til titler i arbeidslivet som for eksempel seniorrådgiver, seniorforsker og seniorkonsulent. På den andre siden

Fagartikkel eller forskningsartikkel?

Lurer du på hva som skiller de to artikkeltypene fra hverandre? Her er noen punkter:

Kriterier	Forskningsartikkel	Fagartikkel
Fagfellevurdering	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Introduksjon/bakgrunn	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Metodebeskrivelse	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei (men kan ha metodedel)
Resultatbeskrivelse	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Diskusjon	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Krav til transparens og etterprøvbarehet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Krav til pålitelig metode (reliabilitet)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei, men pålitelige kilder
Krav til gyldige resultater (validitet)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Krav til overførbarhet/generaliserbarhet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Relevans for utøvelse av sykepleie	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Resultatene kan tas direkte i bruk i praksis	<input type="checkbox"/> Nei	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Faglig vurdert av redaktør	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja



er begrepene «eldre» og «gammel» mer assosiert med funksjonstap, og å være hjelpetrengende.

Disse ulike perspektivene trer også frem i innholdet i det forebyggende hjemmebesøket. Temaene er tilsynelatende like med hensyn til hva som blir tatt opp i hjemmebesøket, men de samme temaene kan få ulikt innhold i henholdsvis et helsefremmende perspektiv og et sykdomsforebyggende perspektiv.

Et eksempel er at alle kommunene oppga at frivillighet er et viktig tema i forebyggende hjemmebesøk. Forskjellen var at de som vektlegger helsefremming oppfordret

«De eldre får et tilbud før de egentlig tenker på at de trenger hjelp.»

de eldre til å delta i frivillig arbeid, fordi det kan være helsefremmende for den enkelte å få bidra og være til nytte, mens de som har hovedvekt på sykdomsforebygging ga den eldre informasjon om hva frivillighetssentralen kunne hjelpe dem med.

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert i hjemmetjenesten ser vi at aldersgruppen som får tilbud om forebyggende hjemmebesøk stadig blir eldre. De yngste eldre ser oftest ikke på seg selv som gamle eller hjelpetrengende og føler ikke at tilbudet treffer dem. Følgelig er det en del som takker nei (3, 15). Da forskyver kommunen tilbudet om forebyggende hjemmebesøk til en eldre aldersgruppe, noe som resulterer i et forsterket søkelyset på sykdomsforebygging og hjelpebehov.

Det motsatte skjer i kommunene der forebyggende hjemmebesøk er organisert under en forebyggende enhet. Her er den helsefremmende diskursen tydeligere og hjemmebesøk tilbys så tidlig som mulig etter pensjonsalderen, og innholdet tilpasses til målgruppen de ønsker å nå. Dermed blir det helsefremmende aspektet forsterket, og disse kommunene prøver ut alternative modeller til det vanlige oppsøkende individuelle hjemmebesøket.

Målgruppen for første intervensjon er de yngre eldre, og forebyggende hjemmebesøk blir ikke en engangshendelse, men ett ledd i en «kjede» av tiltak. For eksempel kan første tiltak foregå som et gruppemøte eller et «messe»-konsept, ved at de eldre inviteres til et lokale hvor det blir gitt informasjon og det foregår aktiviteter samt stands og utstillinger. Målet er å bidra til refleksjon over kommende alderdom, og hvordan personene selv kan ta ansvar for tiltak rundt livsstil og boforhold, samt oppmuntre til samfunnsengasjement (14).

VANSKELIG Å DOKUMENTERE EFFEKTEN

Informantene viser til en felles utfordring knyttet til å kunne dokumentere resultat av forebyggende hjemmebesøk. Erfaringene deres tilsier at å bruke ressurser på forebyggende tiltak gir utbytte både for kommunen og det enkelte individ. Likevel opplever informantene det vanskelig å argumentere for tilbudet da de mangler dokumentasjon på effekten.

Knapphet på ressurser i kommunene fører til at forebyggende hjemmebesøk blir satt opp mot andre lovpålagte oppgaver. Ressurskampen dreier seg for eksempel i hjemmetjenesten om prioriteringer mellom å gi nødvendig pleie og behandling til de som er syke, og å gjennomføre forebyggende tiltak overfor dem som er friske. Forebyggende tiltak vil tape kampen, da ressursene naturlig nok prioriteres til å hjelpe de som trenger behandling.

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert under forebyggende enhet unngår en å konkurrere om ressurser som også skal dekke pleie- og behandling av syke. Likevel står forebyggende tiltak rettet mot eldre også her i en «skvis». I dette tilfellet handler det om å prioritere mellom de eldre, og andre målgrupper som barn og ungdom. I kommunenes folkehelsearbeid har vi inntrykk av at tiltak rettet mot barn og unge ofte er høyt prioritert.

Med fremtidens eldrebølge i vente må sykepleiere være bevisst på hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som kan bidra til best helse lengst mulig for den enkelte eldre, og samtidig hvilke tiltak som er mest ressurseffektive sett i et samfunnsperspektiv, i tråd med nasjonale føringer om helsefremmende og forebyggende arbeid (25, 26).

HELSE MÅ FREMMES OG SYKDOM FOREBYGGES

Både helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv er viktige, og bør komplementere hverandre. Det helsefremmende folkehelsearbeidet i kommunene må ikke slutte ved oppnådd pensjonsalder, men dras med

«De eldre ses på som en ressurs som kan benyttes i lokalsamfunnet, i for eksempel frivillig arbeid.»

inn i pleie- og omsorgstjenestens arbeidsområder slik at også den eldre del av befolkningen omfattes av folkehelse-tiltak. Slik kan forebyggende hjemmebesøk både bidra til folkehelse og være et omsorgstiltak.

Denne studien viser at valg ved organiseringen av helsetjenestetilbud kan påvirke tilbudets mål og innhold. Det er derfor viktig at fagpersoner, i samarbeid på tvers av profesjoner, bidrar med dokumentasjon omkring effekten av ulike helsefremmende og forebyggende tiltak i fora der vedtak om ressursfordeling og organisering av kommunenes helsetjeneste skjer. ●

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Lavere befolkningsvekst framover. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-befolkningsvekst- framover> (nedlastet 26.03.2019).
2. Wyller TB, Pettersen AM. Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge – med blick mot Sverige og Danmark: en kartleggingsundersøkelse. Sem: Aldring og helse; 2005.
3. Førland O, Skumsnes R. Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. En oppsummering av kunnskap. Oslo: Senter for omsorgsforskning; 2017. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmloi/handle/11250/2476696> (nedlastet 08.01.2020).
4. Førland O, Skumsnes R. Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. Oslo: Senter for omsorgsforskning; 2014. Rapportserie – nr. 7/2014. Tilgjengelig fra: https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmloi/bitstream/handle/11250/2478657/F%c3%b8rland_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y (nedlastet 08.01.2020).

5. Helsedirektoratet. Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen> (nedlastet 08.01.2020)
6. Meld. St. nr. 15 (2017–2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?q=Lev%20hele%20livet> (nedlastet 06.06.2019).
7. Frost H, Haw S, Frank J. Interventions in community settings that prevent or delay disablement in later life: an overview of the evidence. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2012;13(3):212–30.
8. Skumsnes R, Larun L, Langeland E. Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien Forskning*. 2013;8(4):310–21.
9. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional geriatric assessment: back to the future multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(3):298–307.
10. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287(8):1022–8.
11. Tourigny A, Bédard A, Laurin D, Kröger E, Durand P, Bonin L, et al. Preventive home visits for older people: a systematic review. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 2015;34(4):506–23.
12. Blindheim K, Aines RE. Evaluering og justering av modellen for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune. Ålesund: HIALS; 2015. Rapportserien 2015/02. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning-mid.no/wp-content/uploads/2015/06/evaluering-og-justering-av-modell-for-forebyggende-hjemmebesok-i-lesund-kommune-rapport.pdf> (nedlastet 06.06.2019).
13. Klungerbo B, Bredland K, Sodal AB, Nervik T. Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Trondheim: Trondheim kommune; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.utviklingscenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok.5034875-185540.html> (nedlastet 06.06.2019).
14. Slåttsveen EM, Hellebergshaugen S, Sveen S, Sogstad M. Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet? Presentasjon av en alternativ modell. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2015. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2479110> (nedlastet 08.01.2020).
15. Sjøbo BA, Teigen S, Alsvåg H, Førland O. Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2016;2(1):47–58.
16. Skovdahl K, Blindheim K, Aines RE. Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2015;1(1).
17. Tøien M, Bjørk IT, Fagerstrøm L. Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. *Qual Health Res*. 2015;25(5):700–12.
18. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
19. Helgesen MK, Hofstad H. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012. NIBR-rapport 2012/13 Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid> (nedlastet 06.06.2019).
20. Lagerin A, Törnkvist L, Hylander I. District nurses' experiences of preventive home visits to 75-year-olds in Stockholm: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev*. 2016;17(5):464–78.
21. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> (nedlastet 06.06.2019).
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(3):105–12.
23. Lov 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 06.06.2019).
24. Aaltvedt V, Juvland L, Öresland S. Omsorgsdiskurs og budsjettstyringsdiskurs. *Nordisk sykepleieforskning*. 2017;7(03):209–23.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Rundskriv 1–2/2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/> (nedlastet 06.06.2019).
26. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling, på rett sted, til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/secl> (nedlastet 06.06.2019).

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Wenche Bergseth Bogsti

Førstelektor. Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik

Gennom samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie ble vi kjent med ulike prosjekter der forebyggende hjemmebesøk i ulike varianter ble innført og evaluert systematisk. Vi så at tiltakene i noen kommuner hadde svært ulikt innhold og format. Vi ble nysgjerrige på disse variasjonene og ønsket å studere hvordan kommuner organiserte forebyggende hjemmebesøk. Vi fant at organiseringen hadde betydning for hvordan tilbudet fremsto.

Forebyggende hjemmebesøk blir tilbudt eldre når de har oppnådd en viss alder, og er ofte deres første møte med kommunal helsetjeneste. For sykepleiere er det viktig å være bevisst på at en sykdomsforebyggende tilnærming innebærer å rette oppmerksomheten mot hva den eldre kan trenge hjelp til. Det er ønskelig med en økt bevissthet på det helsefremmende aspektet, med søkelyset på personens og nærmiljøets ressurser. Helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv bør i større grad komplementere hverandre, noe som ser ut til å lykkes best der forebyggende hjemmebesøk organiseres under en forebyggende enhet i kommunen.

Nå jobber vi videre med helsetjenesteforskning og er interessert i å se nærmere på sykepleierrollen og sykepleieres samarbeid med andre i helsefremmende og forebyggende arbeid. ●



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:
Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg?



BEKREFTA OG ANERKJENDE: På sjukehuset opplevde kvinnene trøyst når sjukepleieren eller legen kjende dei att. Illustrasjonsfoto: Robert Kneschke / Mostphotos



FORFATTERE

Sigrund Breistig
Sjukepleiar og høgskulelektor,
Høgskulen på Vestlandet,
Stord

Benny Huser
Sjukepleiar og høgskulelektor,
Høgskulen på Vestlandet,
Stord

NØKKELORD

- ▶ Eksistensiell omsorg
- ▶ Trøst
- ▶ Håp
- ▶ Eggstokkreft
- ▶ Fenomenologisk hermeneutikk

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.78182

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Kvinner med residiverande eggstokkreft lever eit liv med mykje eksistensiell lidning. Det finst lite konkret kunnskap om kva sjukepleieren som møter kvinnene, kan gjere for å lindre den eksistensielle lidinga.

Føremål: Føremålet med denne studien er å finne kva som kan gi trøyst for kvinner med residiverande eggstokkreft, og kva sjukepleieren kan gjere for å trøyste.

Metode: Metoden som er nytta, er ein kvalitativ metode med hermeneutisk tekstanalyse. Studien er basert på djupneintervju med fem kvinner, etter at dei har skrivne dagbok i tre veker.

Resultat: Fire hovudtema som gav trøyst, var framtidshåp, å bli kjend att, ektefølt nærvær og å beskytte seg sjølv. Sterkast av alt var framtidshåpet, håpet om å få leve lenger, bli frisk og framleis bety noko for andre. Å bli kjend att handlar om det å bli sett og hugsa av helsepersonell og at livet har ein verdi. Ektefølt nærvær er helsepersonell og medmenneske som gir trøyst ved å vere ekte og ærlege, på godt og vondt. Å beskytte seg sjølv er ein meistringsstrategi der ein unngår andre sjuke som kan minne ein om kor alvorleg sjukdommen er.

Konklusjon: Gjennom dagbokskriving og djupneintervju har kvinner med residiverande eggstokkreft fortalt ope og reflektert om kva som gir dei trøyst. Funna viser at den medmenneskelege relasjonen er avgjerande for at ein skal finne mening og verdi i livet. Studien gir implikasjonar for praksis: Pasientar kjenner seg trygge når personellet på avdelingane kjenner dei igjen. Kunnskapen om rolla ein spelar som helsepersonell, at ein er ekte og ærleg, og at ein har kunnskap om korleis ein kommuniserer, betyr mykje. Den du er som sjukepleiar, kan gi trøyst. Framtidige studiar bør sjå nærare på eksistensiell trøyst og korleis ein kan arbeide med dette i sjukepleiarutdanninga.

Helsepersonell som kjelde til trøyst ved tilbakevendande eggstokkreft

Kvinner med residiverande eggstokkreft hentar trøyst i håpet om å bli frisk for å halde ut i sjukdommen. Korleis kan sjukepleiaren trøyste dei?



I 2015 vart det registrert 520 nye tilfelle av kreft i eggstokkar, i bukhinne og peritonealt i Noreg. Syttifem prosent var i eit langt-komme stadium ved diagnostisering. Median alder ved invasiv kreft var 65 år (1). Sjukdommen blir då kalla avansert, og 85–90 prosent vil få residiv før eller sidan. Etter residiv er median overleving 12–24 månadar (2).

Angst og eksistensiell smerte er sterkt til stades hjå kvinnene (3–9), og redsle for å døy er tungt til stades (10, 11). Nær ein tredjedel av kvinnene som fryktar døden, opplever tap av håp når livet går mot slutten (8). Når livet blir truga, oppstår det ei eksistensiell lidning og redsle (12). Eksistensielle spørsmål melder seg: «Kva er verdien av livet, kva er meininga med livet mitt, kven er glad i meg, og korleis handterer eg det at eg skal døy?» (13)

Tidlegare forskning

Etter at kvinner har fått residiv, kan ein gi behandling med livsforlengjande cellegift som blir gitt poliklinisk ved onkologiske dageiningar (1). I ein tidlegare norsk studie utført av Hjulstad og Ranestad fortel kvinnene som er ramma av eggstokkreft, at dei følte seg som andrerangs pasientar i møte med helsetenesta då dei ikkje vart friske, slik at dei ikkje lenger er like viktige (6).

Ein annan studie viser at pasientane håpar på kurasjon, men sjukepleiaren vegrar seg for å gi håp ettersom ho kjenner til den dårlege prognosen. Ifølgje forskinga er dette årsaka til at omsorgsrelasjonen mellom pleiar og pasient endrar seg etter at kvinner har fått residiv (4).

Føremålet med studien

Forskning viser at trøyst og støtte kan snu kjensla desse kvinnene har av å ha ein dødsdom, om til livskvalitet (5). Trøyst og støtte har også vist ein korrelasjon til forlengt overleving og høgare livskvalitet (11, 9). I denne studien blir trøyst forstått ut frå omskrivinga til Katie Eriksson, som seier at trøyst er å røre ved den inste lengselen til mennesket og attvinne ein appetitt på livet, slik at livet trass alt har ei mening (14).

Åsa Roxberg, som har forska på trøyst, skriv at det ikkje er nokon faset på kva trøyst er, eller korleis ein skal gi trøyst (15). Går det då an å vite korleis ein skal trøyste kvinnene? Føremålet med studien er å få auka kunnskap om kva som er trøyst for kvinner med residiverande eggstokkreft, og kva sjukepleiaren kan gjere for å trøyste dei.

METODE

Design

Studien er kvalitativ og har ei fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Datasamlingsmetodane er dagbokskriving og individuelle oppfølgingsintervju. Kvinnene som er med i studien, vart rekrutterte ved kvinneklinikken ved to ulike sjukehus i Sør-Noreg og Gynkreftforeningen. Førsteforfattaren gjennomførte studien saman med andreforfattaren, som fungerte som rettleiar.

Utval

Åtte etnisk norske kvinner i alderen 49–82 år deltok i studien. Inklusjonskriteriet var at kvinna hadde fått residiv av eggstokkreft anten éin eller fleire gonger. Alle kvinnene har skrive

dagbok, og fem har delteke i intervju etterpå. I tillegg var det fire kvinner til som melde interesse, men trekte seg grunna sjukdomsforverring.

Etikk

Studien er godkjend av Regional etisk komité sørvest (referansenummer 2017/658), og forskingsavdelinga ved dei to regionale sjukehusa har godkjent studien for intern rekruttering. Rekrutteringa er utført av sjukepleiarar ved sjukehusa. Gjennom Gynkreftforeningen har kvinnene meldt seg sjølve etter informasjon på nettsidene til foreininga og informasjon frå leiarar på eit lokallagsmøte. Kvinnene i studien har fått skriftleg og munnleg informasjon og har signert informert samtykke.

Datasamling

Dataa vart samla frå september 2017 til april 2018 gjennom intervju, etter at kvinna hadde skrive dagbok i tre veker. Kvinnene fekk utlevert ei dagbok som var designa for studien, ved rekruttering. I dagboka vart kvinnene bedne om å notere opplevingar som gav dei ei kjensle av å bli trøysta – av lindring av den eksistensielle lidninga deira. Dei vart også bedne om å skrive om dei var på sjukehuset eller heime, og kven og kva som gav dei trøyst. Det var opp til kvinnene kor mykje og kor ofte dei ville skrive.

Intervjua vart utførte omtrent ei veke etter at dagbokskrivinga var fullført. Tekstane i dagboka gav ikkje konkret informasjon om kva som var trøyst, men var grunnlaget for å danne eit godt intervju. Eit døme er at kvinna skriv: «I dag møtte jeg en omsorgsfull



sykepleier, hun trøstet meg.» Denne teksten genererte spørsmål til intervjuet, som: «Fortel om sjukepleiearen som trøysta deg. Kva var det ho gjorde eller sa som gjorde at du kjende deg trøysta?»

Fleire av informantane kunne seie i intervjuet at «når eg ser tilbake på det eg skriv, ser eg at [...]». Desse utsegnene vitnar om at kvinna har vore i ein refleksjonsprosess. Kvart intervju varte i 40–120 minutt og skjedde anten heime hjå kvinna eller over telefon, etter informantens sitt ønske. Dei transkriberte intervju, som utgjer rundt 50 sider tekst, er datamaterialet i studien.

Analyse

Systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud, er nytta for å analysere data (16). Analysen starta med gjennomlesing av tekstane. Dette resulterte i eit heilskapleg inntrykk, som igjen førte til ulike tema. Teksten vart koda utifrå tema, og meiningsberande avsnitt vart samla. Herifrå vart tekstane kondenserte i kunstige eg-sitat som saman danna fleire undertema, som igjen gav fire hovudtema. Eit eksempel på analysen av temaet «å bli kjend att» er teke med i tabell 1.

RESULTAT

Funna i studien er kategoriserte i fire tema. Desse er framtidshåp, å bli kjend att, ektefølt nærvær og å beskytte seg sjølv. Felles for alle temaa er at i kvart

og eitt spelar relasjonen til andre menneske ei berande rolle for at dei skal vere trøystande.

Framtidshåp

Kvinnene som vart intervju, er fullstendig klar over at dei har ein sjukdom dei ikkje kan bli friske frå. Legen har fortalt at kreften vil komme tilbake eller forverre seg. Likevel er den sterkeste trøysta den som gir håp om å bli



«Lovord og tru frå andre gjorde at håpet vart ei trøyst for kvinnene.»

frisk og å leve lenger. Ei kvinne sa det slik:

«Trøyst er at det framleis er noko å gjere, at legen trur at dette skal gå bra, at dette skal eg klare. Sjølvsaugt kan ting skje, men det veit vi jo ingenting om.» Ei anna kvinne fann trøyst i Gud: «Trua på Gud gir meg aller mest trøyst. Det kan hende at eg dør, men det kan òg hende at eg lever vidare. Eg trur på mirakel.» Håp blir også knytt til å vere heldig. «På nyheitene var det ei jente som var oppgitt av legane, men som overlevde kreften. Kanskje er eg like heldig?»

Anten det er lege, sjukepleiarar, venner eller familie, så er det dei som kan formidle, bekrefte og dele trua på framtida, som blir dei beste trøystarane.

Framtidshåpet inkluderer å framleis kunne vere i live, å bety noko for andre og å kunne utrette noko meiningsfullt. Lovord og tru frå andre gjorde at håpet vart ei trøyst for kvinnene: «Den eine legen sa at det ikkje er mange som lever så lenge som eg har gjort med sjukdommen, og for meg er det ei stadfesting på at Gud er til stades og har gjort omvegar med sjukdommen min.»

Fleire av kvinnene la vekt på at «når andre ønskjer at du skal leve, då er livet ditt verdifullt», og dei kjende seg trygge på at det «er ikkje slutt enno», dersom legen kunne formidle at anna behandling fanst.

Ektefølt nærvær

Den gode trøystaren har dei eigenskapane at dei er ekte og nære, fortel kvinnene i studien. Å vere ekte var knytt opp mot å vere ærleg, å vere seg sjølv og å ville personen vel. Familie og venner som bar trøyst med seg, var nære når ein ikkje trong skjule noko eller pynte på sanninga.

Det viser seg hjå alle informantane at det er den ekteføyte nærleiken som gjer at ein kan hente trøyst frå medmenneske. «Sjølv alvorleg informasjon frå legen blir trøyst når legen bryr seg», sa ei av kvinnene. Sjukepleiarane som trøysta, vart beskrivne som ekte: «Dei er veldig ærlege. Når dei seier noko oppmuntrande, er det ikkje for at det skal høyrast fint ut, men det stemmer, og dei meiner det.»

Ektefølt nærvær romma også det at ein våga å erkjenne at kvinna var sjuk og å vere til stades. Nokre av informantane fortel om relasjonar som hadde vorte nære då dei vart sjuke: «Etter at eg fortalde at eg var sjuk, er det nokre som er sterkare til stades. Andre har trekt seg tilbake fordi dei ikkje handterer at eg skal døy, trur eg.»

Å bli kjend att

Å bli kjend att viser til møte med helsepersoneell. Når kvinnene vart kjend att, vart dei bekrefte og anerkjendte. Det gav dei ei kjensle av å bety noko – å ha ein verdi som var større enn det som sjukdommen kan romme. I det kvinna blir sett, blir også livet bekrefte. På sjukehuset opplevde kvinnene

Tabell 1. Eksempel på analyse av temaet «Å bli kjend att»

Kondensert sitat	Undertema	Tema
«Et år etter at eg opererte for første gong, feier eg at det er det same personalet eg treffer på. Dei kjenner meg igjen og viser at dei bryr seg og hugsar meg. Det er ei kjensle av å bli sett – då kjenner eg meg trygg.» Informant nr. 5.	Å bli sett Å bli hugsa Tryggleik Anerkjenning Menneske som bryr seg om deg Bli teken vare på	Å bli kjend att
«Eg blir sett som person, ikkje pasient, meir som medmenneske, eg er meir enn berre sjukdommen min.» Informant nr. 12.	Verdighet Å bli sett Å bli sett Anerkjenning Bekreftelse	Å bli kjend att
«Eg er ikkje berre eit nummer på lista. Og dei er berre for å hjelpe akkurat meg.» Informant nr. 8.	Verdighet Anerkjenning Tryggleik Bli teken vare på	Å bli kjend att

trøyst når sjukepleiaren eller legen kjende dei att.

Ei av kvinnene sa det slik: «Eg blir møtt som person, ikkje pasient, meir som medmenneske. Eg er meir enn berre sjukdommen min.» Ei anna fortalde at «eg er ikkje berre eit nummer på lista. Og dei er her for å hjelpe akkurat meg».

Når ein blir kjend att, blir ein sett og møtt, og nokon har ansvar for deg. Helsepersonell som kjende att kvinnene, gav tryggleik om at ein fekk rett behandling, og at ein vart teken vare på. Slik sa ei anna kvinne det: «Eit år etter at eg opererte for første gong, føler eg at det er det same personalet eg treffer på. Dei kjenner meg igjen og viser at dei bryr seg og hugsar meg. Det er ei kjensle av å bli sett – då kjenner eg meg trygg.»

Helsepersonell viste at dei kjende att kvinnene ved å bruke fornamn, spørje om familiemedlemmer og korleis det hadde gått sidan sist. Helsepersonell som kjende ein att, vart til dømes omskrive av kvinnene som «å møte familie og venner».

Å beskytte seg sjølv

Kvinnene var svært bevisste på å halde motet oppe, og dei utvikla strategiar for å verne om eiga sårbarheit. Dette innebar å unngå støttegrupper, vere selektive med kven dei ville ha med å gjere, og kven dei omgjekk når dei var på cellegift. Å høyre om smerta til andre kreftsjuke var assosiert med auka eksistensiell lidning.

Ei kvinne fortalde dette: «Å vere saman med andre som har kreft, trur eg minner deg på kor alvorleg sjukdommen er. Å gå inn i Alvoret er ikkje alltid så bra, for då blir det for vanskelig – då orkar du kanskje ikkje stå opp eingong». At lidninga til andre pasientar tærte på kreftene hjå dei sjølve, snakka fleire kvinner om: «Eg kan godt stå i det og sjå andre sjuke, men eg veit at det gjer meg ikkje godt. Det er ikkje ein vond draum eg kan vakne opp av – eg er i han heile tida.»

Sjølv om dei fleste kvinnene ikkje hadde vore med i støttegrupper, bar dei med seg ei felles forståing om at temaet i gruppene var «død og

elendigheit», noko ei kvinne uttrykte slik: «Det er ein stor slitasje å høyre på andre som fortel kor sjuke dei er.» Å møte andre i same sjukdom vart assosiert med å dyrke sjukdommen framfor å vere i livet.

DISKUSJON

Kvinner med residiverande eggstokkreft har dårleg prognose, og dette fører til ei eksistensiell lidning. For å

.....

«Å høyre om smerta til andre kreftsjuke var assosiert med auka eksistensiell lidning.»

halde ut i sjukdommen hentar kvinnene trøyst i håpet om å bli frisk, søker trøyst hjå menneske som er ekte, og vernar om eiga sårbarheit ved å unngå andre kreftsjuke. Kva kan sjukepleiaren gjere for å trøyste kvinna?

Er framtidshåpet falskt håp?

Å gi framtidshåp er trøyst som viser seg å kunne lindre eksistensiell lidning. I funna oppstår det ei utfordring. Kvinnene ønskjer at ein skal vere ærleg og ekte; det som blir formidla, må vere sant. Når trøysta ikkje er ekte, gir ho heller ikkje trøyst, seier Roxberg (17). Akkurat dette fortel også kvinnene i studien. Likeins skal det som gir trøyst, gi håp om å bli frisk og leve lenger. Om ein ser på prognosar og statistikk, veit ein at prognosane for å leve lenge og bli frisk ikkje er så altfor gode.

Kvinnene i denne studien var tydelege på at dei var kjende med den dårlege prognosen, men håpa likevel å vere av dei få som kunne leve med sjukdommen, anten gjennom mirakel, utprøving av nye behandlingar eller at dei var heldige. Sjukepleiarane, legane og andre som kunne gi eller tru på dette håpet, gav trøyst. Tidlegare studiar har vist at sjukepleiarar vegrar seg for å gi håp, ettersom dei kjenner til den dårlege prognosen til pasienten (4).

Er det greitt å byggje opp under framtidshåpet sjølv om det med stort sannsyn kan vere eit falskt håp? Studiar som er gjorde tidlegare, viser at kvinner som var optimistiske og fekk mykje trøyst, levde lenger (11). Kvinnene i studien opplevde også at dei vart styrkte til å gå inn i livet når dei fekk trøyst som tilsa at dei kunne vere optimistiske. Dei blir trøysta fordi helsepersonell gir dei håp i form av trua på å få leve lenger og at dei skal respondere godt på behandlinga. Dette gjer at dei kan meistre å leve i livet framfor i sjukdommen. Det må leggjast til at kvinnene var heilt og fullt klar over Alvoret sjukdommen medfører.

Helsepersonell som trur at behandlinga vil verke, og som deler håpet om å få leve lenger, gir trøyst. Funnet kan sameinast med tidlegare forskning som viser at når helsepersonell omtalte sjukdommen som ein kronisk sjukdom, vart kvinnene optimistiske, mens når personalet kommuniserte at dei forventet eit tilbakefall av sjukdommen, vart kvinnene meir engstelige (5). Dette fortel oss at ved å vere bevisst på korleis ein kommuniserer, kan helsepersonell bidra til å gi håp om å leve lenger heller enn at pasienten opplever å vere dødsdømd.

Sjukepleiaren som kjelde til trøyst

Håpet om å bli frisk er den største trøysta for kvinnene, men som helsepersonell er det å vise at ein kjenner igjen kvinna, den trøystande handlinga som ein lettast kan gjennomføre i praksis. Alle kvinnene i studien formidla at det var trøyst å bli gjenkjent når ein møtte helsepersonell, og det var først når ein hadde vorte alvorleg sjuk at det å bli kjend att hadde så stor verdi.

Sett i eit perspektiv der den eksistensielle lidninga handlar om angst for døden og spørsmål om meininga med livet (8), kan då verkeleg ei så enkel handling som det å kjenne att pasienten lindre den eksistensielle lidninga? Den krafta attkjenning har på kjenslelivet til kvinnene, kan vere knytt til at dei opplever seg verdifulle. Det å anerkjenne og bekrefte eit menneske gir i seg sjølv



verdighet, skriv Kari Thorkildsen (18). Kvinna er verdt noko, og livet hennar har ei meining.

Dette gjer også at det å kjenne igjen overlappar med funnet om framtidshåpet som var knytt til at andre menneske ønskte at ein skulle leve, at andre menneske syntest at ein var verdifull. Dermed ligg kjernen av trøysta i verdighet. Gjennom å kjenne att kvinna gir sjukepleiaren kvinna verdighet. Dette er ei trøyst som lindrar den eksistensielle lidinga. Men kan alle trøyste?

Kvinnene i studien er tydelege på at den som skal trøyste, må vere ekte og ærleg. Dei vil ha trøyst av menneske som har trua på dei, og som meiner det dei seier (5). Filosof og teolog Løgstrup seier at når ein handlar etter fordringa om å lindre den andre si lidning, krev det at sanninga er med. Då

må ein vere ærleg på godt og vondt. Utan sanninga vil offeret ein gjer som trøystar, bli til smiger, som vil bli oppfatta som falsk (19).

Dermed kan sjukepleiaren gi trøyst som er relatert til verdigheita til kvinna, ikkje til håpet. Sjukepleiaren som tek imot heile kvinna som den ho er, som meir enn berre diagnosen, gir også trøyst.

Støttegrupper – trøyst eller trugsmål?

Vår studie viser at dei venninnene som gav kvinna ekte omtanke, vart nærare enn før sjukdommen. Dette samsvarer med Arman og Rehnsfeldt (20), som seier at kvinner søker meir støtte hjå kvarandre og difor opplever å komme styrkte ut av krisa. Støttegrupper som er initierte av helsepersonell, er tufta på tanken om at

personer i liknande sjukdomssituasjonar kan finne vokster og støtte hjå kvarandre.

Hjulstad og Rannestad (6) fann at kvinner med residiverande eggstokkreft har behov for å snakke med andre om situasjonen. Våre funn viser derimot at kvinnene bevisst unngår støttegrupper fordi dei fryktar å møte alvorret i sjukdommen, sjølv om dei aldri har vore med i gruppene. Frykta dei har, kan sjåast på som ein strategi for å mestre sjukdommen, men samstundes kan kvinnene gå glipp av trøyst og støtte. Temaet gir implikasjonar for vidare forskning.

Metodiske betraktningar

Designet av studien med dagbokskrivning før individuelle intervju har gitt intervju av høg kvalitet. Sjølv om tallet på informantar er avgrensa til fem



«Gjennom å kjenne att kvinna gir sjukepleiaren kvinna verdighet.»



kvinner, har refleksjonane og intervjuar til kvinnene gitt stor informasjonsrikdom. Kvinnene gav uttrykk for at dei kunne fortelje slike historier til forskaren, men ikkje til helsepersonalet. Dermed har den valde metoden ført til at kvinnene viste tillit i møte med forskaren ved å fortelje ope om kva som gir dei trøyst.

KONKLUSJON

Studien viser at den du er som sjukepleiar, kan vere avgjerande for om pasienten opplever trøyst eller lidning. Helsepersonell kan gi trøyst gjennom å vise at dei kjenner att kvinna. Trøystande ord og handlingar er først trøyst når trøystaren er ekte og ærleg. Kvinna søker sjølv trøyst i håpet om å bli frisk. For å verne seg sjølv frå alvorret i sjukdommen vil kvinna samstundes unngå etablerte støttegrupper for andre eller for kvinner med kreft.

Implikasjon for praksis

I praksis er det ei kjensgjerning at den kreftsjuke har mange ulike menneske rundt seg på sjukehuset. Kvinner med residiverande eggstokkreft treng eit nettverk av gode støttespelarar som inkluderer helsepersonell i tillegg til familie og vener. Det kan la seg gjere ved å organisere praksis slik at kvar kreftpasient har eit team av faste sjukepleiarar og legar rundt seg. Då kan ho bli kjend att og oppleve trøyst i den eksistensielle lidinga. For kvinner utan nær familie eller med få vener er nærleiken til helsepersonellet endå viktigare – fordi ho treng medmenneske som er der for henne, og som ser henne.

Vidare studiar bør undersøke korleis ein kan arbeide med trøyst i sjukepleiarutdanninga for å ruste sjukepleiarar



«Våre funn viser at kvinnene bevisst unngår støttegrupper fordi dei fryktar å møte alvorret i sjukdommen.»

til å gi eksistensiell lindring. Vidare studiar bør også forske nærare på støttande nettverk for pasientgrupper. ●

REFERANSER

1. Kreftregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. Årsrapport 2015. Tilgjengeleg frå: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2016/arsrapport-2015-gynekologisk-kreft.pdf> (nedlasta 14.03.2017).
2. Szczesny W, Vistad I, Kaern J, Nakling J, Tropé C, Paulsen T. Impact of hospital type and treatment on long-term survival among patients with FIGO Stage IIIC epithelial ovarian cancer: follow-up through two recurrences and three treatment lines in search for predictors for survival. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2016;37(3):305–11. PMID: 27352555
3. DellaRipa J, Conlon A, Lyon DE, Ameringer A, Kelly DL, Menzies V. Perceptions of distress in women with ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2015;42(3).
4. Howell D, Fitch M, Deane KA. Women's experiences with recurrent ovarian cancer. *Cancer Nursing*. 2003 februar;26(1):10–7.
5. Reb A. Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007 november;34(6): s. E70–81.
6. Hjulstad H, Rannestad T. Har pasienter med tilbakefall av underlivskreft nytte av psykososial støttegruppe? *Sykepleien Forskning*. 2011;6(4):348–56. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0186
7. Belcher SM, Sereika SM, Mattos MK, Hagan TL, Donovan HS. Comparison of symptoms and quality of life in recurrent ovarian cancer by rural/urban residence: Ancillary analysis of GOG-0259. *Journal of Clinical Oncology*. 2017;35:15_suppl. e18083–e18083. DOI: 10.1200/JCO.2017.35.15_suppl.e18083
8. Shinn E H, Taylor C L, Kilgore K, Valentine A, Bodurka D C, Kavanagh J, et al. Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. *Palliation Support Care*. 2009 september;7(3):299–306. DOI: 10.1017/S1478951509990228
9. Hwang K-H, Cho O-H, Yoo Y-S. Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016;21(5):215–22. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.10.007

10. Vehling S, Malfitano C, Shnall J. A concept map of death-related anxieties in patients with advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2017;7(4):427–34. DOI: 10.1136/bmjspcare-2016-001287
11. Lutgendorf S K, De Geest K, Bender D, Ahmed A, Goodheart MJ, Dahmouh L, et al. Social influences on clinical outcomes of patients with ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2012 august 10;30(23):2885–90. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.4411
12. Kreftforeningen. Smerte. Tilgjengeleg frå: [https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/smerte/\(nedlasta 30.03.2017\)](https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/smerte/(nedlasta 30.03.2017)).
13. Kristoffersen NJ, Breivne G. Lidelse, håp og livsmot. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F og Skaug E-A, red. Grunnleggende sykepleie. Bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2007.
14. Eriksson K. Det lidende menneske. København: Munksgaard Danmark; 2010.
15. Roxberg Å. Trøst. I: Gustin L, Bergblom I, red. Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 437–48.
16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
17. Roxberg Å. Om trøst och att trösta. Michael (Tidsskrift for Det norske Medicinske Selskab). 2010;7(2):282–6. Tilgjengeleg frå: <http://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2010/2-282-6.pdf> (nedlasta 24.05.2017).
18. Thorkildsen KM. Kjærlighetens vesen i møte med lidelse. (Doktoravhandling.) Åbo: Åbo Akademi. Tilgjengeleg frå: https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/143901/thorkildsen_kari_marie.pdf?sequence=2;2017 (nedlasta 11.09.2017).
19. Løgstrup KE. Den etiske fordring. 4. utg. Århus: Forlaget Klim; 2012.
20. Arman M, Rehnfeldt A. DEF: Det existentielle förbandet: existentiellt omhändertagande efter katastrof. Stockholm: Liber; 2012.



Mer forskning?

På sykepleien.no finner du fagfelleverderte, sykepleierelevante forskningsartikler.

sykepleien.no/forskning



HOVEDBUDSKAP:

Skal man være rustet for fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester, må brukere involveres tidligere i prosessen med å utvikle velferdsteknologiske løsninger. Et tverrprofesjonelt samarbeid preget av delingskultur vil være avgjørende for å lykkes med å iverksette velferdsteknologi som en del av helse- og omsorgstjenestene.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2020.80600

NØKKELOD:

► Velferdsteknologi ► Videokommunikasjon ► Simulering ► Brukerinvolvering ► Tverrprofesjonelt

Hva synes eldre om å bruke videokommunikasjon?

Foretrekker eldre å bruke pc, mobil eller nettbrett? Vi lot 30 eldre teste teknologi som kan gjøre livet lettere og tryggere for dem.

I dagens samfunn blir det tatt i bruk nye og forenklete velferdsteknologiske løsninger i helse- og omsorgstjenestene. I tilfeller der vi tidligere måtte møte opp fysisk, kan vi nå få utrette det vi ønsker via nettbaserte tjenester fra hvor som helst i verden. Et spørsmål på bakgrunn av dette er om helse- og omsorgstjenestene er rustet for å imøtekomme morgendagens behov?

Behovet for velferdsteknologiske løsninger som kan gi mer frihet og trygghet for brukerne, har meldt seg. Det å få muligheten til å være selvstendig og mestre egen hverdag er et behov som står høyt for de fleste. Det å bli møtt med respekt og verdighet er av stor betydning, og at hjelpen er der når man behøver den (1, 2).

HVA ER VELFERDSTEKNOLOGI?

I en NOU fra 2011 defineres velferdsteknologi slik: «Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.» (3)

I årene frem mot 2030 vil en stor andel eldre mennesker ha kroniske og sammensatte lidelser. Aldersgruppen fra 60 år og oppover blir større, og det er også i denne perioden av

FORFATTERE



Nancy Walderhaug
Universitetslektor, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund



Arne Styve
Universitetslektor, Institutt for IKT og realfag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund



Sven Inge Molnes
Førstelektor, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund

livet det er en økning av kronisk sykdom og komorbiditet (4). Det er derfor nødvendig at både brukerne og pårørende blir mer involvert i å utforme tjenesten, og man må jobbe tverrprofesjonelt for å skape fremtidens løsninger gjennom samhandling.

HVA ER EN SMARTBY?

Flere norske byer og kommuner arbeider med prosjekter innenfor rammen av det som kalles «smarte byer» eller «smarte kommuner». Kommunal- og moderniseringsdepartementet definerer en smartby som en by som «bruker digital teknologi til å gjøre byene til bedre steder å leve, bo og arbeide i. Smartby-initiativer har som mål å forbedre offentlige tjenester og innbyggernes livskvalitet, utnytte felles ressurser optimalt, øke byens produktivitet, og å redusere klima- og miljøproblemer i byene». (5)

FN Smart City Lab Ålesund ble benyttet for å teste velferdsteknologiske løsninger. Framtidslaben er en arena som skal arbeide etter bærekraftsmålene.

I vår studie er vi opptatt av følgende av FNs bærekraftsmål (6):

- Nr. 3: God helse.
- Nr. 9: Innovasjon og infrastruktur.
- Nr. 11: Bærekraftige byer og samfunn.
- Nr. 17: Samarbeid for å nå målene.

HENSikten MED STUDIEN

Vår hensikt med studien var å kartlegge de eldres erfaringer



PÅ NETT: Hele 27,5 prosent av deltakerne synes det er best å bruke nettbrett til videokommunikasjon. Illustrasjonsfoto: Tony Hall/NTNU.

med videokommunikasjon og få innsikt i deres valg av velferdsteknologiske løsninger.

METODE OG UTVALG

Artikkelen bygger på et pågående og et gjennomført prosjekt innen velferdsteknologi ved NTNU i Ålesund. 40 deltakere ble invitert, men 30 deltok. I utgangspunktet ønsket vi deltakere over 67 år. Deltakerne var 16 kvinner og 11 menn i alderen 60–81 år, mens de resterende tre som deltok, ikke krysset av for kjønn og alder. (Se tabell 1 på neste side).

Det ble delt ut et enkelt spørreskjema med seks lukkede spørsmål og et åpent spørsmål. Vi benyttet en Likert-skala med ulike svaralternativer på de seks spørsmålene. Det ble gjennomført en frekvensanalyse ved hjelp av SPSS.

I tabell 2 vises spørsmål og funn. Når det gjelder det åpne spørsmålet der deltakerne hadde mulighet til å komme med kommentarer, har vi oppsummert data i kategorier.

VI SIMULERTE EN BOSITUASJON

For å kartlegge bruken av velferdsteknologiske løsninger ble fire ulike rom rigget for å simulere en bosituasjon med hjemlige møbler som sofa, stoler, bord og planter. Målet med simulering er å etterlikne en virkelig situasjon (7).

Rommene inneholdt følgende enheter: 1) nettbrett (standard), 2) mobiltelefon (standard smarttelefon), 3) 65 tomers tv og 4) 17 tomers pc. Alle enhetene var koplet opp mot Skype, og enhetene var klare til at deltakerne kunne kommunisere på dem.

Alle deltakerne (n = 30) fikk delta i simuleringen. Hver

deltaker ble fulgt rundt, og startet på et rom før de gikk videre til neste. Det ble lagt opp til at de fire kommuniserte samtidig med hverandre på hver stasjon, fra fem til ti minutter.

I etterkant av simuleringen var det gode diskusjoner og mulighet for å stille spørsmål om teknologi. En student fra IKT og realfag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Ålesund, var behjelpelig. Deltakerne tilbrakte cirka to timer ved FN Smart City Lab Ålesund.

HVORDAN BLE DELTAKERNE REKRUTTERET?

Studien ble gjennomført etter retningslinjene for General Data Protection Regulation (GDPR) (8). Deltakerne ble rekruttert av prosjektsamarbeidende parter, som ALV-Møre og Romsdal, Ålesund kommune og Norges teknisk-

«Man må jobbe tverrprofesjonelt for å skape fremtidens løsninger.»

naturvitenskapelige universitet i Ålesund. Deltakerne kom frivillig, fikk informasjon om deltakelsen i prosjektet, og de hadde muligheten til å trekke seg om de ønsket det. Datamaterialet som er innhentet gjennom spørreskjema, er anonymt.

HVILKEN PLATTFORM LIKER DE BEST Å BRUKE?

Resultatene i vår studie viser at på spørsmål 1 var 50 prosent av de eldre middels fornøyd med sine tekniske brukererfaringer, mens 33,3 prosent mente de hadde god erfaring. Bare 2 prosent mente de hadde liten brukererfaring.

På spørsmål 2, som omhandlet hvilke plattformer de eldre foretrakk etter simulering i FN Smart City Lab, var

FAKTA

Smart City Lab i Ålesund

Ålesund har fått utfordringen med å bli verdens andre lab for utvikling av smarte og bærekraftige byer. I laben skal partnerne finne smarte løsninger for å gi folk bærekraftig livskvalitet.

Kilde: nyealesund.no

det ganske jevnt. 35 prosent foretrakk en fysisk datamaskin (pc), mens 32,5 prosent ønsket å benytte tv-skjerm ved videokommunikasjon.

27,5 prosent av deltakerne likte best nettbrett, mens kun 5 prosent foretrakk å kommunisere på mobiltelefonen.

HVA SYNES ELDRE OM VIDEOKOMMUNIKASJON?

Når det gjelder spørsmål 3 som så på opplevelsen av videokommunikasjon, så svarte 60 prosent av de eldre at de synes det var spennende å bli bedre kjent med mulighetene som finnes.

10 prosent fant videokommunikasjon utfordrende. 6,7 prosent av deltakerne syntes det var interessant, mens 3,3 prosent fant det praktisk. 10 prosent av deltakerne mente at opplevelsen av videokommunikasjon var grei, mens 3,3 prosent opplevde at det ikke var bra.

De tre siste spørsmålene omhandlet bruk av videokommunikasjon for å kommunisere på ulike arenaer. De eldre var enstemmig (100 prosent) i at enhetene deltakerne fikk prøve under simuleringen, kan anvendes for å snakke med andre, men når det gjaldt kontakt med lege, mente 83,3 prosent at tekniske løsninger kunne benyttes, mens 6,7 prosent ikke ønsket det.

De resterende 10 prosentene svarte både ja og nei på spørsmålet om videokommunikasjon var bra å bruke. Når det gjelder kommunikasjon med det offentlige var 90 prosent klare for dette, mens 10 prosent mente at dette ikke var en arena for videokommunikasjon.

DELTAKERNE VAR FORNØYD MED DAGEN

De åpne kommentarene fra deltakerne viste at de var fornøyd med dagen i FN Smart City Lab. Dagen skapte nysgjerrighet, engasjement og tid for refleksjon. Flere nevnte at man må sette mer søkelys på hvordan man sikrer at lyd og bilde er tilfredsstillende, mens andre ikke så at det var et problem, dersom de fikk god brukerstøtte.

Noen opplevde at det var utfordrende å skulle delta i en samtale der flere personer var involvert, og en mente at det måtte være en ordstyrer. Flere deltakere var inne

på mulighetene videokommunikasjon kunne ha, som for eksempel i møte med lege og det offentlige.

DE VILLE HA PERSONLIG KONTAKT MED LEGEN

De mente at når det gjaldt møte med lege, kunne videokommunikasjon være aktuelt ved korte samtaler angående symptomer, mens i mer krevende situasjoner måtte de ha personlig kontakt.

Deltakerne var noe mer skeptisk til å bruke videokommunikasjon til å ha kontakt med offentlige kontorer, da de var opptatt av at kontakten måtte være trygg, og uten at andre kunne lytte.

Flere deltakere mente at personlig kontakt er å foretrekke, men nettbrett og pc er et godt supplement. De var opptatt av at hjemmesykepleien må skolerer i bruk av elektroniske tjenester, for videokommunikasjon kommer til å bli mer aktuelt å bruke i fremtiden.

DISKUSJON

Studien viser at de fleste eldre er positive, men det er noen som synes teknologien er utfordrende og upersonlig.

Tabell 2. Frekvensanalyse av spørreskjema

Spørsmål	Deltakere n (prosent)	Totalt (n = 30)
1		
Hvilken brukerteknisk erfaring har du?		
God	10 (33,3)	30
Middels	15 (50,0)	
Liten	2 (6,7)	
Ukjent	3 (10,0)	
2		
Etter testing i FN Smart City Lab, hva foretrekker du?		
Tv-skjerm	13 (43,3)	30
Nettbrett	11 (36,7)	
Mobiltelefon	2 (6,7)	
PC	14 (46,7)	
3		
Hvorlen var opplevelsen?		
Spennende	18 (60,0)	30
Utfordrende	7 (23,3)	
Skremmende	0 (0,0)	
Ingen synspunkt	1 (3,3)	
Annert	1 (3,3)	
Praktisk	1 (3,3)	
Interessant	2 (6,7)	
Ikke så bra	1 (3,3)	
DI	1 (3,3)	
4		
Tenker du at slik teknikk kan brukes for å snakke med andre?		
Ja	30 (100,0)	30
Nei	0 (0,0)	
5		
Tenker du at slik teknikk kan brukes for å snakke med lege?		
Ja	25 (83,3)	30
Nei	2 (6,7)	
Ukjent	3 (10,0)	
6		
Tenker du at slik teknikk kan brukes for å snakke med det offentlige?		
Ja	27 (90,0)	30
Nei	3 (10,0)	

Tabell 1. Fordeling av kjønn og alder

	Deltakere n (prosent)	Totalt (n = 30)
Kjønn		
Kvinne	16 (53,3)	30
Menn	11 (36,7)	
Ukjent	3 (10,0)	
Alder		
60-64 år	1 (3,3)	30
65-69 år	4 (13,3)	
70-74 år	6 (20,0)	
75-79 år	12 (40,0)	
80-84 år	4 (13,3)	
Ukjent	3 (10,0)	

FELLES MÅL: Disse folkene har delt kunnskap om velferdsteknologi med hverandre. Fra venstre Arne Styve (NTNU), Stina Lillevik (Ålesund kommune), Nancy Walderhaug (NTNU/Mental Helse) og Cecilie Campbell (ALV-Møre og Romsdal). Foto: Ole-Martin Sæthermoen



Bruken av informasjons- og kommunikasjonsteknologier (IKT) og internett i hjemmet er økende i den eldre befolkningen, vi ser en økende bruk av mobile enheter til internettkommunikasjon. Ifølge Statistisk sentralbyrå (9) har bruk av internett blant aldersgruppen 65–74 år økt fra 61 til 81 prosent de siste fem årene, mens i aldersgruppen 75–79 år har man en økning fra 42 til 68 prosent.

FLERE ELDERE BRUKER PC OG INTERNETT

Videre viser Statistisk sentralbyrå (9) at erfaringer og ferdigheter med pc- og internettbruk har en økning fra 33 til 55 prosent i aldersgruppen 65–74 år, og 12 til 39 prosent i aldersgruppen 75–79 år.

Vår studie viser at de fleste eldre er fornøyd med de tekniske brukererfaringene, kun 2 prosent svarte at de hadde liten erfaring. Dette tyder på at man kan forvente at eldre i årene fremover vil ha økende kunnskap rundt velferdsteknologi, og at kommende generasjoner allerede har kjennskap til teknologien. Noe som støttes av NOU (3), da forholdene i Norge ligger godt til rette for teknologisk innovasjon i helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgstjenestene har et stort utnyttet potensial for å ta i bruk velferdsteknologi som kan gi brukerne større trygghet og bedre mulighet til å klare seg selv i hverdagen (3).

GOD OPPLÆRING ER NØDVENDIG

De eldre i studien simulerte i ulike rom og i trygge omgivelser for å tilegne seg kunnskap, noe som gjør det mulig å kontinuerlig evaluere og justere teknologien sammen med brukerne.

Ifølge Nilsson (10) må brukere få tilstrekkelig med tid til opplæring, og de må få muligheten til å bli kjent med teknologien. God opplæring på riktig nivå er avgjørende for at de kan lære hvordan de best mulig kan anvende teknologien.

TEKNOLOGIEN MÅ VÆRE LETT Å BRUKE

I vår studie kom det frem flere faktorer som er avgjørende for bruk av videokommunikasjon. De eldre er opptatt av brukervennlighet (design) på mobil, nettbrett eller tv, den enkelte brukers teknologiforståelse, etiske utfordringer og tilrettelegging.

Teknologien må være lett å bruke, med enkel utforming, det skal være enkelt å kople seg opp, og som flere påpekte, må lyd og bilde være tilfredsstillende. Dette samsvarer med tidligere studier (11–14) der brukervennlighet og design, har blitt avgjørende for om man anvender teknologien.

Videre kommer det frem utfordringer med å kople seg opp til et nettverk, urealistiske forventninger og at teknologien blir for avansert og uhandterlig. I en studie av Kirchhoff og Berg

«10 prosent fant videokommunikasjon utfordrende.»

(15) viser det seg at de eldre i hovedsak er tilfreds med videokommunikasjon, da de opplever en mestring med å benytte seg av teknologien, at tjenesten er tilrettelagt, man behøver ikke å forlate hjemmet, og man har mulighet til sosialt samvær.

DE FORETREKKER PERSONLIG KONTAKT

Det er fortsatt ansikt-til-ansikt-møter som blir foretrukket av de eldre. I studien kom det frem at de eldre ønsket å benytte videokommunikasjon for å kommunisere med familie og venner, og at de kunne anvende videokommunikasjon til å samtale med lege og det offentlige, men personlig kontakt var å foretrekke.

De mener at nettbrett og pc er et godt supplement, noe som støttes av NOU (3) som sier at velferdsteknologi kun er et supplement som kan bidra til økt selvstendighet for brukeren og styrke kvaliteten på tjenester som allerede gis i dag. Videre hevdes det at velferdsteknologi kan være en medvirkende faktor for å hindre ensomhet og isolasjon (3).

SAMARBEID ER VIKTIG

Videokommunikasjon kan bidra til å styrke tverrprofesjonelt og tverrsektorielt samarbeid og øke tilgjengeligheten innen helse- og omsorgstjenestene. Tverrprofesjonelt samarbeid blir sentralt for å få velferdsteknologiske løsninger til å fungere best mulig, og det kreves samarbeid mellom flere kompetansemiljø (16–17).

I denne studien har det vært av stor betydning å kunne dele

» kunnskap med andre kompetansemiljø. Skal man kunne møte morgendagens behov, må man sammen finne de beste løsningene for brukeren, pårørende og andre involverte. Man må gå fra en-til-en-tankegang, der man tenker mitt og ditt, til å skape nettverk der det er åpenhet og en kultur for deling.

Gjennom et godt samarbeid med ALV-Møre og Romsdal, Ålesund kommune og flere institutter ved NTNU i Ålesund har vi arbeidet for å bygge og dele kunnskap om velferdsteknologi gjennom samskaping mellom brukere, det offentlige, andre samfunnsaktører og academia.

KONKLUSJON

Studien viste at brukere må inkluderes tidlig i prosessen for å sikre best mulig helse- og omsorgstjenester, da de har verdifull kunnskap rundt velferdsteknologiske løsninger.

Brukervennlighet, teknologiforståelse, etiske utfordringer og tilrettelegging er avgjørende faktorer for at de eldre skal anvende teknologi. Når velferdsteknologi skal iverksettes og tas i bruk, er det nødvendig med tverrprofesjonelt samarbeid. ●

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Velferdsteknologi – Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030. Oslo: HelseDirektoratet; 2012. IS–1990.
2. Sletteland N. Helsekommunikasjon og digitale medier. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
3. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
4. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
5. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Smarte byer og kommuner i Norge – en kartlegging. Oslo: Agenda Kaupang; 2019.
6. FN Sambandet. FNs bærekraftsmål. Oslo: FN Sambandet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal> (nedlastet 10.01.2020).
7. Nelson A. Using simulation to design and integrate technology for safer and more efficient practice environments. *Nursing Outlook*. 2003;51(3):27–9.
8. Datatilsynet. Om personopplysningsloven med forordning og når den gjelder. Oslo: Datatilsynet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/lover-og-regler/om-personopplysningsloven-og-nar-den-gjelder/> (nedlastet 10.01.2020).
9. Statistisk sentralbyrå. Bruk av IKT i husholdningene. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/statistikker/ikthus/aar> (nedlastet 23.1.2020).
10. Nilsson C, Ohman M, Söderberg S. Information and communication technology in supporting people with serious chronic illness living at home – an intervention study. *J Telemed Telecare*. 2006;12(4):198–202.
11. Horten K. The use of telecare for people with chronic obstructive pulmonary disease: implications for management. *J Nurs Manag*. 2008;16(2):173–80.
12. Essen A, Conrick M. New e-service development in the homecare sector: Beyond implementing a radical technology. *Int J Med Inform*. 2008;77(10):679–88.
13. Demiris G, Rantz MJ, Aud MA, Marek KD, Tyrer HW, Skubic M, et al. Older adults' attitudes towards and perceptions of «smart home» technologies: a pilot study. *Int J Med Inform*. 2004;29(2):87–94.
14. Demiris G, Oliver DP, Giger J, Subic M, Rantz M. Older adults' privacy considerations for vision-based recognition of eldercare applications. *Technol Health Care*. 2009;17(1):41–8.
15. Kirchoff R, Berg H. En scoping review: Kunnskap om videokommunikasjonsteknologi i lys av hverdags-/telerehabilitering. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(2):174–83. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.57820
16. Moser I. Velferdsteknologi. En ressursbok. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
17. Keitsch M, Sigurjónsson JB. Refleksjoner og veien videre. I: Nakrem S, Sigurjónsson JB, red. Velferdsteknologi i praksis – Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 114–22.

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Nancy Walderhaug

Universitetslektor. Institutt for helsevitenskap, NTNU, Ålesund

Denne fagartikkelen ble publisert på sykepleien.no seks dager etter at universitetet vi jobbet på, stengte ned, og temaet var hvordan eldre ønsker å kommunisere på video.

På grunn av covid-19 er dette temaet nå høyaktuelt, og artikkelen setter søkelyset på hvorvidt eldre ønsker å bruke pc, mobil eller nettbrett. Vi har også stilt spørsmål om hvorvidt de ønsker å bruke videokommunikasjon til å snakke med legen sin. Hvordan kan vi utvikle teknologiske løsninger uten å ta med brukerne på råd?

Denne fagartikkelen gir innsikt i brukernes preferanser og kan derfor gi sykepleieren innblikk i hvordan et utvalg av befolkningens eldre generasjon ønsker å ha det.

En annen viktig dimensjon ved denne artikkelen er hvordan den ble til. Vi hører stadig om teknologi som skal gi smarte byer og smarte kommuner. Det å invitere de eldre rett inn i Smart City Lab for å gjennomføre prosjektet er kanskje noe av det smarteste man kan gjøre, for alt starter med brukeren, og vi er opptatt av at nettopp brukerens stemme skal løftes frem. ●



Skann koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no

FAGARTIKKEL:
Hva synes eldre om å bruke videokommunikasjon?



Illustrasjon: Sissel Vetter

Forsknings ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning



Skann koden og kom rett til Forsknings ABC på sykepleien.no



Sykepleien

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning

Forsknings ABC

Skann koden og kom rett til Forsknings ABC på sykepleien.no



HOVEDBUDSKAP:

Eldre sykehjemsbeboere med mangelfull egenomsorg har behov for å få hjelp til munnstell. Studier viser at sykepleiere ikke prioriterer munnstell i det daglige stellet av beboerne. Noen årsaker til hvorfor denne oppgaven ikke blir prioritert, kan blant annet være sykepleieres holdninger, kompetanse og mangel på tid. Sykepleiere på sykehjem bør sette i gang fagutviklingsprosjekter innen tannhelse for beboere med egenomsorgssvikt.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.78077

NØKKELOD:

► Eldre ► Munn ► Sykehjem ► Tannhelse ► Geriatri

Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave

Eldre sykehjemsbeboere får ikke godt nok munnstell fordi sykepleiere kan synes det er ubehagelig, de har for dårlig tid, mangler kompetanse eller får motstand fra pasientene.

Flovik (1) hevder at utførelse av munnstell hos eldre på institusjon er en nedprioritert sykepleieoppgave. Noen pleiere kan oppfatte det å utføre munnstell som ubehagelig, noe som fører til at munnstellet neglisjeres. Eldrebølgen vil resultere i flere utfordringer for tannhelsen til pasienter på institusjon. Blant annet vil antallet tannproteser stadig bli redusert i og med at flere eldre beholder sine egne tenner eller har tannerstatninger (2, 3).

ALDERSFORANDRINGER I MUNNEN

Ved aldersforandringer endres tennenes struktur og utseende på grunn av for eksempel slitasje, skader og fargestoffer fra mat og drikke (4). De vanligste aldersforandringene som kan oppstå i munnhulen, er misfargede og sprø tenner, tilbaketrukket tannkjøtt, svekkede slimhinner, redusert spyttsekresjon og nedsatt muskelstyrke som kan gi dårlig tygge- og svelgfunksjon.

Disse endringene i kombinasjon med svekket immunforsvar, høyt sukkerforbruk, røyking og bruk av enkelte legemidler, som antibiotika eller glukokortikoider, kan øke infeksjonsfaren (4).

I løpet av noen måneder kan et økt bakterieantall i munnen ødelegge et velfungerende tannsett og danne grunnlag for livstruende tilstander som lungebetennelse, mage-tarm-infeksjoner, hjerte- og karsykdommer

FORFATTERE



Gunvor Svensli
Sykepleier, Ørstaheimen, Ørsta kommune



Amanda Flåskjer
Sykepleier, Intensivavdelingen, Volda sjukehus, Helse Møre og Romsdal



Torill Osvik Ryste
Universitetslektor, Avdeling for helsefag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund



Lindis Helberget
Universitetslektor, Avdeling for helsefag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Ålesund

og blodforgiftning (1). Infeksjoner og smerter i munnen kan forårsake problemer ved spising og drikking, noe som videre kan føre til underernæring og dehydrering hos eldre.

Dårlig munnhygiene kan også ha psykososiale aspekter, der blant annet kommunikasjon spiller en sentral rolle. Ved munntørrhet kan det være vanskelig å snakke, og dårlig ånde kan føre til at andre mennesker holder avstand overfor vedkommende (1).

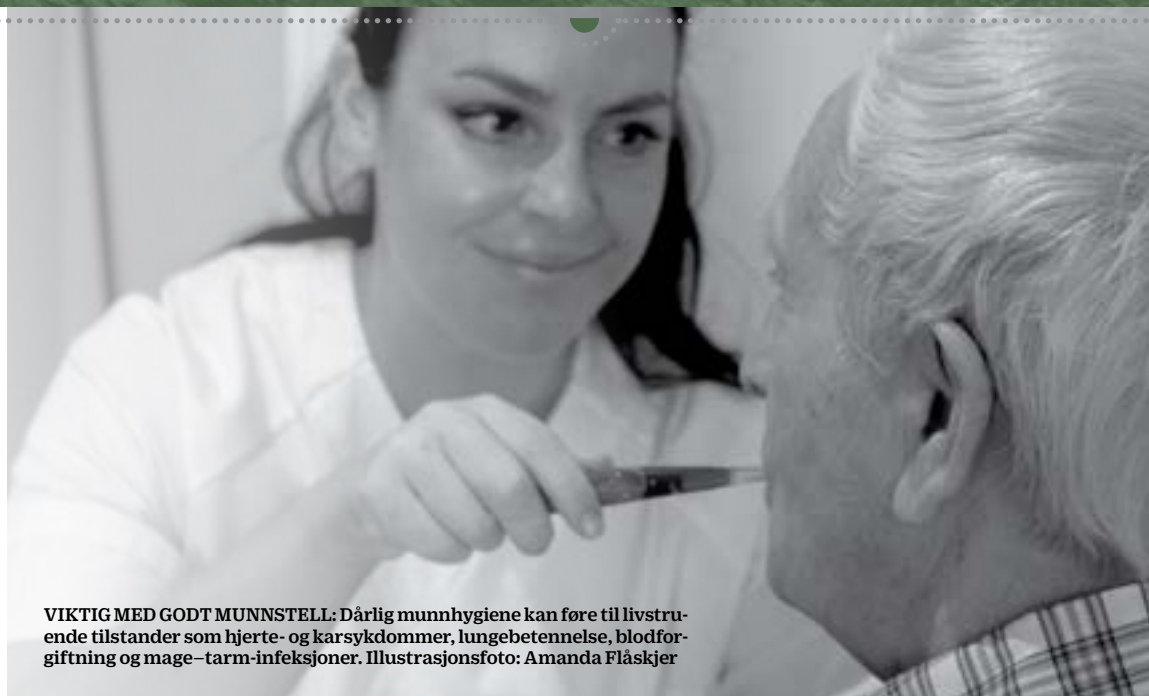
SYKEPLEIERENS NEGATIVE HOLDNINGER

Noen sykepleiere på sykehjem kan ha negative holdninger til det å utføre munnstell fordi det kan oppleves som frastøtende. Disse sykepleierne overlater dermed slike oppgaver til andre i pleiegrup-

«Noen sykepleiere mener at det er avdelingsledernes ansvar å gi klare instruksjoner om munnstell.»

pen. Årsaker til at tannpuss blir sett på som en ubehagelig pleieoppgave, kan være vond lukt eller slim fra pasientens munn (2, 3, 5–9).

I en relasjon mellom en sykepleier og en pasient bør sykepleieren være bevisst på hvilke signaler som formidles gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon, for eksempel ved at sykepleieren har et ansiktsuttrykk som



VIKTIG MED GODT MUNNSTELL: Dårlig munnhygiene kan føre til livstruende tilstander som hjerte- og karsykdommer, lungebetennelse, blodforgiftning og mage- tarm-infeksjoner. Illustrasjonsfoto: Amanda Flåskjer

formidler empati til tross for at munnen hos pasienten ikke er renslig. Det er viktig at sykepleierens handlinger og utsagn samsvarer for at pasienten skal kunne føle trygghet i situasjonen (1).

SYKEPLEIERENS ANSVAR

Sykepleiere på sykehjem har ulik ansvarsfølelse for munnstell. Noen pleiere føler at munnstell er en del av den grunnleggende pleien og omsorgen, og at det er et felles ansvar. Andre mener at det er avdelingsledernes ansvar å gi klare instruksjoner om munnstell. Ledelsen kan være noe usikker på ansvarsområder innen tannhelse hos pasientene, men mener at munnstell er sykepleierens hovedansvar (6, 7).

Henderson (10) har definert hva som er sykepleierens selvstendige ansvarsområder, og hva som betraktes som delegerte ansvarsområder. Sykepleierne har et selvstendig ansvar på alle områder som handler om ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov.

Ifølge «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (11) er sykepleierens fundamentale plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Innenfor grunnleggende pleie anses det som uforsvarlig å unnlate å vise omsorg (12), noe som neglisjert munnhygiene kan være et eksempel på.

HAR SYKEPLEIERE NOK KUNNSKAP?

Forskning viser at sykepleiere ofte har lite innsikt i og kunnskap om at dårlig tannhelse kan få alvorlige, helsemessige konsekvenser for eldre pasienter (2, 3, 5–9, 13). For lite kunnskap kan føre til at pleierne ikke oppdager sykdomstegn i munnen hos pasientene. Mangel på praktisk trening i hvordan munnstell skal utføres, kan også være en viktig årsak til at det blir lavt prioritert blant pleierne. Flertallet av

sykepleierne mener de har tilstrekkelig kunnskap til å praktisere daglig munnhygiene (2, 8, 13).

Derimot er det kun et mindretall av pleierne som er fornøyd med resultatene av det daglige tannstellet som de utfører. Kunnskaps- og kompetansenivået hos sykepleierne om tannhelse viser at det kan være et misforhold mellom kompetansen sykepleierne har, og den praktiske gjennomførin-

«Sykepleierne ønsker mer opplæring i selve utførelsen av munnstell fra tannhelsetjenesten.»

gen av munnstellet. Forskning viser likevel at sykepleierne har mindre kunnskap om årsakssammenhenger og behandling av gingivittproblemer – betennelse i tannkjøttet (2, 3, 5–9, 13).

STORT BEHOV FOR OPPLÆRING

Det er generelt et stort behov for mer opplæring og økt kunnskap innen tannhelse. Flovik (1) hevder at det å ha flere repeterende opplæringsprogrammer kan føre til bedre munnhelse blant eldre sykehjemsbeboere. Sykepleierne ønsker mer opplæring i selve utførelsen av munnstell fra tannhelsetjenesten. Til tross for at sykepleierne fikk opplæring og undervisning fra en tannpleier, var det bare noen eldre som fikk bedre tannhelse (3, 5, 6, 9).

De fleste sykepleiere har fått grunnleggende opplæring i oral hygiene i grunnutdanningen, men likevel viser studier at det ikke gir tilfredsstillende resultater. Det bør derfor innføres mer tannhelserelaterte læringsutbytter i den fremtidige sykepleierutdanningen (1, 2, 7–9, 13).

PASIENTENS AUTONOMI OG INTEGRITET

Flere studier viser at sykepleiere er generelt opptatt av



pasientens autonomi og integritet (2, 3, 5–9, 13). Munnen kan oppfattes som et intimt og sensitivt område. De fleste pleiere mener at pasienter som er avhengige av hjelp, bør få beholde verdigheten sin ved at de selv kan delta aktivt i handlinger og bestemmelser angående deres egen pleie.

All pleie bør være basert på respekt og ivaretagelse av pasientens integritet, men i noen tilfeller kan autonomien til

«Sykepleierne lar ofte være å utføre munnstell på pasientene som motsetter seg hjelp, for ikke å skape unødig uro.»

pasienten bli redusert. Det gjelder spesielt pasienter som er motvillige til å få utført munnstell (2, 3, 5–9, 13).

Sykepleiere kan i enkelte utfordrende pasientsituasjoner oppleve en etisk konflikt mellom ivaretagelse av pasientens autonomi og en form for myk paternalisme (14). Noen sykepleiere kan da forsvare seg med at de ikke ønsker å frata de eldre verdigheten ved å overta ansvaret for munnstellet. I slike tilfeller bør pleierne forklare pasientene hvorfor de behøver assistanse (1).

BRUK AV TVANG

Flertallet av sykepleierne opplever av og til motstand fra noen pasienter. Over halvparten av disse pasientene har en demenslidelse (8). Sykepleierne lar ofte være å utføre munnstell på pasientene som motsetter seg hjelp, for ikke å skape unødig uro (2, 13). Mange pleiere opplever daglig etiske dilemmaer mellom frivillighet og tvang når pasienter ikke samarbeider under munnstellet.

Noen sykepleiere er usikre på om tvang er riktig (2, 13). Ved tvang kan pleierne få dårlig samvittighet, men følelsen kompenseres av den positive effekten for pasienten (3). Kun et mindretall av sykepleierne vurderer å fatte tvangsvedtak for å kunne utføre nødvendig munnstell. Mange sykehjem har som første mål å oppnå en god utførelse av pleie basert på tillitsforhold mellom sykepleiere og pasienter, før et eventuelt tvangsvedtak fattes (8).

ET LEDELSESANSVAR?

Mange pleiere hevder at andre sykepleieoppgaver ofte

får høyere prioritet enn munnstell på grunn av tidsnød og motstand fra pasienten (2, 3, 5–9). En studie (5) viste at sykepleiere hadde ulike meninger om hva som var årsaker til tidspress, slik som redusert bemanning, økt arbeidsbelastning eller nedprioritering fra ledelsen. Selv om en del sykepleiere mener at de har tilstrekkelig tid til å utføre munnstell, viser studier likevel at tannhelsen hos sykehjemsbeboere er for dårlig (2, 5, 13).

Det er generelt mangel på retningslinjer om munnstell til eldre sykehjemsbeboere (2, 3, 5–9). Selv om klare retningslinjer og anbefalinger var implementert, var det kun halvparten av pleierne som fulgte dem (7). Adekvate retningslinjer og munnstellprosedyrer kan være nyttige for sykepleiere slik at de vet hva de må observere og utføre for å forebygge infeksjoner i pasientens munnhule (1).

KONKRETE TILTAK

Praktiske retningslinjer kan utarbeides sammen med en tannpleier. Manglende rutiner kan skyldes svak faglig ledelse og oppfølging samt kommunikasjonssvikt pleierne imellom (9). For å kunne vedlikeholde nye rutiner er

«Munnstell blir ofte ikke diskutert når pleieplaner utarbeides, og dokumentasjon blir nedprioritert.»

det viktig med kontinuerlig oppfølging fra ledelsen, noe som kan signalisere at tannstell oppfattes som en viktig pleieoppgave.

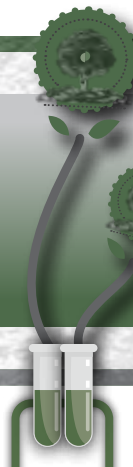
Munnstell blir ofte ikke diskutert når pleieplaner utarbeides, og dokumentasjon blir nedprioritert (2, 3, 6, 9). Gode rutiner for jevnlig observasjon og dokumentasjon av tilstanden i munnhulen vil kunne bidra til bevisstgjøring om at munnstell er en grunnleggende del av stellet (1), og vil også bidra til bedre pasientsikkerhet (15).

Flere studier viser at det er behov for bedre kommunikasjon og samarbeid mellom kolleger og mellom ledelse og pleiere (2, 3, 5–9). Videre kom det frem i studiene at det kan være lite struktur på kontakten mellom sykehjem og tannhelsetjenesten, der pleierne ikke alltid synes det er lett å gjennomføre instruksjoner fra tannhelsepersonellet

Mer fagutvikling?

Få faglig påfyll om sykepleierens funksjoner og ansvarsområder på sykepleien.no.

sykepleien.no/fag



i praksis. Det er også et ønske at sykepleierne kan assistere hverandre i utfordrende pasientsituasjoner (2, 6–8).

OPPSUMMERING OG ANBEFALING FOR PRAKSIS

Sykepleiernes daglige utfordringer innen munnstell hos eldre er sammensatte. En av de største utfordringene er holdninger som skepsis og avsky, motstand fra pasiente-

«For lite kunnskap kan føre til at pleierne ikke oppdager sykdomstegn i munnen hos pasientene.»

ne og tidsnød. Flere sykepleiere synes det er vanskelig å finne en balanse mellom å ivareta pasientens autonomi og bruke paternalisme.

Det er viktig med en bevisstgjøring av holdninger, kompetanseheving blant sykepleiere og innføring av gode rutiner og retningslinjer. Sykepleiere på sykehjem bør sette i gang fagutviklingsprosjekter innen tannhelse. ●

REFERANSER

1. Flovik AM. Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende. Oslo: Akribe; 2005.
2. Forsell M, Sjögren P, Kullberg E, Johansson O, Wedel P, Herbst B, et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *Int J Dent Hyg.* 2011;9(3):199–203. DOI: 10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x
3. Wårdh I, Hallberg LRM, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care – a low priority in nursing: in depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci.* 2000;14(2):137–42.
4. Samson H, Strand GH. Den gamle pasientens helseproblemer. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014. s. 284–311.
5. De Visschere L, De Baat C, De Meyer L, Van der Putten GJ, Peeters B, Vanobbergen J. The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology.* 2015;32(2):115–22. DOI: 10.1111/ger.12062
6. Lindqvist L, Seleskog B, Wårdh I, Bulzinglöwen I. Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *Int J Dent Hyg.* 2013;11(4):298–305. DOI: 10.1111/ido.12016
7. Sonde L, Emami A, Kiljunen H, Nordenram G. Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(1):92–9. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x
8. Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology.* 2012;29(2):748–55. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x
9. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. *Gerodontology.* 2012;29(2):787–92. DOI: 10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x
10. Mathisen J. Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I: Holter IM, Mekki TE, red. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1. Oslo: Akribe; 2011. s. 149–68.
11. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seeifile> (nedlastet 24.09.2018).
12. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (nedlastet 24.09.2018).
13. Kullberg E, Sjögren P, Forsell M, Hoogstraate J, Herbst B, Johansson O. Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1273–9. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x
14. Brinchmann BS. De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012. s. 81–96.
15. Vabo G. Dokumentasjon i sykepleie. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Gunvor Svensli

Sykepleier, Ørstaheimen, Ørsta kommune

Vi ønsket å skrive denne artikkelen fordi det er et behov for å sette søkelyset på temaet ivaretagelse av tannhelse til eldre på institusjon. Utførelsen av munnstell kan ofte være en mindre prioritert pleieoppgave på grunn av blant annet holdninger, tidspress, personellressurser eller mangel på kunnskap.

Som sykepleier på sykehjem er det viktig å ha kunnskap om hvordan man utfører adekvat tannstell, og hvilke problemer dårlig munnhygiene kan føre til. Det er også viktig å ha god kommunikasjon med de eldre beboerne, slik at tannstell kan utføres på en god og forsvarlig måte.

Det er viktig å tilpasse og dokumentere tiltakene individuelt innen munnstell. Samtidig er det også essensielt å innarbeide gode rutiner og opplæring på avdelingene, og eventuelt endre holdninger blant personalet.

Tannstell er en intim pleieoppgave og skal være en trygg opplevelse for de eldre. ●



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:
Munnstell er en forsømt sykepleieoppgave



FØLELSERLADET: Intensivpasienter kan ha mangelfulle minner fra tiden på intensivavdelingen, og derfor skriver sykepleiere dagbok til dem. Hvis pasienten dør, kan de etterlatte få dagboken. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



FORFATTERE

Med forskeren
94

Ann-Cathrin Melby

Høgskulelektor og intensivsykepleier, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet og Medisinsk intensiv og overvaking (MIO), Haukeland universitetssjukehus

Asgjerd Litréré Moi

Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet og Avdeling for plastikkirurgi og brannskade, Haukeland universitetssjukehus

Eva Gjengedal

Professor emerita, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen

NØKKELOD

- ▶ Intensivdagbok ▶ Etterlatte ▶ Sorg
- ▶ Fenomenologi ▶ Kvalitativ metode

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.81061

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Akutt og kritisk sykdom som krever innleggelse på en intensivavdeling, er en stor belastning både for pasienten og de pårørende. Intensivpasienter kan ha mangelfulle minner fra tiden på intensivavdelingen, og sykepleiere har derfor skrevet dagbøker til dem. Når pasienten dør på en intensivavdeling, får de etterlatte tilbud om å få dagboken. Hittil er det lite kunnskap om etterlattes erfaringer med å motta dagbok.

Hensikt: Å få mer kunnskap om etterlattes erfaringer med å motta intensivdagbok etter at pasienten er død.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming som er fenomenologisk. Etterlatte ble invitert fra tre ulike intensivavdelinger ved et norsk universitetssjukehus. Vi gjennomførte dybdeintervju med fem etterlatte 6–18 måneder etter at pasienten var død. I tillegg inkluderte vi en skriftlig e-post fra en deltaker. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert ordrett. Vi utførte analysen ved hjelp av Giorgis deskriptive fenomenologiske metode.

Resultater: Alle de etterlatte i studien var rammet av sorg. Dagboken var etterlengt og ble brukt til trøst og støtte. Det å motta dagboken frembrakte også sterke følelser, men ingen ville likevel ha vært den foruten. Enkelte skulle ønske at dagboken hadde blitt utlevert tidligere. Bildene opplevdes som sterke og verdifulle. Når de etterlatte leste i dagboken, ble sykepleiernes omsorg for deres kjære tydelig, noe som betød mye for dem. Dagboken bidro til å strukturere en kaotisk tid og gjorde det mulig å ventilere følelser.

Konklusjon: Når pasienten dør på en intensivavdeling, kan intensivdagbøker støtte etterlatte i sorgprosessen.

Etterlattes erfaring med intensivdagbok når pasienten dør

De etterlatte følte at de opprettholdt et bånd til avdøde gjennom dagboken fra intensivoppholdet. Den bidro også til å strukturere en kaotisk tid og gjorde det lettere å få ut følelser.



Etterlatte til intensivpasienter blir hardt rammet når pasienten dør på en intensivavdeling. Dødsfallet skjer ofte plutselig og uventet, og etterlatte står i fare for å utvikle angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (1, 2).

På begynnelsen av 1990-tallet begynte intensivsykepleiere i Norden å skrive dagbok til pasientene på intensivavdelingen fordi de fikk mer kunnskap om pasientens utfordringer etter intensivoppholdet (3). Senere har det å skrive dagbok til intensivpasienten spredt seg til andre land (4–6).

Hensikten med dagboken var i utgangspunktet at den skulle bidra til å fylle ut de uklare minnene pasienten hadde etter intensivoppholdet og være til hjelp i bearbeidelsen av opplevelsene (7). Etter hvert viste forskning at både pasienter og pårørende hadde nytte av dagboken for å mestre tiden etterpå (8, 9).

Bildene og historien fra pasientens opphold bidro til å forebygge angst, depresjon og PTSD (10). I 2011 kom nasjonale anbefalinger for dagbokskriving i Norge. De anbefaler at etterlatte blir tilbudt dagboken fordi tilbakemeldingene fra fagfeltet viste at etterlatte brukte dagboken i sorgprosessen (11).

Hensikten med studien

Tidligere forskning på intensivdagbok har viet størst oppmerksomhet til pasienters og pårørendes erfaringer med intensivdagboken når pasienten overlever oppholdet (10). Foreløpig finnes det få studier som omhandler etterlattes erfaringer med intensivdagbok (12–15).

Hensikten med denne studien var derfor å få mer kunnskap om etterlattes erfaringer med intensivdagboken når pasienten dør.

METODE

Studien har et kvalitativt design med fenomenologisk tilnærming, og vi benyttet et strategisk utvalg (16). Deltakerne måtte ha mottatt dagbok etter pasientens død, være oppført som pasientens nærmeste pårørende og være over 18 år. De etterlatte ble rekruttert fra tre intensivavdelinger ved et universitetssykehus i Norge.

En intensivsykepleier i dagbokgruppen ved hver intensivavdeling sendte ut forespørsel om å delta tidlig høsten 2017. Av 21 utsendte invitasjoner fikk vi seks positive svar. Tre menn og tre kvinner ble inkludert. De var i alderen 35–55 år og hadde ulik relasjon til pasienten, som ektefelle, kjæreste, barn og foreldre.

Pasientene hadde hatt ulike diagnoser og varierende liggetid på intensivavdelingen, fra dager til uker. Datainnsamlingen ble utført ved hjelp av dybdeintervju høsten 2017 og tidlig vinter 2018. Førsteforfatteren, som er en erfaren intensivsykepleier med lang erfaring med å bruke dagbøker, utførte intervjuene.

Vi brukte en intervjuguide som var redigert etter to pilotintervjuer. Intervjuene varte i 25–55 minutter og ble tatt opp på lydfil. Tre intervjuer ble utført hjemme hos deltakerne, ett på sykehuset og ett over telefon. Etter intervjuene ble hovedpunktene oppsummert sammen med deltakerne for

å sikre at intervjueren hadde forstått dem korrekt.

Etterpå skrev intervjueren ned refleksjoner omkring intervju-situasjonen. Samtlige intervjuer ble transkribert ordrett (17). I tillegg til intervjuene ble en redegjørelse fra en deltaker via e-post inkludert i datamaterialet.

Analyse

Vi analyserte dataene ved hjelp av Giorgis deskriptive fenomenologiske analysemetode. Først ble intervjuene lest igjennom for å danne et helhetsinntrykk. Deretter delte vi opp teksten i meningsbærende enheter ved skifte av mening.

Meningsenhetene ble omformulert fra hverdagsspråk til et mer fortettet uttrykk basert på et sykepleiefaglig perspektiv. Vi samlet de meningsbærende enhetene som uttrykte liknende mening, under foreløpige temaer for hvert intervju.

Deretter systematiserte vi de foreløpige temaene på tvers av alle intervjuene opp mot studiens hensikt. Dette resulterte i to hovedtemaer med flere undertemaer, som til sammen ga ny innsikt i det studerte fenomenet (18). Vi diskuterte funnene og analysen i jevnlig møter for å øke troverdigheten i sluttresultatet.

Etiske overveielser

Etterlatte er en sårbar gruppe, men studier viser også at etterlatte kan oppleve det å delta i studier som «terapeutisk» (19). Deltakerne ble informert om studiens hensikt, retten til

» å trekke seg, og at all personidentifiserbar informasjon ville bli behandlet konfidensielt og anonymisert ved publisering.

Transkriptene ble aidentifisert og oppbevart på privat passordbeskyttet PC (16). Klinikkdirektørene godkjente gjennomføringen av prosjektet før oppstarten. Studien ble tilrådet av Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 54802.

RESULTATER

Gjennom analysen kom det frem to hovedtemaer som samlet beskriver at deltakerne hadde ulik erfaring med å bruke dagboken i sorgprosessen. Etterlatte opplevde mottakelsen av dagboken som tosidig. På den ene siden var de takknemlige for å ha mottatt dagboken, mens på den andre siden vekket dagboken sterke følelsesmessige reaksjoner.

Alle etterlatte var fortsatt sterkt preget av sorg, og de brukte dagboken

i sorgprosessen. Alle hadde lest i dagboken, men det varierte hvor ofte de hadde lest – fra én gang da de mottok dagboken, til flere ganger. De to ho-

.....

«Alle etterlatte var fortsatt sterkt preget av sorg, og de brukte dagboken i sorgprosessen.»

vedtemaene blir presentert med flere undertemaer.

Å motta dagboken – en delt opplevelse

Oppsummert var det å motta dagboken en positiv opplevelse, selv om det også var emosjonelt krevende.

En etterlengtet forsendelse

Dagboken kom rekommandert via Posten. Deltakerne hadde ventet på den,

slik at de forsto at det var den som kom. Ingen hadde noen innvendinger mot å hente dagboken hos Posten fordi det ville vært mer utfordrende og strevsomt å hente dagboken på sykehuset. Flere begrunnet det med lang reisevei.

Dessuten var de takknemlige for at de hadde mulighet til å sette seg ned med dagboken alene: «Jeg synes egentlig at det var ganske greit. Det å kunne åpne og kikke i den selv. Det var jo en prosess å komme igjennom den. Det tok forferdelig lang tid.»

En av deltakerne mente at dagboken burde ha vært utlevert sammen med pasientens eiendeler siden den tilhørte pasienten. Enkelte opplevde at ventetiden fra dødsfallet skjedde til de mottok dagboken, var for lang. En deltaker hadde fått beskjed om at det skulle ta en til to måneder, men det tok tre måneder før hun mottok dagboken. Hun sa det slik:

«Vi fikk jo informasjon om at den skulle kvalitetssikres før de sendte den ut. Det var jo greit, men hvor lang tid tar det? Det føltes nok at det tok litt for lang tid, men det kan hende at det var fornuftig.»

En følelsesmessig påkjenning

Å motta dagboken var en sterk følelsesmessig påkjenning for alle deltakerne. De følte på sjokk, redsel og panikk, men samtidig gledet de seg til å motta den. Det å kunne bruke den tiden de trengte for å komme gjennom den, var betryggende. En av deltakerne forklarte det slik:

«Å nei, der var den. Å gud, liksom småsjokk med én gang. Måtte bare sette meg ned og puste litt. Så åpne den. Etter at jeg hadde fått sett gjennom, så var det greit. Etterpå måtte jeg legge den vekk en stund.»

De fleste beskrev det å motta dagboken som en utfordrende opplevelse. Ved å lese i dagboken gjenopplevde de tiden på intensivavdelingen. Samtidig var de svært takknemlige for å ha mottatt den.

En av deltakerne forklarte at å se i dagboken var bare noe hun måtte gjennomføre: «Så lå den på kjøkkenbordet. Så visste jeg ikke helt, åpnet

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen

Meningbærende enbet.	Omformulering av hverdagspråk til sykepleiefaglig perspektiv	Undertema	Hovedtema
Vi fikk jo informasjon om at den skulle kvalitetssikres før de sendte den ut. Det var jo greit, men hvor lang tid tar det? Det føltes nok at det tok litt for lang tid.	Ble informert om at dagboken skulle kvalitetssikres før utsendelse, men opplevde ventetiden for lang.	En etterlengtet forsendelse	Å motta dagboken – en delt opplevelse
Sentfaglig var det forferdelig å lese i den, og det tok meg veldig lang tid å komme igjennom den. Det var jo for så vidt en prosess det også.	Det var forferdelig å lese i dagboken, og informantene brukte lang tid for å komme igjennom den.	En følelsesmessig påkjenning	Å motta dagboken – en delt opplevelse
Ja, man får jo sett det på en måte. Dagene går jo litt i hverandre, så det er jo litt godt å få stadfestet. Å ja, det var det som skjedde den dagen.	I dagboken får de bekreftet hva og når ting skjedde.	Strukturerer en kaotisk tid	Å bruke dagboken i sorgprosessen
Obs. Plutselig ligger han der, men samtidig var det godt å se han. «Selv om han så [...] ja han så ganske død ut på det bildet. Han var jo borte vekk, fordi han ligger jo i respirator og koma. Det var litt rart å se ham, men samtidig var det litt godt.	Bildet kommer brått på informantene. Plutselig ligger pasienten der. Han ser død ut på bildet, men likevel er det godt for informantene å se han.	Sterke og verdifulle bilder	Å bruke dagboken i sorgprosessen

Tabell 2. Hovedtemaer og undertemaer

Å motta dagboken – en delt opplevelse	En etterlengtet forsendelse En følelsesmessig påkjenning
Å bruke dagboken i sorgprosessen	Sterke og verdifulle bilder Vitner om omsorg Strukturere en kaotisk tid Kanale for følelser

den, og så bladde jeg fort gjennom. Den var veldig fin, og så satte jeg den vekk.»

Etter å ha lest i dagboken beskrev deltakeren det som at hun måtte starte på sorgprosessen på nytt.

Å bruke dagboken i sorgprosessen

Deltakerne sørget over tapet av sine nærmeste og brukte dagboken på ulike måter for å bearbeide savnet. Om sorgen for pasienten ble tydelig for dem gjennom bilder og tekst. Dagboken hjalp dem med å klargjøre minnene fra en traumatisk tid og strukturere det som hadde hendt under oppholdet.

Sterke og verdifulle bilder

Deltakerne verdsatte fotografiene mest i dagboken siden de fleste ikke hadde tatt bilder av pasienten på sykehuset. Selv om pasienten så annerledes ut på bildene, betydde det mye å få dem:

«Man tar liksom ikke bilder på sykehuset på samme måte som man ellers gjør i livet. Tar bilder av barna sine, i bryllup og så videre. Men det at sykepleierne gjør det, det tror jeg er viktig.»

Det var sterkt for de pårørende å se på bildene av pasienten. Deltakerne mente at bildene måtte være valgt ut med omtanke siden de likevel ikke fremsto som skremmende. Dessuten hadde alle sett pasienten på sykehuset, og da ofte i verre tilstand. Bildene dokumenterte også bare ærlig hvor kritisk situasjonen var.

Deltakerne var takknemlige for at det var tatt bilder av dem sammen med pasienten. Der det ikke var blitt gjort, klandret de seg selv. Bildene ga også viktig informasjon om tiden på intensiv.

En av deltakerne fortalte om da en eldre kvinne i familien så i dagboken: «Hun sliter litt med å lese, men hun sitter og ser på bildene av ektemannen. Selv om han ikke er på sitt beste, tror jeg det har vært veldig bra for henne.»

Dagboken hadde også blitt delt med familie og venner. Deltakerne følte at det var positivt å dele den med andre

fordi de da kunne minnes den avdøde.

Enkelte i familien hadde blitt skjermet mot å se i dagboken – det var små barn eller eldre personer. Andre hadde



«Å motta dagboken var en sterk følelsesmessig påkjenning for alle deltakerne.»

de ikke ønsket å se i dagboken, da de ønsket å huske pasienten sånn som han eller hun var.

Vitner om omsorg den siste tiden

Sykepleierne hadde informert om at det ble skrevet dagbok til pasienten, og at den kunne bidra til å hjelpe pasienten etter intensivoppholdet. Deltakerne var imponert over hvor nøyaktig sykepleierne hadde dokumentert i dagboken:

«Jeg synes de er ærlige. Hvordan været er. At familien har vært på besøk. Skriver litt om oss. Så hva som skjer, så kommer det frem at det er ganske alvorlig. Det visste vi jo, men at det står at de er ganske bekymret.»

Deltakerne var overbevist om at dagboken hadde hatt betydning for pasienten hvis vedkommende hadde overlevd, og at pasienten da ville vært svært takknemlig for å ha motatt dagboken:

«Jeg bare ser i dagboka at de brydde seg. De skrev hver dag, og de skrev til ham. Om hva som skjedde. Hvis han hadde overlevd dette her, så tror jeg han hadde satt veldig pris på det, fordi de liksom snakket til ham gjennom ordene.»

Deltakerne var usikre på om de hadde ønsket å skrive i dagboken hvis de hadde fått tilbud, fordi de følte det var nok å bare være til stede hos pasienten. En familie hadde fått utdelt ark som de skrev og tegnet på, som ble satt inn i dagboken av sykepleierne.

Sykepleiernes omsorg for pasientene ble tydelig ved å lese i dagboken. Pasienten framsto ikke bare som en pasient, men som et levende menneske. Det bidro til å skape trygghet hos

de etterlatte i ettertid. En av deltakerne uttrykte det slik:

«Jeg har tenkt litt på det. Nå begynner jeg å gråte. Ja, det blir på en måte omsorg i sorgen. Det de skrev, skrev de på en sånn måte at de virkelig brydde seg om han som lå der. Selv om jeg ikke var der.»

Håndskrift og innhold gjorde det tydelig for deltakerne at det var ulike personer som hadde hatt omsorgen for pasienten. Denne variasjonen bidro til at dagboken fremsto som varm og personlig. Deltakerne syntes også det var betryggende å lese om alt som ble gjort for å redde pasienten.

Sykepleierne bidro til at pasienten skulle ha det best mulig i en håpløs situasjon, som en av deltakerne sa: «Det kommer jo ganske godt frem hva de prøver på. At de jobbet ganske hardt for å finne ut av ting. Det husker man godt i ettertid.»

Strukturerer en kaotisk tid

Under intervjuene kom det frem at deltakernes begrep om tid var forstyrret av pasientens sykdomsperiode, og at flere fortsatt hadde problemer med tiden.

Tiden på intensivavdelingen fremsto som kaotisk og forvirrende. Gjennom dagboken orienterte de seg om hendelsesforløpet. Det bidro til å skape en struktur på oppholdet og hjalp dem til en bedre forståelse av sykdomsperioden:

«Dagboken gir en bedre struktur på alt i en hektisk tid. Det er vanskelig å sette alt i et perspektiv etterpå. Huskelsen er jo ikke akkurat det mest pålitelige verktøyet vi har. Spesielt ikke i en sånn stresset situasjon.»

Deltakerne følte seg godt ivaretatt på sykehuset og fikk informasjon underveis av leger og sykepleiere. Problemet var at de glemte informasjonen like etterpå. Gjennom dagboken kunne de orientere seg om hvilken dag pasienten ble innlagt, når de tok røntgen, hvem som hadde vært på besøk og så videre.

Gjennom dagboken prøvde de å skape orden i kaoset de opplevde. Ved å systematisere de ulike hendelsene opplevde de en bedre kontroll over situasjonen:



«Nå går tiden litt i surr, altså. Fremdeles vet jeg ikke helt hvilken dag det er. Jeg ville egentlig ha et eller annet å plassere ting på, for jeg hadde glemt så mye av det som skjedde.»

De erfarte at dagboken bidro til å skape orden i det kaoset de opplevde i tiden etter dødsfallet.

Kanal for følelser

Dagboken ble også brukt til å åpne opp for følelser. Enkelte brukte den bevisst for å sørge. De visste at når de leste i dagboken, ville det åpne opp for undertrykte følelser.

En av deltakerne fortalte følgende: «Jeg vet jo resultatet. Jeg blir forferdelig trist og griner. Det er jo forferdelig lesning, men man har jo behov for å kjenne på den følelsen også.»

Etter som tiden gikk, ble familie og venner mindre opptatt av samtaler om avdøde. Deltakerne følte at de fortsatt hadde et behov for å sørge. Gjennom dagboken fikk de bekreftet hva de hadde vært gjennom og fikk legitimitet for at det fortsatt var tillatt å sørge. Deltakerne sa at de hentet støtte fra dagboken i sorgarbeidet:

«Ja, etter det jeg har erfart, er den kjempeviktig. Å kunne ta den frem når det begynner å bli litt tøft. Tankekjør, når jeg ikke får sove. Den hjelper, ja faktisk så blir jeg roligere. Da blir det ikke det kjøret med tankene: 'Hva gjorde jeg feil?'»

For deltakerne bidro dagboken til at de fikk bedre kontroll på vanskelige følelser og tanker.

DISKUSJON

Gjennom intervjuene var det tydelig at de etterlatte fortsatt var preget av sorg.

Sorg er noe som rammer alle mennesker i løpet av livet, men for noen etterlatte er dødsfallet så traumatisk at det vil føre til nedsatt helse (20). Dødsfall på intensivavdelingene skjer som oftest akutt og uventet.



«Sykepleiernes omsorg for pasientene ble tydelig ved å lese i dagboken.»

Studier viser at uventede dødsfall er vanskeligere å mestre, og etterlatte er derfor mer utsatt for PTSD (2). Denne studien viste at dagboken ble brukt som støtte i sorgprosessen og dermed bidro til at etterlatte fant ny mening i lidelsen (20).

Dagboken ble mottatt på ulike måter

Sorgprosessen fremtrer i mange ulike varianter. Reaksjoner etter dødsfall vil oppleves ulikt fra menneske til menneske, selv om selve tapet kan fremstå likt (21). Vår studie viste at deltakernes erfaringer hadde flere likhetstrekk, men at de hadde ulike erfaringer med dagboken.

Mottakelsen var etterlengtet, men også en følelsesmessig påkjenning. En av deltakerne uttrykte at hun måtte begynne sorgprosessen på nytt. Det kan derfor være uheldig å motta dagboken uten psykologisk støtte (22). I nasjonale anbefalinger påpekes det at dagboken bør overleveres til de etterlatte sammen med informasjon (11).

Likevel uttrykte de etterlatte takknemlighet over at de kunne sette seg

ned med dagboken alene, fordi det var en prosess å komme gjennom den. Å gjenoppleve minner kan føles påtrengende, og enkelte har behov for å holde avstand til dødsfallet for å klare dagliglivet (23).

I Norge får ikke pårørende se i dagboken under intensivoppholdet fordi den er en del av pasientjournalen (11). De etterlatte var derfor ikke forberedt på innholdet i dagboken, men alle hadde likevel lest i den. I studien til Johanson og medarbeidere (12) hadde kun fire av ni lest dagboken, selv om de kjente innholdet.

Tid kan være en avgjørende faktor for hvor mye deltakerne har lest i dagboken. I vår studie hadde deltakeren som ble intervjuet kortest tid etter dødsfallet, lest minst i dagboken.

Den akutte sorgen er mest fremtredende de første månedene etter dødsfallet, og ved traumatiske dødsfall vil etterlatte også ha behov for å beskytte seg selv mot påtrengende minner (24).

Fornektelse og unnvikelse er normale reaksjoner ved sorg, men kan også være et tidlig tegn på PTSD, som etterlatte etter pasienter fra intensivavdelingen står i fare for å utvikle (25).

Fotografier ble satt pris på

Alle deltakerne fremhevet at de syntes fotografiene var verdifulle fordi de ikke hadde egne fotografier av pasienten. Det bør likevel utvises forsiktighet med å bruke bilder i dagboken (14). Deltakerne i vår studie mente at bildene var plukket ut med omtanke, siden de ikke fremsto som skremmende.

Dagboken bidro til at etterlatte snakket om avdøde og dermed opprettholdt

DEL ARTIKKELEN
LAST NED PDF

Bruk mobilens kamera til å skanne QR-kodene og kom direkte til artiklene på Sykepleiens hjemmeside

sykepleien.no

tilhørighet og bånd. I sorgprosessen er etterlattets innsats for å skape ny mening viktig for å mestre den nye livssituasjonen (21). Enkelte studier har også påpekt at å lese i dagboken kan føles som terapi og dermed redusere forekomsten av PTSD (1).

Hukommelsessvikt er et vanlig symptom etter en traumatisk hendelse, og etterlatte har derfor behov for gjentatt informasjon (8). Deltakerne husket fortsatt svært lite av hendelsesforløpet, men dagboken dokumenterte nøyaktig og omsorgsfullt sykdomsforløpet til pasienten.

Studier viser at etterlatte trenger å forstå sykdomsforløpet og årsaken til dødsfallet for å kunne bearbeide det (26). Deltakerne i studien trakk frem omsorgen og det at alt ble gjort for å redde pasienten, som betydningsfullt.

Behovet for å vite at alt ble gjort for pasienten, blir fremhevet som noe av det viktigste i studier av etterlattes behov på intensivavdelingen (27).

Dagboken kunne hjelpe med å bearbeide traumer

Traumatiske opplevelser fra intensivperioden kan gi søvn- og konsentrasjonsproblemer, og skyld og selvbebreidelse kan opptre relativt ofte (24). En av deltakerne brukte dagboken bevisst mot søvnproblemene, slik at den bidro til å redusere tankekjør og skyldfølelse.

Studier viser at etterlatte synes det er vanskelig å snakke med andre om intensivperioden, men behovet for å snakke om dødsfallet er likevel til stede (28). Dagboken ble brukt som et redskap til å snakke med andre om intensivperioden.

Slik bruk bidro også til å strukturere det kaoset mange av deltakerne opplevde. Oppfølging av etterlatte er betydningsfullt og påvirker deres sorgprosess (26). En studie i Norge viser likevel at ikke alle intensivavdelinger tilbyr oppfølging av etterlatte (29).

Styrker og svakheter ved studien

Denne studiens hensikt var å gi bedre kunnskaper og mer forståelse for etterlattes opplevelser ved å gi dem en intensivdagbok etter pasientens død. Det var få deltakere i studien, men variasjonen

i alder, kjønn og tilhørighet til pasienten ga likevel rike, varierte og nyanserte beskrivelser.

Studien ble styrket ved en åpen tilnærming, bevissthet rundt egen forståelse og det at førsteforfatteren foretok alle intervjuene og transkripsjonene, som ga god kjennskap til intervjumaterialet.

Konklusjon og implikasjoner for praksis

Dagboken ble brukt som trøst og støtte av de etterlatte i sorgprosessen. Informasjonen i dagboken hjalp dem med å strukturere den kaotiske tiden etter dødsfallet. Dagboken bidro videre til å skape mening i lidelsen og opprettholde et bånd til avdøde. Intensivavdelingene bør gi mer individuell oppfølging av etterlatte.

Dagbok til etterlatte fremstår som god praksis og bør prioriteres som et tilbud. Årlig dør mange pasienter på norske intensivavdelinger. Sorgprosessen til etterlatte bør derfor få mer oppmerksomhet i klinikken, men også i videre forskning. ●

REFERANSER

- Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*. 2010;14(5):R168.
- Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*. 2010;137(2):280–7.
- Egerod I, Storli SL, Åkerman E. Intensive care patient diaries in Scandinavia: a comparative study of emergence and evolution. *Nursing Inquiry*. 2011;18(3):235–46.
- Garrouste-Orgeas M, Perier A, Mouricou P, Gregoire C, Bruel C, Brochon S, et al. Writing in and reading ICU diaries: qualitative study of families' experience in the ICU. *Plos One*. 2014;9(10):e10146.
- Ewens B, Chapman R, Tulloch A, Hendricks JM. ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: a qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*. 2014;27(1):28–35.
- Roulin M-J, Hurst S, Spirig R. Diaries written for ICU patients. *Qualitative Health Research*. 2007;17(7):893–901.
- Gjengedal E, Storli SL, Holme AN, Eskerud RS. An act of caring – patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nursing in Critical Care*. 2010;15(4):176–84.
- Nielsen A, Angel S. How diaries written for critically ill influence the relatives: a systematic review of the literature. *Nursing in Critical Care*. 2016;21(2):88–96.
- Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J, Le Brocq R, Macgillivray S, et al. Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: a Cochrane Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(7):1243–53.
- Egerod I, Christensen D, Schwartz-Nielsen KH, Ågård AS. Constructing the illness narrative: a grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. *Critical Care Medicine*. 2011;39(8):1922–8.
- Storli SL, Gjengedal E, Eskerud RS, Holme AN, Synnevåg H. Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/795419/Nasjonale%20anbefalinger%20for%20bruk%20av%20dagbok.pdf> (nedlastet 18.08.2019).

- Johansson M, Wåhlin I, Magnusson L, Runeson I, Hanson E. Family members' experiences with intensive care unit diaries when the patient does not survive. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 2018;32(1):233–40.
- Bäckman CG, Walther SM. Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Medicine*. 2001;27(2):426–9.
- Combe D. The use of patient diaries in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care*. 2005;10(1):31–4.
- Bergbom I, Svensson C, Berggren E, Kamsula M. Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1999;15(4):185–91.
- Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
- Kvale S, Brinkmann S, Andersens TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2015.
- Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 2009.
- Kentish-Barnes LN, McAdam AJ, Kouki AS, Cohen-Solal AZ, Chaize AM, Galon AM, et al. Research participation for bereaved family members: experience and insights from a qualitative study. *Critical Care Medicine*. 2015;43(9):1839–45.
- Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. 2007;370(9603):1960–73.
- Hoppes S, Segal R. Reconstructing meaning through occupation after the death of a family member: accommodation, assimilation, and continuing bonds. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2010;64(1):133–41.
- Phillips C. Use of patient diaries in critical care. *Nursing Standard*. 2011;26(11):35–43.
- Frivold G, Dale B, Slettebø Å. Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: a phenomenological hermeneutical study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2015;31(4):232–40.
- Sandvik O, Eriksen H, Bugge KE. Sorg. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
- Siegel DM, Hayes CE, Vanderwerker BL, Loseth GD, Prigerson GH. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2008;36(6):1722–8.
- Kock M, Berntsson C, Bengtsson A. A follow-up meeting post death is appreciated by family members of deceased patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2014;58(7):891–6.
- Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 1998;14(4):161–9.
- Mayer DD, Rosenfeld AG, Gilbert K. Lives forever changed: family bereavement experiences after sudden cardiac death. *Applied Nursing Research*. 2013;26(4):168–73.
- Moi AL, Storli SL, Gjengedal E, Holme AN, Lind R, Eskerud R, et al. The provision of nurse-led follow-up at Norwegian intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(13–14):2877–86.



QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:
Etterlattes erfaring med intensivdagbok når pasienten dør

Skann koden og kom rett til artikkelen på [sykepleien.no](https://www.sykepleien.no)

Intensivdagbok hjelper etterlatte i sorgen

– Bildene kan være skremmende. Pasientene er koplet til masse utstyr, er opphovnet av medisiner og kan derfor se litt ugjenkjennelige ut. Jeg ble derfor overrasket over at de reagerte positivt på bildene, sier Ann-Cathrin Melby.

Tekst Kari Anne Dolonen • Foto Helge Skodvin

Rundt 15 000 pasienter får hvert år behandling på en intensivavdeling i Norge, ifølge Norsk intensivregister. Mellom 85 og 90 prosent overlever. Det betyr likevel at mellom 1500 og 2000 pasienter dør på en intensivavdeling.

INTENSIVDAGBOK

Det finnes ikke nasjonale retningslinjer som sier at intensivsykepleiere skal føre dagbok for sine pasienter, men det finnes anbefalinger, så mange intensivavdelinger gjør dette.

– Dagboken skal først og fremst være en hjelp for pasienten når han eller hun er blitt frisk, sier høyskolelektor og intensivsykepleier Ann-Cathrin Melby.

Melby deler arbeidstiden sin mellom intensivavdelingen på Haukeland og Høgskolen på Vestlandet.

I forbindelse med sin mastergrad skrev hun forskningsartikkelen «Etterlattes erfaring med intensivdagbok når pasienten dør». Artikkelen ble nylig publisert på *Sykepleien Forskning*.

HVA MED DE PÅRØRENDE?

– *Hvordan fikk du ideen til å skrive en forskningsartikkel om akkurat dette temaet?*

– På intensivavdelingen jeg jobbet, fikk etterlatte tilbud om å få tilsendt intensivdagboken når utfallet ble at pasienten døde. De pårørende som takker ja til

Ann-Cathrin Melby

- Melby er høyskolelektor ved Høgskolen på Vestlandet og intensivsykepleier ved Haukeland universitetssykehus.

Hun står bak artikkelen «Etterlattes erfaring med intensivdagbok når pasienten dør» sammen med Asgjerd Litteré Moi og Eva Gjengedal på side 88.

tilbudet, får dagboken rekommandert i posten noen uker etter dødsfallet, sier Melby.

Melby ble stadig mer nysgjerrig på hvordan de etterlatte håndterte å få dagboken tilsendt.

– Jeg begynte å lete etter forskning på dette, men fant lite. Det finnes mye forskning på hvordan overlevende fra intensivopphold opplever det å få en dagbok, men det finnes lite kunnskap om hvordan de etterlatte opplever det.

– Min tanke var at det vil oppleves opprivende å få en slik pakke i posten. Både tekst og bilder er sterk kost, sier hun.

Hun lurte derfor på om det for eksempel ville være bedre om de etterlatte ble innkalt til sykehuset for en

«Min tanke var at det vil oppleves opprivende å få en slik pakke i posten.»

Ann-Cathrin Melby

samtale og der gå igjennom dagboken sammen med dem.

OPPKLARENDE

I sin studie gjennomførte Melby seks intervjuer med pårørende. Det er derfor et lite materiale som gjør det vanskelig å trekke bombastiske konklusjoner.

– Likevel var tilbakemeldingene fra mine informanter





TØFT ETTERPÅ: Intensivpasienter kan ha en tøff tid etter oppholdet på intensivavdelingen, og dagbok kan hjelpe i denne tiden, ifølge høyskolelektor og intensivsykepleier Ann-Cathrin Melby.



nokså tydelige på at det å få dagboken i posten var helt greit, sier Melby.

Hun hadde nemlig ikke tenkt på at mange av de pårørende bor langt unna sykehuset.

– Flere pårørende synes også det var greit å lese i dagboka i fred og ro, og i så store mengder som de orket. Å komme inn til samtale på sykehuset for å gå igjennom dagboken var derfor ikke noe savn for mine informanter. Det opplevdes oppklarende for meg, sier hun.

Tiden på intensivavdelingen opplevdes uvirkelig og katisk for de etterlatte.

– De sier at de ble godt informert, men at de husket lite, sier hun.

Å motta store mengder informasjon i en slik situasjon er vanskelig.

Mange av de etterlatte Melby intervjuet, var fremdeles i sorg. De hadde fortsatt behov for informasjon om hva som hadde skjedd på intensivavdelingen. Denne informasjonen fant de i dagboken, og det hjalp dem til å strukturere hva som hadde skjedd.

SKREMMENDE BILDER

Intensivdagbøkene inneholder ikke bare tekst. Sykepleierne tar også bilder av pasientene. Det trodde Melby kunne bli vel tøff kost for de pårørende.

– Bildene kan være skremmende. Pasientene er koplet til masse utstyr, er opphovnet av medisiner og kan derfor se litt ugjenkjennelige ut. Jeg ble derfor overrasket over at de reagerte positivt på bildene, sier Melby.

– De pårørende hadde jo vært på besøk og sett med egne øyne hvordan det sto til. Mange opplevde dette som

viktig dokumentasjon på hvordan det faktisk var. Flere kommenterte at de mente sykepleierne hadde valgt ut de mest skånsomme bildene for å vise omsorg.

– *Hvordan går dere frem når dere tar bilder av intensivpasienter?*

– Vi informerer de pårørende i forkant om at vi tar bilder – også når de får besøk. Pasienter som blir friske, synes det er nyttig å se hvem som har vært på besøk og når. Slik sett er det ingen overraskelse for de pårørende

«De får bekreftet at det var slik det var – det var slik det så ut.»

Ann-Cathrin Melby

at dagboken inneholder bilder av både dem selv og pasienten, sier hun.

I situasjonen tenker ikke de pårørende på at deres kjære ikke skal overleve. Døden kan komme brått og uventet.

– Jeg har fått flere tilbakemeldinger på at bildene også på den måten er gode å ha i ettertid. Å ta bilder på intensivavdeling er ikke noe pårørende gjør selv. Når pasienten ikke overlever, er dette minner som de opplever som viktige når sorgen skal bearbeides. De får bekreftet at det var slik det var – det var slik det så ut, sier hun.

RYDDER OPP I KAOS

Ifølge Melby finnes det mye forskning på at intensivpasienter har det tøft i tiden etterpå.

– De har blant annet høy forekomst av depresjon og posttraumatisk stress-syndrom (PTSD). Dagbok fra intensivoppholdet er med på å dempe slike ettervirkninger, sier hun.

Det finnes ikke like mye forskning på hvordan pårørende takler situasjonen.

– Det hadde derfor vært spennende å undersøke dette, sier hun.

– Det finnes en kunnskapsoppsummering fra 2015. Den viser at også pårørende har god effekt av dagboken for å forebygge PTSD. Vi vet at mange etterlatte får søvnproblemer. Noen utvikler PTSD eller ender med å misbruke rusmidler, forteller hun.

Melby er derfor glad for at mange av hennes informanter sa at dagboken hjelper dem å rydde opp i kaoset av følelser.

– De kan slå opp i dagboken og se hva som skjedde, og når det skjedde. Dagbøkene inneholder ærlig informasjon om når intensivsykepleieren begynner å bli bekymret: «Hvorfor våkner du ikke? Det er to dager siden vi har tatt deg av sovemedisin, men det er ingen reaksjon.»

Tilbakemeldingene fra de pårørende er at de setter pris på at informasjonen er ærlig og ryddig beskrevet.

– At den forteller en hel historie om sykdomsforløpet. Da bidrar dagboken til å strukturere hva som egentlig skjedde, sier Melby.

HVOR FLINKE ER VI?

– Intensivsykepleiere snakker mye om å ivareta pårørende, men hvor flinke er vi egentlig? spør Melby retorisk.

– Jeg vil gjerne undersøke hva intensivsykepleiere konkret gjør for å ivareta de etterlatte, og hvordan de gjør det.

Barn som pårørende på intensivavdeling er noe hun er ekstra opptatt av.

– Når foreldre mister et barn i sykdom eller ulykke, er det lett for alle å forstå at dette er det verste som kan skje dem. Jeg tror vi da er ekstra oppmerksomme på å følge opp. Det vi kanskje ikke tenker like mye på, er at det finnes barn som mister sine foreldre på intensivavdeling. Hvordan følges disse barna opp, undrer hun.

Melby har lett i forskningen etter svar.

– Det er lite norsk forskning på dette, men internasjonale studier tyder på at opplevelsen preger barna gjennom hele livet. Mange dropper ut av skolen, har konsentrasjonsvansker og problemer med søvn. Jeg mistenker at denne gruppen pårørende blir litt glemt av oss intensivsykepleiere.

Hun har søkt midler for å ta en doktorgrad på dette.

– Det er stor konkurranse, så jeg håper det beste. Dette er noe jeg virkelig brenner for. Jeg har lyst å forske frem kunnskap som kan bidra til at vi intensivsykepleiere kan ivareta også de etterlatte så bra som mulig, sier hun.

– Var det derfor du gikk over til akademia?

– Jeg jobber fremdeles 20 prosent på intensivavdelingen på Haukeland. Jeg vil aldri forlate klinikken. Jeg trenger den jobben for å holde meg oppdatert på hva som skjer innen mitt fagfelt, sier hun. ●



Nå ut internasjonalt

Sykepleien Forskning oversetter alle forskningsartiklene til engelsk

Forskning
sykepleien.no/forskning/arkiv/en



SYKEHJEM: I dagspresen har det kommet signaler om at det er for lite smittevern-utstyr i slike institusjoner. Illustrasjonsfoto: Sasirin Pamai / Mostphotos



FORFATTERE

Øyvind Kirkevold

Assisterende forskningssjef og professor, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold, Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet og Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik

Siren Eriksen

Seniorforsker og professor, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold og Lovisenberg diakonale høyskole

Bjørn Lichtwarck

Overlege, Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS), Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet

Geir Selbæk

Forskningssjef og professor, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

NØKKELORD

- ▶ Sykehjem ▶ Smittevern ▶ Koronakrisen
- ▶ Koronapandemien ▶ Covid-19

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.81554

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Skrøpelige eldre med multisykdom er ekstra sårbare og har høyere risiko enn yngre for alvorlig sykdom og død ved covid-19. Alle helse- og omsorgsinstitusjoner skal ha et infeksjonskontrollprogram som skal gi skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak og for undersøkelse, behandling og pleie. De fleste som bor på norske sykehjem, er skrøpelige, sårbare og multisyke. Det har kommet signaler om at det er for lite smittevern-utstyr i slike institusjoner. Vi har ikke konkrete tall på hvor stor eller prekær utstyrsmangelen er. Det har også vært hevdet at manglende opplæring og sviktende rutiner har ført til store utfordringer der de har hatt smitte.

Hensikt: Vi ønsket å kartlegge hvordan avdelingsledere ved sykehjemmene selv vurderer evnen til å håndtere smittevern, tilgangen på smittevern-utstyr, testingen av personale og pasienter samt rutiner for smittevern og kompetanse blant personalet. Videre ville vi sammenlikne avdelinger med og uten smitte.

Metode: Vi benyttet et egenutviklet elektronisk spørreskjema til avdelingsledere og gjorde en tverrsnittsstudie med deskriptivt, eksplorativt design.

Resultater: Åttito sykehjem sa ja til å delta i undersøkelsen, og vi fikk inn svar fra 93 avdelingsledere. Tilgangen på smittevern-utstyr, bruken av utstyr og opplæringen er bedre enn det inntrykket som har kommet frem i mediene. Når det gjelder muligheten til å overholde smitteverntiltakene, som avstand, punktdesinfeksjon og personale som jobber på flere steder, hadde flere avdelinger utfordringer. Kun på få punkter skilte avdelinger med smitte seg fra de uten smitte.

Konklusjon: Mye er bra når det gjelder smittevern på norske sykehjem, men det er likevel rom for forbedringer. Opplæring av personalet på viktige fagområder, som smittevern, bør gjøres obligatorisk og ikke overlates til den enkelte ansattes initiativ. Når det gjelder bemanningssituasjonen, er det fremdeles utfordringer med mangel på sykepleiere og små stillinger som medfører at mange pleiere arbeider flere steder. Slik bemanning kan medføre økt smitterisiko under den nåværende epidemien og i fremtidige epidemier.

Smittevern på sykehjem under covid-19-pandemien

Sykehjem har hatt bedre rutiner, opplæring av personell og tilgang på testing og smittevernutstyr under koronapandemien enn det som er kommet frem i mediene.



Skrøpelige eldre med multisykdom er ekstra sårbare og har høyere risiko enn yngre for alvorlig sykdom og død ved covid-19 (1–3), og vi må ta forholdsregler for å begrense smitte, spesielt med tanke på sårbare personer (4).

Alle helse- og omsorgsinstitusjoner skal ha et infeksjonskontrollprogram som skal gi skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak og for undersøkelse, behandling og pleie (5).

Det skal også være et system for å overvåke infeksjoner på institusjoner og retningslinjer for å oppklare og begrense utbrudd av infeksjoner. Systemet skal utformes slik at infeksjoner raskt kan oppdages og identifiseres. Det skal være tydelig hvem som har det faglige og organisatoriske ansvaret for tiltakene (5).

Forskning på covid-19

En litteraturgjennomgang av studier frem til mars 2020 viste at sykdomsforløpet hos eldre over 70 år utvikler seg raskere enn hos andre aldersgrupper (2). Det er høyere dødelighet ved covid-19 hos sykehjemsbeboere enn hjemmeboende eldre (1, 6).

De fleste som bor på norske sykehjem, er skjøpelige, sårbare og multisyke (7). De norske helsemyndighetene anbefaler at pasienter som bor på sykehjem, og som blir syke med covid-19, i hovedsak bør behandles på sykehjemmet og ikke innlegges på sykehus (8).

I Norge er gjennomsnittsalderen for dem som dør av covid-19, 83 år (9), og 60 prosent av disse bor på sykehjem eller annen kommunal pleie- og omsorgsinstitusjon (9). I dagspressen har

det kommet signaler om at det er for lite smittevernutstyr i slike institusjoner (10).

Det har imidlertid manglet konkrete tall på hvor stor eller prekær utstyrmangelen er. Det har også vært hevdet at manglende opplæring og sviktende rutiner har ført til store utfordringer der de har hatt smitte (11).

Vi har ikke funnet vitenskapelige publikasjoner eller annen systematisk beskrivelse av situasjonen som underbygger eller svekker disse uttalelsene.

Statusgjennomgang ved norske sykehjem

I uke 13 (23.–27. mars 2020) foretok Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) i samarbeid med Helsedirektoratet en statusgjennomgang ved norske sykehjem. Personene som svarte, arbeidet i hovedsak klinisk på sykehjemsavdelinger, slik som sykepleiere, helsefagarbeidere og leger.

De ble stilt følgende spørsmål: «Hva slags utfordringer møter dere på ditt arbeidssted som følge av koronautbruddet? Hva er konsekvensene for pasienter, pårørende og personalet? Hvilke tiltak er iverksatt?»

I denne statusgjennomgangen kom det frem at helsepersonell var bekymret for utfordringer ved smitte når det gjaldt å overholde smittevernreglene, tilgang på smittevernutstyr, gode rutiner og kompetanse hos personalet (ikke-publisert notat).

Det kom også frem at det kunne være vanskelig å få testet personale med symptomer på covid-19. En måned senere var det en betydelig økning

av antallet pasienter med covid-19 i Norge.

Hensikten med studien

Vi ønsket derfor å gjennomføre en studie med målsetting om å kartlegge hvordan avdelingsledere ved sykehjemmene selv vurderer evnen til å håndtere smittevern, hva slags tilgang de har på smittevernutstyr, om de har rutiner for testing av personale og pasienter, om de har rutiner for smittevern, og hvordan de har ivaretatt kompetansen blant personalet.

Vi antok at smitte i avdelingen gjorde det lettere å avdekke hvordan smittevernet fungerte. Vi ønsket derfor å sammenlikne avdelinger med og uten smitte.

METODE

Spørreskjema

Vi utviklet et spørreskjema basert på tre kilder: 1) myndighetenes veiledere i smittevern i forbindelse med koronakrisen (12), 2) bekymringer om smittevernsituasjonen på sykehjemmene som hadde kommet frem i pressen, og 3) en mindre kartlegging om koronasituasjonen i sykehjem gjennomført av Aldring og helse.

Først definerte vi viktige temaområder (13–15), så ble undertemaer formulert, før vi utformet endelig forslag til spørsmål. Temaene var håndtering av smittefare, tilgang på smittevernutstyr, testing, tilgang på utstyr for diagnostikk og behandling, rutiner for smittevern og informasjon og opplæring.

Spørreskjemaet besto av 28 ja/nei-spørsmål og 17 spørsmål med

» svaralternativene «meget sjelden eller aldri», «nokså sjelden», «av og til», «nokså ofte», «meget ofte eller alltid».

For hvert temaområde var det i tillegg et felt for kommentarer og utdypinger. Vi registrerte også type avdeling og hvilket fylke avdelingen lå i.

Spørreskjemaet ble pilottestet på to sykehjemsavdelinger for å vurdere relevans, forståelighet og entydighet samt hvor lang tid det tok å fylle ut. Vi foretok

.....

«Det kunne være spesielt utfordrende å overholde smittevernsregler for beboere med demens.»

ingen endringer i skjemaet etter piloteringen. Disse to skjemaene inngår i det totale materialet.

Utvalg og gjennomføring

Målgruppen var avdelingsledere på sykehjem. Med avdeling menes en administrativ selvstendig enhet med egen leder. Noen avdelinger kunne bestå av flere enheter som var poster eller atskilte grupper med felles leder.

Først kontaktet vi institusjonslederen på e-post, deretter per telefon. Vi ba om tillatelse til å kontakte avdelingslederne for å få informasjon om smittevernsituasjonen på avdelingene.

Avdelingslederne kunne velge mellom å bli intervjuet i et strukturert intervju på telefon eller få skjemaet som en Questback-undersøkelse på e-post. Vi opprettet ingen liste med koplinger til svarene. Questback var en generell lenke uten mulighet til å spore opp hvem som hadde svart.

Seks ansatte i Aldring og helse fikk svaret for å samle inn dataene fra et utvalg sykehjem. I tillegg gjennomførte hovedforfatteren og andreforfatteren noe av datainnsamlingen.

Vi foretok et strategisk utvalg sykehjem fra små, mellomstore og store kommuner i alle fylkene. For å sikre at vi inkluderte avdelinger hvor de hadde erfaring med pasienter som hadde covid-19, inkluderte vi også sykehjem der

det var kjent at det var eller hadde vært smitte.

Rekrutteringen og datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 22.–30. april 2020.

Analyser

Vi brukte deskriptiv statistikk med beskrivelse av antall og andeler (prosent). Vi trekker frem noen av fritekstsvarene der det synes hensiktsmessig for helhetsforståelsen. Avdelinger som hadde eller hadde hatt smitte, ble sammenliknet med avdelinger uten smitte.

For å teste den statistiske sikkerheten for eventuelle forskjeller mellom avdelingene med og uten smitte foretok vi kji-kvadrattester og Fishers eksakte tester.

Vi testet ja/nei-spørsmål direkte og dikotomiserte spørsmål med svaralternativene «meget sjelden eller aldri», «nokså sjelden», «av og til», «nokså ofte» og «meget ofte eller alltid», hvor svaralternativene «nokså ofte» og «meget ofte eller alltid» fikk verdien 1, og de resterende tre fikk verdien 0.

Tabellene presenterer fordelingen av alle svaralternativene, mens de statistiske testene ble gjort på de dikotome verdiene.

Etiske betraktninger

Studien omfatter helsetjenester, ikke individuelle forhold hos pasienter eller ansatte, og ble derfor ikke forelagt Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Informasjonen ble gitt anonymt, og derfor ble studien heller ikke forelagt personvernombudet.

RESULTATER

Vi kontaktet 89 sykehjem. Ved to sykehjem fikk vi ikke kontakt med riktig person, ett sykehjem sa nei til å delta uten noen videre begrunnelse, og fire sa nei til å delta fordi de hadde stort arbeidspress, hovedsakelig på grunn av koronakrisen.

Åttito sykehjem med 93 avdelinger deltok i undersøkelsen. Det var inntil to avdelinger fra samme sykehjem.

Alle fylkene er representert. Det var flest deltakere fra Viken (16 avdelinger) og færrest fra Troms og Finnmark (tre avdelinger). Det var 16 avdelinger (17,2 prosent) som hadde hatt eller hadde smitte.

Disse avdelingene var fordelt på seks fylker. Skjemaene hadde sju kommentarfelt, og 71 avdelingsledere kommenterte i minst ett av kommentarfeltene.

Smittefare

Tre spørsmål omhandlet begrensninger i personalets mulighet til å arbeide flere steder (tabell 1), og tre omhandlet muligheten til å holde avstand mellom personalet og pasienter og pasientene seg imellom (tabell 2).

På avdelingene som hadde smitte, var det åtte avdelinger (50 prosent) som hadde innført både forbud mot å arbeide ved andre institusjoner og hjemmetjenester. Sju av disse hadde også forbud mot å arbeide på andre avdelinger i samme institusjon.

Blant de åtte avdelingene som svarte at de hadde innført forbud mot å arbeide andre steder, var det likevel to avdelinger som oppga at de hadde

personale som arbeidet på andre institusjoner eller i hjemmetjenesten.

Det var en signifikant større andel av avdelingene uten smitte som beskrev at det nokså ofte eller meget ofte eller alltid var situasjoner hvor det var umulig å holde anbefalt avstand mellom pleieren og pasientene.

På spørsmål om beboernes atferd ga utfordringer med rengjøring, svarte flest avdelinger med smitte at de nokså ofte eller meget ofte eller alltid hadde utfordringer (tabell 2).

I fritekstkommentarene beskrev flere at de tilstrebet at personalet ikke jobbet flere steder eller på flere avdelinger, men at det kunne være vanskelig å gjennomføre på grunn av at mange har små stillinger, og at en sykepleier ofte har ansvaret for flere avdelinger.

Flere beskrev at det var umulig å holde anbefalt avstand mellom pleier og beboere, særlig i stellesituasjoner. Det

Tabell 1. Personale og arbeid andre steder

	Avd. med smitte	Avd. uten smitte	p-verdi
Er det personale på avdelingen som også arbeider på andre institusjoner eller i hjemmetjenesten?	8 (50,0)	42 (54,5)	0,74++
Er det i forbindelse med koronakrisen innført forbud for personell mot å arbeide på andre steder (institusjoner/hjemmetjenester)?	9 (56,3)	43 (55,8)	0,98++
Er det innført forbud mot å jobbe på andre avdelinger i samme institusjon som aktuelle avdeling?	9 (56,3)	19 (24,7)	0,02+

n (%) som svarer ja

+Fishers eksakte test

++Kjikkvadrat

Tabell 2. Holde tilstrekkelig avstand

	Med smitte = S Uten smitte = US	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid	p-verdi
Er det situasjoner hvor det er umulig å holde anbefalt avstand mellom pleier og pasient?	S US	2 (12,5) 2 (2,6)	0 (0) 2 (2,6)	3 (18,8) 3 (3,9)	5 (31,3) 34 (44,2)	6 (37,5) 36 (46,8)	0,03*
Gir beboernes atferd (f.eks. personer med demens) utfordringer når det gjelder rengjøring/desinfeksjon av overflater, punktdesinfeksjon og utstyr?	S US	2 (12,5) 13 (16,9)	3 (18,8) 17 (15,5)	1 (6,3) 25 (32,5)	8 (50,0) 19 (24,7)	2 (12,5) 8 (10,4)	0,05*
Sjår beboernes atferd det vanskelig for dem å holde avstand seg imellom?	S US	4 (25,0) 1 (1,3)	1 (6,3) 4 (5,2)	3 (18,8) 25 (32,5)	1 (6,3) 26 (33,8)	7 (43,8) 21 (27,3)	0,42*

n (%)

*Fishers eksakte test, eller

**Kjikkvadrat er beregnet for forskjell mellom avdelinger med smitte og uten smitte. I antall (%) som svarer enten «nokså ofte» eller «meget ofte eller alltid»



kunne være spesielt utfordrende å overholde smitteverntregler for beboere med demens. En avdelingsleder fortalte at de hadde etablert faste grupper av beboere ved måltidene.

Smittevernustyr

Vi stilte 13 spørsmål om tilgangen på og bruken av smittevernustyr, fire spørsmål om det var tilstrekkelig med smittevernustyr og fire spørsmål om det var riktig utstyr for situasjonen (tabell 3).

Av avdelingene uten smitte beskrev 63 av 77 (81,8 prosent) at det var lett å få tak i smittevernustyr når de trengte det, mens 15 av 16 av avdelingene med smitte (93,8 prosent) sa det samme.

Noen flere avdelinger med smitte (75 prosent) enn de som ikke hadde smitte (46,8 prosent), hadde låst inn smittevernustyret, men det var ingen forskjell på tilgjengeligheten av utstyr, uavhengig av om det var innlåst eller ikke.

Vi stilte tre spørsmål om bruken av smittevernustyr (tabell 4). Fritekstkommentarene omhandlet at det var usikkerhet og mangel på utstyr i en tidlig fase (tre til fire uker før denne studien), men at de hadde tilstrekkelig med utstyr nå (siste uken i april 2020).

Flere påpekte at de ikke hadde hatt smitte enda, og at de var bekymret for om de ville ha nok smittevernustyr hvis de fikk smitte på sykehjemmet. I starten brukte noen alternativt utstyr som ikke var godkjent, men de fleste beskrev at de hadde adekvat utstyr ved kartleggingstidspunktet.

Noen uttrykte at det var vanskelig å få tak i adekvat utstyr som munnbind, visir og hansker med lang mansjett. Ved påvist koronasmitte sparte de ikke på smittevernustyret, men de brukte alternativt utstyr ved vanlig stell. Munnbind ble brukt flere ganger når det ikke var påvist smitte.

Testing og medisinsk utstyr

Både når det gjaldt testing av personalet og pasientene oppga 90 av avdelingene (96,8 prosent) at det var klare rutiner, og at det for 85 av avdelingene (91,4 prosent) nokså sjelden, meget sjelden

eller aldri hadde vært brudd på testrutinene for personalet.

Det samme var tilfellet for 89 av avdelingene (95,7 prosent) for pasientene. Åttito avdelinger (88,2 prosent) oppga at det meget ofte eller alltid eller nokså ofte var nok testutstyr.

Alle avdelinger unntatt to hadde pulsoksymeter, og alle utenom én avdeling hadde utstyr til å gi oksygen. Åtte avdelinger (8,6 prosent) hadde ikke utstyr til å gi oksygen til flere samtidig,

og 24 (25,8 prosent) hadde kun ett pulsoksymeter.

Rutiner

Alle avdelingene utenom en svarte at det var laget egne rutiner for smittevern i kommunen i forbindelse med koronakrisen, og 83 avdelinger (89,2 prosent) svarte at det var laget egne rutiner for det samme i avdelingen.

Førtini avdelinger (52,7 prosent) hadde navngitte personer (eller funksjoner)

Tabell 3. Smittevernustyr

	Med smitte = S Uten smitte = US	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid	p-verdi
Er det tilstrekkelig med hansker?	S US	0 (0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)	0 (0) 2 (2,6)	2 (12,5) 10 (13,0)	14 (87,5) 65 (84,4)	1,00*
Er det riktige hansker (skal kunne dekke og tette rundt mansjett)?	S US	1 (0) 6 (7,8)	1 (0) 8 (10,4)	2 (12,5) 5 (6,5)	2 (12,5) 4 (5,2)	10 (62,5) 53 (68,8)	1,00*
Tilstrekkelig med munnbind?	S US	0 (0) 2 (2,6)	0 (0) 2 (2,6)	1 (6,3) 7 (9,1)	4 (25) 14 (18,2)	11 (68,8) 52 (67,5)	0,68*
Er det riktige munnbind (beregnet på å beskytte personalet)?	S US	1 (6,3) 2 (2,6)	0 (0) 1 (1,3)	0 (0) 3 (3,9)	3 (18,8) 5 (6,5)	12 (75,0) 62 (80,5)	0,68*
Tilstrekkelig med briller/visir?	S US	0 (0) 1 (1,3)	0 (0) 10 (13,0)	1 (6,3) 7 (9,1)	5 (31,3) 10 (13,0)	10 (62,5) 49 (63,6)	0,18*
Er det riktige briller/visir (skal også dekke på sidene)	S US	1 (6,3) 4 (5,2)	0 (0) 5 (6,5)	2 (12,5) 3 (3,9)	1 (6,3) 12 (15,6)	12 (75,0) 51 (66,2)	1,00*
Tilstrekkelig med engangsfrakker (gule smittefrakker)	S US	0 (0) 1 (1,3)	1 (6,3) 4 (5,2)	1 (6,3) 8 (10,4)	7 (43,8) 14 (18,2)	7 (43,8) 50 (64,9)	1,00*
Er det riktige engangsfrakker (gule smittefrakker med mansjett)?	S US	1 (6,3) 1 (1,3)	0 (0) 1 (1,3)	2 (12,5) 3 (3,9)	2 (12,5) 10 (13,0)	11 (68,8) 62 (80,5)	0,14*

n (%)

*Fishers eksakte test, eller

**Kjellvadratt er beregnet for forskjellen mellom avdelinger med smitte og uten smitte. I antall (%) som svarer enten «nokså ofte» eller «meget ofte eller alltid»

Tabell 4. Bruk av smittevernustyr

	Med smitte = S Uten smitte = US	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid	p-verdi
Utlåses det å bruke smittevernustyr for å spare på utstyret?	S US	13 (81,3) 52 (67,5)	1 (6,3) 9 (11,7)	2 (12,5) 8 (10,4)	0 (0) 5 (7,8)	0 (0) 2 (2,6)	0,33*
Brukes engangsutstyr flere ganger?	S US	7 (43,8) 49 (63,6)	3 (18,8) 7 (9,1)	2 (12,5) 12 (15,6)	3 (18,8) 6 (7,8)	1 (6,3) 3 (3,9)	0,23*
Må det brukes alternative løsninger enn anbefalt smittevern? For eksempel støllefrikker i bormull (eventuelt med plastforlinje over) i stedet for engangsfrakker?	S US	11 (68,8) 44 (57,1)	2 (12,5) 4 (5,2)	0 (0) 13 (16,9)	2 (12,5) 3 (3,9)	1 (6,3) 13 (16,9)	1,00*

n (%)

*Fishers eksakte test er beregnet for forskjellen mellom avdelinger med smitte og uten smitte. I antall (%) som svarer enten «nokså ofte» eller «meget ofte eller alltid»

på hvert skift med ansvar for at rutine- ne ble fulgt. På spørsmålene om rutiner var det ingen forskjell på svarene fra avdelingene med og uten smitte.

Kunnskap, informasjon og opplæring

Vi stilte åtte spørsmål om informasjon og opplæring. Syttifire avdelinger (80 prosent) svarte at de hadde en eller annen form for obligatorisk opplæring om smittevern i forbindelse med koronakrisen (svarte ja på minst et av de tre første spørsmålene i tabell 5).

De resterende 19 avdelingene oppga at de la til rette for at personalet skulle kunne se opplæringsmaterialet som var lagt ut på Folkehelseinstituttets og Helse- direktoratets hjemmesider.

Annet

Syttiåtte avdelinger (84,8 prosent) oppga at det var opprettet «koronaavdeling» i kommunen, og 38 avdelinger (41,3 prosent) hadde gjort fysiske eller bygnings- messige endringer i forbindelse med koronakrisen.

Det var ikke forskjell på hvordan avdelinger med og uten smitte svarte på disse to spørsmålene. Femten avdelinger (93,8 prosent) med smitte oppga at de hadde gjort endringer i turnusen eller omdisponert personale, mens 34 av

avdelingene uten smitte (44,7 prosent, p-verdi < 0,01) oppga at de hadde gjort endringer i turnusen eller omdisponert personale.

DISKUSJON

Denne kartleggingsstudien viser at til- gangen på smittevernutstyr, bruken av utstyr og opplæringen er bedre enn det inntrykket vi hadde før undersøkelsen.

Når det gjelder muligheten til å over- holde smittevernreglene, slik som av- stand, punktdesinfeksjon og personale

.....

«Munnbind ble brukt flere ganger når det ikke var påvist smitte.»

som ikke jobber på flere steder, hadde flere avdelinger utfordringer. Kun på få punkter skilte avdelinger med smitte seg fra de uten smitte.

Avdelinger med smitte

lot personale jobbe flere steder

Vi hadde ventet at særlig avdelinger med smitte hadde hindret persona- le fra å arbeide andre steder. At halvpar- ten av disse avdelingene hadde perso- nale som jobbet andre steder, og at kun

litt over halvparten av avdelingene had- de innført restriksjoner mot dette, er overraskende.

Bortsett fra forbud mot å arbeide på andre avdelinger ved samme institu- sjon, skilte avdelingene med smitte seg ikke fra de uten smitte. For å få dekket turnusen har mange avdelinger basert seg på relativt små brøkstillinger.

Undersøkelser viser at de som ar- beider i slike stillinger, ofte blir «tvun- get» til å arbeide flere steder for å få en vanlig inntekt (16). I tillegg kom det frem at sykepleiere ofte har ansva- ret for flere avdelinger. Det skaper ut- fordringer for smittevern. Det er også hevdet at personale som arbeider på flere avdelinger, direkte bidrar til smit- tespredning (17).

En gjennomgang som Stockholms län har gjort av sine 227 eldreboende, avdekket at desto flere ansatte som var i kontakt med pasientene, desto større var faren for at beboerne ble smittet (18, 19). Det å ha en fast, stabil stab, hvor an- satte ikke arbeider andre steder, er kan- skje den viktigste forbedringen som kan gjøres for smittevernet.

Det var vanskelig å holde avstand

Femtifem avdelinger (59,1 prosent) oppga at det nokså ofte eller meget ofte eller alltid var vanskelig for pasientene å holde avstand seg imellom. Kommenta- rene viser at personer med demens som ikke forstår situasjonen, er den største utfordringen.

Fordi over 80 prosent av beboerne på sykehjem har demens, må man være ekstra oppmerksom på dette og arbeide for å finne gode løsninger. Kanskje løs- ningen med faste grupper, som én avde- ling beskrev, er praktisk gjennomførbar, slik at det blir mulig å begrense smitten til den ene gruppen.

Åttien avdelinger (87 prosent) (tabell 2) oppga at det nokså ofte eller meget of- te eller alltid var umulig å holde avstand mellom pleiere og beboere i alle situasjo- ner. At 87 prosent i stor grad ikke klarte å overholde myndighetenes anbefaling om avstand, er et sannsynlig funn gitt at de fleste pasientene trenger fysisk hjelp.

Når det ikke kan holdes forsvarlig avstand, skal basale smittevernrutiner følges, og i noen situasjoner skal det

Tabell 5. Opplæring og informasjon

	Avd. med smitte	Avd. uten smitte	Kjikkvadrat, p-verdi
Har det i forbindelse med koronakrisen vært gjennomført obligatorisk undervisning/opplæring med fysisk frammaté?	11 (68,8)	37 (48,1)	0,13**
Har det i forbindelse med koronakrisen vært obligatorisk undervisning/opplæring via elektroniske løsninger (skype/ teams/ eller liknende)?	12 (75,0)	37 (48,1)	0,05**
Har det i forbindelse med koronakrisen vært obligatorisk for personalet å gjennomføre opplæring via web-ressurser (Helsedirektoratets hjemmesider, FHIs hjemmesider eller liknende)?	9 (56,3)	45 (58,4)	0,87**
Gjennomføres det regelmessig oppdatering om smittevern for personalet ved fysisk frammaté (rapporter, infomater)?	14 (87,5)	56 (72,7)	0,34*
Gjennomføres det regelmessige oppdateringer om smittevern via elektroniske medier (Skype, Teams, eller liknende)?	9 (56,3)	36 (46,8)	0,49**
Legges det regelmessig ut oppdatering for personell på kommunens intranett (som «Workplace» eller liknende)?	15 (93,8)	71 (92,2)	1,0*
Er det lett tilgjengelig skriftlig materiale om smittevern, som oppdateres jevnlig, på avdelingene («Koronaperm» eller liknende)?	16 (100)	73 (94,8)	1,0*

n (%) som svarer ja

*Fishers eksakte test

**Kjikkvadrat

» også benyttes smittevernutstyr (12).

Kommentarene tyder på at det var i slike situasjoner de gjenbrukte utstyr og brukte alternativt utstyr. De benyttet munnbind en hel vakt og brukte bomullsfrakker der de tidligere hadde brukt engangsfrakker.

Mange hadde smittevernutstyr

Som tabell 3 viser, svarte et stort flertall av avdelingslederne at de hadde tilgang på fullverdig smittevernutstyr. Kommentarene viser at det ikke hadde vært slik

.....

«Kun på få punkter skilte avdelinger med smitte seg fra de uten smitte.»

hele tiden, men at situasjonen hadde bedret seg.

De som ikke hadde smitte, uttrykte bekymring for at det utstyret de hadde, ikke ville holde lenge hvis de fikk smitte på sykehjemmet. Imidlertid oppga ikke en større andel av avdelingene med smitte enn de uten smitte at de hadde mangel på smittevernutstyr.

Før studien var det meldinger som tydet på at personale og pasienter ved sykehjem ikke alltid ble testet, selv om kriteriene tilsa dette (20).

Tallene i studien vår viser at et stort flertall av avdelingene hadde klare rutiner for når en person skulle testes, og at rutinene stor sett ble fulgt. Dette



resultatet indikerer at det har vært en forbedring i testingen.

Ansvar for smittevern var uklart

Alle avdelingene oppga at det var egne rutiner for smittevern i kommunen. Noen avdelinger hadde ikke egne rutiner på avdelingen, men fulgte felles rutiner for sykehjemmet eller kommunen.

Det at kun 49 av 93 avdelinger oppga å ha navngitte personer (eller funksjoner) på hvert skift med ansvar for at rutine ble fulgt, mener vi viser at mange avdelinger har uklart ansvar for smittevern på den enkelte vakt, og at det kan bety svekket smittevern.

Selv om fire av fem avdelinger hadde en eller annen form for obligatorisk opplæring, var det 19 avdelinger (17,0 prosent) som hadde overlatt ansvaret for å oppdatere seg på smittevern til den enkelte pleieren.

Selv om det ble lagt til rette for at de kunne se opplæringsfilmene til Folkehelseinstituttet, mener vi at det er uheldig at ikke alle sikres nødvendig opplæring i smittevern.

Styrker og svakheter ved studien

Denne studien har ikke sett på faktisk smittevernberedskap ved observasjon, men er basert på svar fra avdelingsledere ved sykehjemmene.

Det kan skape informasjonsskjevhet ved at ledelsen ikke nødvendigvis sitter inne med detaljert informasjon om hvordan smittevernberedskapen oppleves blant dem som arbeider nærmest pasientene.

I tillegg er det en risiko for at avdelingslederne, som jo har det øverste administrative ansvaret ved avdelingene, også for adekvat smittevernberedskap, vil kunne beskrive situasjonen positivt med tanke på eget omdømme.

Undersøkelsen omfatter et begrenset antall sykehjem som ikke er tilfeldig utvalgt. Det begrenser generaliserbarheten noe, selv om svarprosenten er høy.

Fire sykehjem som hadde store utfordringer med koronasmitte på egne avdelinger, valgte ikke å delta. Likevel var det 16 av de 93 avdelingene som svarte på undersøkelsen, som hadde hatt eller hadde pasienter med covid-19-infeksjon.

På flere av sykehjemmene var det to

avdelinger som svarte. Siden alle svarene var anonyme, hadde vi ingen mulighet til å identifisere hvor det var to avdelinger fra samme sykehjem.

Vi tok ikke hensyn til dette momentet i analysene, noe som kan gi mindre variasjon i svarene enn det som hadde vært tilfellet hvis kun én avdeling svarte fra hvert sykehjem.

KONKLUSJON

Denne studien viser at situasjonen rundt rutiner, opplæring av personale og tilgang på smittevernustyr på norske sykehjem er bedre enn inntrykket som har kommet frem i mediene.

I perioden fra den første tiden smitten kom til landet, og frem til slutten av april 2020, har antakelig mye falt på plass angående smittevernustyr, testing av personale og beboere, rutiner og opplæring. Det er likevel rom for forbedringer.

Når det gjelder bemanningssituasjonen, er det fremdeles utfordringer med mangel på sykepleiere og små stillinger som medfører at mange pleiere arbeider flere steder. Det kan medføre økt smitterisiko under den nåværende epidemien og for fremtidige epidemier.

Tiltak for å redusere personalets behov for å arbeide på flere institusjoner, bør være en del av den vanlige driften. Det bør også ses på hvordan beboere som ikke klarer å overholde smitteverntiltak, kan leve sammen som vanlig, uten at det utgjør en risiko for et helt sykehjem.

Opplæring av personalet på viktige fagområder som smittevern bør gjøres obligatorisk og ikke overlates til den enkelte ansattes initiativ.

Vi mener at resultatene fra denne studien er viktige i den videre planleggingen av smittevern på sykehjem – både for kommunale ledere, institusjonsledere og avdelingsledere. 🍌

REFERANSER

- McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *The New England Journal of Medicine*. 2020;382:2005–11. DOI: 10.1056/NEJMoA2005412
- Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2020;105948. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105948
- Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk factors associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and death in patients with Coronavirus Disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*. 13.03.2020. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0994
- Fonn M. Korona: Unngå å bli syk, bruk smittevernustyr riktig. *Sykepleien*. 11.03.2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/03/>

korona-unnga-bli-syk-bruk-smittevernustyr-riktig (nedlastet 15.05.2020).

- Forskrift 17.06.2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610> (nedlastet 15.05.2020).
- Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020;323(18):1775–6. DOI: 10.1001/jama.2020.4683
- Jorgensen LB, Thorleifsson BM, Selbaek G, Salyte Benth J, Helvik AS. Physical diagnoses in nursing home residents – is dementia or severity of dementia of importance? *BMC Geriatrics*. 2018;18(1):254.
- Helsedirektoratet. Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og-tannhelsetjenesten/sykehjem?malgruppe=undefined> (nedlastet 12.05.2020).
- Folkehelseinstituttet. COVID-19 – Dagsrapport – torsdag 23. april 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/e110607a67df46cbb8e30a443264a73/vedlegg/tidligere-dagsrapporter/2020.04.23-dagsrapport-covid-19.pdf> (nedlastet 24.04.2020).
- Muladal A, Engen T. KS slår alarm: Alvorlig mangel på smittevernustyr. *VG*. 21.04.2020. april.
- Wallum S. Mener det er omfattende systemsvikt ved flere sykehjem. *Adresseavisen*. 20.04.2020.
- Folkehelseinstituttet. Råd til sykehjem og andre helsegjennsplasser under covid-19-pandemien. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/sykehjem-og-smittevern-mot-covid-19/?term=&h=1> (nedlastet 13.05.2020).
- Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*. 2004;328(7451):3125.
- Haraldsen G. Spørreskjememetodikk: etter kokebokmetoden. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1999.
- Wärneryd B. Att fråga – om frågekonstruktion vid intervjuundersökningar och postenkäter. Örebro: Statistiska Centralbyrån; 1993.
- Amble N. Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus – en oppsummering. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2008. Rapportnr. 4/08.
- Fagbladet/NTB. Fagforbundet mener deltidsstillinger på sykehjem kan ha forsterket koronakrisen: Fagbladet. 31.03.2020. Tilgjengelig fra: <https://fagbladet.no/nyheter/fagforbundet-mener-deltidsstillinger-pa-sykehjem-kan-ha-forsterket-koronakrisen-6.91.692087.ddb050a0b6> (nedlastet 12.05.2020).
- Wikén J, Salihi D, Velizelos A. SVT granskar: Så tog sig coronaviruset in på Sveriges äldreboenden. Stockholm: SVT. 10.05.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.svt.se/nyheter/irrikes/svt-granskar-sa-tog-sig-coronaviruset-in-pa-sveriges-aldreboenden> (nedlastet 13.05.2020).
- Region Stockholm. Kunskafer från enkät ska minska smittspridning på äldreboenden Stockholm: Region Stockholm; 04.05.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.sll.se/nyheter-stockholms-lans-lands-ting/2020/05/kunskafer-fran-enkat-ska-minska-smittspridning-pa-aldreboenden/> (nedlastet 10.06.2020).
- Aas O, Dommerud T. Sykehjem i fem kommuner skiller seg ut. Her har over 40 prosent av alle koronadødsfallene skjedd. *Aftenposten*. 23.04.2020.





HOVEDBUDSKAP:

Å møte pasienter og pårørende i livets slutfase kan være utfordrende for sykepleiere. Når pasienter og pårørende blir klar over at døden nærmer seg, kan de reagere med skam, sinne, fortvilelse, ensomhet og sorg. Ved å bruke en refleksjonsmodell får vi en dypere forståelse av hvordan ytre forhold kan påvirke sykepleierens åpenhet, kunnskap og vilje til å gjøre godt i utfordrende situasjoner.

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2020.80310

NØKKELOD:

► Palliasjon ► Kunnskap ► Viljen til å gjøre godt ► Sykepleierolle

Hvordan kan sykepleiere møte pasienter og pårørende ved livets slutt?

Sykepleiere kan bruke en refleksjonsmodell for å få en dypere forståelse av hvordan ytre forhold kan påvirke deres åpenhet, kunnskap og vilje til å gjøre godt i utfordrende situasjoner.

Hensikten med denne artikkelen er å introdusere en refleksjonsmodell som kan gi sykepleiere en dypere forståelse av tre sentrale begreper: åpenhet, kunnskap og vilje til å gjøre godt.

Vi reflekterer over hvordan de tre begrepene henger sammen, og belyser faren for at eksterne omstendigheter påvirker hvordan sykepleierne møter pasienter og pårørende ved livets slutt.

Utgangspunktet for artikkelen er en fortelling om hva en sykepleier erfarer i møte med en pasient og hans kone i livets siste dager. Det er viktig å forstå seg selv og andre i møte med pasienter og pårørende. Det er i grensesituasjoner menneskenes menneskelighet tydeligst trer frem.

I grensesituasjoner dukker det opp mange følelser, som sinne, skam, fortvilelse og sorg. Dahl og Sørensen (1) skriver at erfaringer viser at helsepersonell har vansker med å møte for eksempel sinneutbrudd på en adekvat måte. De kommer ofte på defensiven eller havner i argumentasjon med pasienten eller de pårørende.

HVA ER REFLEKSJONSMODELLEN?

Refleksjonsmodellen er utarbeidet av Bergdahl og medarbeidere (2) og inneholder følgende begreper: ytre forhold (*external conditions*), som kan påvirke sykepleierens evne til åpenhet, åpenhet (*perceptiveness*), kunnskap (*knowledge*) og viljen til å gjøre godt (*the will to do good*) i omsorgen.

Essay som kritisk utprøvende metode hvor man stiller spørsmål til erfaringen, kan gi større innsikt og bedre forståelse for hva sykepleiere kan stå overfor i møte med

FORFATTERE



Solveig Margaret Thomassen
Universitetslektor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet



Lisbeth Nerdal
Førstelektor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

pasienter og pårørende i livets siste dager (3). Se «Fortellingen om Line» på neste oppslag.

SYKEPLEIEREN MÅ HA REFLEKTERENDE HOLDNING

Bergdahl og medarbeidere (2) mener at det er viktige forbindelser mellom elementene åpenhet, kunnskap og viljen til å gjøre godt. Disse tre elementene må være til stede for å skape en god relasjon til pasienten

og de pårørende, slik at sykepleieren kan gi god personsentrert palliativ omsorg (figur 1).

Bergdahl og medarbeidere (4) beskriver at åpenhet kan tolkes på to ulike måter. Den første tolkningen er at sykepleieren må være åpen for at pasienter og pårørende er forskjellige, og at de ikke vil reagere likt i livets siste slutfase.

Det andre er å være tilgjengelig for og forståelsesfull overfor pasienten og de pårørende og kunne se den unike personen og ikke kun være opptatt av den kaotiske situasjonen. Samtidig må sykepleieren intuitivt vite når hun

«Sykepleierens evne til å lytte, gi oppmerksomhet og vise følelser er viktig.»

eller han skal nærme seg, eller la pasienten og pårørende være i fred.

Sykepleierens evne til å lytte, gi oppmerksomhet og vise følelser er også viktig, det samme er en åpen og reflekterende holdning. Ifølge Bergdahl og medarbeidere (2) er det med våre følelser, vår kunnskap og vår åpenhet vi



UTFORDRENDE: Rollen sykepleiere har overfor palliative pasienter som den støttende og informasjonsgivende, er viktig for å trygge pasientene og de pårørende. Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB scanpix

orienterer oss, lager vårt omdømme, tar beslutninger og handler i omsorgssituasjoner uten å være dominerende.

YTRE FORHOLD KAN TRUE ÅPENHETEN

Eksterne omstendigheter kan ses på som ytre forhold som truer åpenheten (5). Det som i fortellingen kan ses som ytre forhold, er kulturen på avdelingen eller regelen om at alle sykepleiere i begynnelsen av vekten alltid skal gå rundt og hilse på pasientene.

Da Line fikk informasjon om at Anne viste sinne, tenkte hun at dette er en familie som nå er truet på livet, en familie som trenger omsorg og tilstedeværelse. Hun ønsket å kunne være til hjelp for både Anne og Per, men samtidig begynte hun å grue seg til å møte dem.

Var det de etablerte rutinene på avdelingen som påvirket hennes evne til å være åpen mot seg selv? Line

vurderte at hun burde ha ventet med å gå inn til paret fordi Anne nylig hadde vært sint på en annen sykepleier. Likevel valgte hun å gå den faste runden, slik rutinen er på avdelingen.

Var det et ønske om å tilpasse seg avdelingens rutiner, et ønske om å komme inn i avdelingens pleiekultur? Pleiekulturen er det faglige fellesskapet der faglige og personlige verdier og normer er vevd tett sammen (6).

Eksterne forhold kan også være knyttet til hvor lang tid det er avsatt til rapport, og hvor mye av det som har skjedd med pasienten og de pårørende i løpet av vekten, man velger å presentere. Ifølge Ranheim (7) er hver pasient unik, og det blir derfor viktig for sykepleieren å få all nødvendig informasjon.

YTRE FORHOLD KAN GI ETISK KONFLIKT

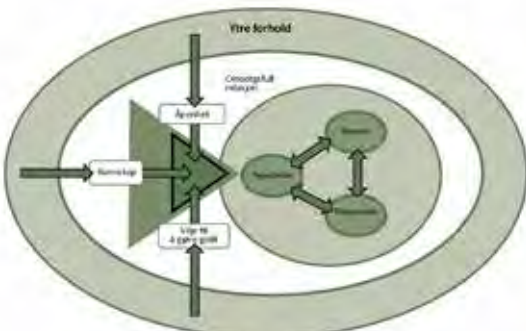
Hvorfor ba ikke Line om flere opplysninger fra sykepleieren som ga rapport? Hva det var som utløste sinnet? Hadde det hendt noe spesielt? Var Annes uttrykk for sinne berettiget? Dahl og Sørensen (1) mener det er viktig å skille mellom berettiget eller uberettiget sine.

Berettiget sinne knytter seg gjerne til situasjoner der helsepersonell gjør feil, eller når det er systemfeil slik at prøvesvar ikke foreligger, journalen er forsvunnet eller pasienten har fått feil tid til undersøkelse.

Når sykepleieren er ny på en arbeidsplass, kan det ta tid før hun eller han har funnet sin plass i kollegiet og blitt kjent med hvordan man diskuterer faglige utfordringer.

Er Line redd for at den som holder rapporten, skal oppleve henne som ny og uerfaren, og er det tid i rapporten til å starte denne diskusjonen? Denne travelheten, som er bestemt av avdelingens normer, regler og prioriteringer, kaller Martinsen «den vonde travelheten» (8).

Figur 1. Refleksjonsmodell



Ytre forhold kan påvirke sykepleierens mulighet til å danne en omsorgfull relasjon. Kilde: Bergsjø E, Berntsen E, Tønnesdahl BA, Ancelet B (2012) (engelsk) tilgjengelig på: <https://www.researchgate.net/publication/260111111>

Avdelingens rutiner, altså ytre forhold, setter Line i en etisk konflikt hvor det å følge rutinene får henne til å gå på akkord med det hun ønsker å gjøre for Anne og Per.

De eksterne omstendighetene og avdelingens normer og rutiner hemmer Lines muligheter til å være åpen for sin første intuitive følelse av å vente med å banke på døren deres. Harståde og medarbeidere (9) mener at evnen til åpenhet (*perceptiveness*) kan ses på som en kjernekompetanse for å bevare verdigheten innen palliativ omsorg.

YTRE FORHOLD KAN PÅVIRKE KUNNSKAPEN

Line lar seg påvirke av det som kommer frem i rapporten. Hun blir usikker og bestemmer seg til slutt for å følge rutinene på avdelingen i strid med hennes indre følelser for hvordan hun burde opptre i situasjonen. Kanskje handler det om at Line mangler erfaringskunnskap og teoretisk kunnskap om etisk vanskelige situasjoner?

Mangelen på kunnskap og erfaring kan derfor overskygges av en ytre norm eller kultur. Sykepleierens kunnskaper, kompetanse og ferdigheter er avgjørende for om pasienten vil føle seg trygg og ivaretatt i livets slutfase.

Sykepleierens praktiske erfaring bygger på teoretisk kunnskap (episteme) og praktisk kunnskap (techne), ifølge Benner (10). Sykepleierens erfaring har betydning for hvordan sykepleieren yter omsorg, og for hvilke relasjoner som skapes til pasienter og pårørende.

Dunn og medarbeidere (11) sier at jo mer erfaring sykepleiere har med døende pasienter, jo mer positiv blir opplevelsen for pasienten.

RUTINER TRUMFET KUNNSKAP

Kaasa og medarbeidere (12) mener at forholdet mellom den profesjonsutøvende, pasienten og de pårørende må være forankret i solid faglig kunnskap og erfaring. Line forsto intuitivt at det var klokt å vente med å gå inn til Anne og Per til de selv ba om det. Dersom pårørende inviteres til en samtale de ikke ønsker, kan det oppleves som en byrde (13).

I situasjonen under rapporten var Lines åpenhet påvirket av at rutinene skulle følges, noe som igjen gjorde at hun ikke fikk brukt kunnskapen sin. Sykepleiere må være klar over sin egen kunnskap eller mangel på kunnskap i møte med pasienter og pårørende.

I tillegg må sykepleierne ha vilje til å tilegne seg den kunnskapen de trenger i omsorgssituasjonen. Forventningene til sykepleierens profesjonalitet er store. Ifølge Bergdahl og medarbeidere (4) opplever sykepleiere at rollen de har overfor palliative pasienter som den støttende og informasjonsgivende, er viktig for å trygge pasienter og pårørende.

MANGLENDE ERFARING KAN GI USIKKERHET

Ville møtet med Anne og Per blitt annerledes dersom Line under rapporten hadde valgt ikke å la seg påvirke av informasjon om de pårørendes sinne, men heller hatt mot til å

være åpen for sin egen intuisjon og ventet med å gå inn til dem til de ringte på?

Å møte personer med en dødelig sykdom på en omsorgsfull måte krever god kjennskap til seg selv og evnen til å håndtere situasjoner som kan oppstå (1).

Line veksler mellom å ønske å gjøre godt for pasienten og å grue seg til møtet med Anne og Per. På grunn av Lines

«Dersom pårørende inviteres til en samtale de ikke ønsker, kan det oppleves som en byrde.»

manglende erfaring med pasienter i livets slutfase ble det Lines engstelse som kom til uttrykk i møtet med dem.

Da Line ble møtt av Anne og sinnet hennes, forsto hun intuitivt at sinnet var berettiget, og at sinnet knyttet seg til manglende informasjon (1).

Hun forsto at dette var en pårørende som hadde det vanskelig, og ikke en som *var* vanskelig. Line ble forundret og stoppet opp utenfor døren, hun rettet oppmerksomheten mot Annes situasjon og skapte rom for undring.

«INNFALL» KAN GI EN ANNEN UTVEI

Martinsen (14) fremhever at oppmerksomheten sammen med en skjerpet oppfattelse av situasjonen får frem pasientens inntrykk av smerte, lidelse og livshåp. Lines tanker ble satt i gang, hun skjønnte det var noe som var viktig, hun stoppet og undret seg, og hun fikk nye inntrykk, noe Martinsen (15) kaller «innfall»:

Det kan være en vanskelig situasjon sykepleieren står i som hun ikke finner ut av. Plutselig er det noe som faller henne inn, noe hun ikke har tenkt på før. Hun gjenkjenner noe i situasjonen og ser en mulig utvei. Hun våger å ta innfallet opp og arbeide med det.

Det skal mot til å åpne seg for innfallet, ta det opp og forfølge det. Å våge å forfølge innfallet kan føre til at det man i praktisk sykepleierarbeid er vant til å gjøre på en bestemt måte, kan og bør gjøres annerledes.

Line velger nå å vente til Anne eller Per ringer på. Hennes åpenhet, kunnskap og vilje til å gjøre godt er ikke lenger påvirket av rutiner, tid eller sykepleieren som ga rapport. Åpenhet betraktes også som nødvendig for å utvikle kunnskap om og relasjon til pasienten (2).

YTRE FORHOLD KAN PÅVIRKE VILJEN TIL Å GJØRE GODT

Viljen til å gjøre godt kan ses på som et forsøk på å gi god omsorg. Spørsmålet er om ytre forhold kan hemme viljen til å gjøre godt. Pleie og omsorg tar tid (16).

Tid og ressurser kan ifølge Wallerstedt (17) påvirke sykepleierens vilje til og ambisjon om å gjøre det best mulig for pasienten. Line hadde en indre følelse av å ville gjøre godt, men ble hindret dels av seg selv og sin manglende kunnskap, dels av de rådende ytre reglene og normene på avdelingen.

Andershed og Ternestedt (5) mener at det er viktig at

FORTELLINGEN OM LINE

Line kommer på aftenvakt på sykehuset der hun begynte å arbeide for to uker siden. Hun opplever at arbeidet er spennende, og hun føler seg godt mottatt på avdelingen. Hun ser frem til informasjon om sine pasienter før aftenvakten begynner.

På rapporten får hun informasjon om at de har fått inn en ung pasient, Per, som har vært syk i bare tre uker. Han har blitt behandlet for akutt tonsillitt, som nå viser seg å være øsofagus-cancer med kort forventet levetid.

Per og kona Anne er lovet at plagene hans skal lindres så godt som mulig. Line synes det er trist å høre at Per har hatt store smerter og har vært kvalm i dag, og hun ønsker å hjelpe ham. Hun får også opplysning om at Anne har vært sint i dag, og at det er vanskelig å komme i dialog med henne.

Avdelingen har den rutinen at ansvarlig sykepleier går en runde og hilser på hver enkelt pasient etter at de har fått rapport. Line merker når hun begynner å gå runden at hun gruer seg til å møte Per og Anne.

Line møtes med sinne

Line kjenner et sug i magen idet hun banker på og skal til å åpne døren. I det samme rives døren opp fra innsiden. Line og Anne blir stående ansikt til ansikt, og Line kan kjenne raseriet som

møter henne. Ansiktet til Anne er rødmusset, og hun roper høyt med sint stemme mot Line:

«Hvorfor er mannen min kvalm, han har ikke spist noe, han skal ikke være kvalm da! Og hvorfor ligger det kladder og andre sykehusting inne på rommet, det skal ikke være her.»

Line venter på at Anne skal bli ferdig, slik at hun kan få fortalt henne at hun kan hjelpe til, både med smertene og kvalmen, men kommer ikke så langt.

Anne smeller døren igjen foran Line, og opplevelsen av å være uønsket er stor. Hun venter litt utenfor døren før hun går videre til de andre pasientene, samtidig tenker hun at hun skulle ventet med å gå inn til dem til de tok kontakt.

Line møter Anne med stillhet

En kort stund etterpå ringer klokken på rommet til Per. Line går mot rommet og banker forsiktig på døren. Hun venter litt, men ingen kommer, så hun åpner døren forsiktig og går inn.

Det er stille i rommet, Anne sitter i en stol og ser trist ut. Line går bort til henne, setter seg i stolen ved siden av og legger forsiktig hånden sin på hennes. Line er usikker på hvordan Anne vil reagere. Slik sitter de en liten stund, i stillhet.

Line begynner å fortelle Anne om hvorfor Per er kvalm, selv om han ikke har spist, og hvorfor det ligger ekstra med kladder og annet utstyr inne på

rommet. Hun forklarer at hun nå vil hente medisiner for å lindre Pers smerte og kvalme.

Etter å ha gitt Per antiemetikum og smertestillende rydder Line på rommet samtidig som hun småsnakker med ham. Anne benytter anledningen å forlate rommet for å hente seg kaffe. Per forteller at han er bekymret for Anne, og at han ikke tør å vise hvor ille han har det.

Pårørende trenger informasjon

Smertene som skulle lindres, skremmer Anne. Får ikke Per nok smertelindring, slik de var lovet? Line tenker at Anne trenger informasjon om Pers sykdom og hva som kan forventes i livets siste dager.

Etter en stund er Per rolig og avslappet. Anne komme inn og setter seg ved siden av sengen med en kaffekopp mens tårene renner. Line setter seg ved Annes side, er stille og bare er der. Etter en stund sier Anne følgende: «Du kan gå nå, vi vil hvile.»

Idet Line går, sier hun: «Dersom han fremdeles opplever smerte eller blir kvalm, håper jeg du sier fra.» «Det kan du være sikker på», er svaret hun får, men stemmen til Anne er ikke lenger sint. Den er preget av gråt som har fastnet, den er fortvilet, angstfylt, livredd og preget av bunnløs sorg. ●

sykepleieren er åpen og sansende mot pasienter og pårørende, slik at de pårørende føler seg involvert i omsorgen for pasienten. I tillegg er sykepleierens vilje til å gjøre godt viktig for å skape den unike og gode omsorgen.

HVA KUNNE LINE GJORT ANNERLEDES?

Hvert forhold mellom pasienter og sykepleiere er unikt. Line satte seg ned sammen med Anne uten å si noe, hun viste med hele seg at hun var til stede for Anne.

Line merket at det da var lettere å forholde seg til Annes tristhet; her kunne hun trøste, stryke henne over armen eller være til stede for henne uten at hun måtte bruke store, fornuftige ord. Det var trygt og ukomplisert.

Når Anne er mottakelig for Lines omsorg, er det enklere for Line å gjøre godt for Anne. Line hadde imidlertid ingen erfaring

med å møte sinte pårørende og visste ikke hvordan hun skulle forholde seg til den nye situasjonen.

Hva kunne hun ha gjort annerledes slik at hennes ønske og vilje om å gjøre godt kom frem i møte med pasient og pårørende? Kanskje var hennes første intuitive følelse av å la paret være i fred, den egentlige viljen til å gjøre godt?

Kanskje var det slik, men denne gangen ble hennes indre vilje til å gjøre godt overskygget av ytre omstendigheter. Kanskje trengte Line mer mot til å stå imot de rådende normene, et mot som hun kan få med mer kunnskap og erfaring.

KONKLUSJON

Fortellingen og refleksjonen viser tydelig at det er utfordrende for sykepleiere å møte pasienter og pårørende i sluttfasen av livet. Ved å bruke refleksjonsmodellen kan sykepleiere få en dypere





forståelse av hvordan begrepene åpenhet, kunnskap og vilje til å gjøre godt er beslektet, og hvordan ytre forhold kan virke inn på omsorgen og pleien i møte med pasient og pårørende i livets sluttfase.

Dersom en sykepleier ikke er åpen i møte med en pasient eller pårørende, kan det hende at hun eller han mister viktig og aktuell kunnskap om pasienten og pårørende i en gitt situasjon. Det vil være svært uheldig om det skjer ved livets slutt.

Åpenhet kan bidra til at sykepleieren får bedre kunnskap om pasienten, og viljen til å gjøre godt kan bidra til å skape gode omsorgsrelasjoner når livet går mot slutten. Sykepleieren må også være oppmerksom på at avdelingens pleiekultur kan påvirke sykepleierens handlinger på en negativ måte.

Artikkelen baserer seg kun på én fortelling, men vi håper likevel at en tilsynelatende liten hendelse kan gi innsikt og kunnskap. ●

Takk til Elisabeth Bergdahl for gode innspill og diskusjoner.

REFERANSER

- Dahl AA, Sørensen T. Krefstyskdom: psykologiske og sosiale perspektiver. Oslo: Cappelen Dam Akademisk; 2016.
- Bergdahl E, Benzein E, Ternestedt BM, Andershed B. Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. *Nurs Inq*. 2011;18(2):111–22.
- Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(2):145–53.
- Bergdahl E, Wikström BM, Andershed B. Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):752–60.
- Andershed B, Ternestedt BM. Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. *J Adv Nurs*. 2001;34(4):554–62.
- Hamran T. Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1991.
- Ranheim A. Expanding caring: theory and practice intertwined in municipal elderly care. *ResearchGate*; 2011.
- Martinsen K. «Vil du meg noe?»: om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I: Alsåvg H, Førland O, Frode F, red. *Rom for omsorg?* Bergen: Fagbokforlaget; 2014. s. 226–45.
- Harståde CW, Blomberg K, Benzein E, Östlund U. Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(1):8–23.
- Benner P. Fra novice til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleierpraksis. Oslo: TANO i samarbeid med Munksgaard; 1995.
- Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(1):97.
- Kaasa S, Loge JH, Haugen DRF, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
- James I. *Bakom rutinerna: kunnskap och omvårdnadspraxis i mänskliga gränssituationer*. Örebro: Örebro Universitet; 2010.
- Martinsen K. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribes; 2005.
- Martinsen K. Innfallet og dets betydning i liv og arbeid: metafysisk inspirerte overveielser over innfalls natur og måter å vise seg på. *Klinisk Sykepleie*. 2008;22(1):20–32.
- Fonn M, Kari Martinsen: – Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*. 2019;107(1):70–5. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar> (nedlastet 03.02.2020).
- Wallerstedt B. Utmaningar, utsatthet og stöd i palliativ vård utanför specialistenheter. Örebro: Örebro universitet; 2012.



Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:
Hvordan kan sykepleiere møte pasienter og pårørende ved livets slutt?



Solveig M. Thomassen

Universitetslektor. Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

Lisbeth Nerdal og jeg har skrevet denne artikkelen fordi vi mener det er viktig for sykepleiere som arbeider med palliasjon, å være åpen i møte med pasienter og pårørende. Vi har begge opplevd at det er mye viktig informasjon sykepleiere trenger for å yte god pleie og omsorg, og som man kan gå glipp av om man ikke er åpen i disse møtene.

For sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen, er det viktig å forstå at det bakenforliggende kan være avgjørende når man skal møte pasientens plager. Når man skriver om egne erfaringer, oppstår det en mulighet til å huske, strukturere og sette ord på det som vi vanligvis ikke har gitt et språk.

Vi er begge opptatt av at erfaringskunnskap veves sammen med faglig og vitenskapelig kunnskap i en prosess gjennom kritisk refleksjon. Når sykepleieren møter pasienten og de pårørende, handler sykepleieren situasjonsbestemt i henhold til det hun erfarer, hun gjør noe med det, og blir så igjen utsatt for konsekvensene av det hun gjør. Det å gjøre noe skaper ikke en erfaring uten videre, med mindre sykepleieren får et bevisst forhold til den bølgen av konsekvenser som slår tilbake som en følge av handlingen. ●

SYKEPLEIEN FORSKNING

SEND INN DIN FORSKNINGSARTIKKEL!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfelleverdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Skann koden!

Les mer i forfatterveiledningen

QR-KODE

Forfatterveiledning for forskningsartikkel



sykepleien.no/forskning

Med faggruppene i front: – Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver

«Faget i front.» Hva betyr det? For faggruppene er det selvsagt. Vi har alltid jobbet med faget i front.



Det er en ny vind i Sykepleierforbundet. Sosiale medier har denne våren vært fulle av artikler, innspill og faglige kronikker fra sykepleiere. Aviser og Dagsnytt 18 har kappet om å få tilgang til vår forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen.

Men mange sykepleiere har ikke noen tradisjon for å skrive. Å skrive om sykepleie er en måte å utvikle profesjonen på, det utfordrer oss og er en vei til bevissthet og refleksjon.

Å skrive fagartikler og forskningsartikler, og å gjøre disse tilgjengelige for våre sykepleierkolleger, er, slik jeg ser det, noe av det viktigste vi gjør. Det trengs en klar og tydelig sykepleierstemme i fremtidens helsetjenester, og den starter med solid sykepleierdeltakelse i utviklingen av vårt eget fag.

Sykepleiefag og klinisk kompetanse er i stadig bevegelse og i kontinuerlig utvikling. Vi sykepleiere har et viktig ansvar i å henge med på, og bidra til, denne utviklingen.

Det tar fortsatt cirka 17 år før dokumentert forskning etableres i praksis. Det er altfor lang tid. Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.

HVORFOR ER DET VIKTIG Å SKRIVE OG FORMIDLE?

Fagartikler og forskning bidrar til å styrke kunnskapsbasen og kvaliteten på sykepleierutdanningen, sykepleieutøvelsen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Kunnskapen som formidles, er viktig i praksisnært arbeid, for generell fagutvikling og for å løfte frem sykepleie som fag i et tverrfaglig samarbeid.

Gjennom å dokumentere kan vi knytte sammen teori og praksis, samtidig som vi kontinuerlig utvikler et felles språk for utøvelsen av faget vårt. Vi kan



Mette Irene Ramstad Dønåsen

Leder, Sentralt fagforum i Norsk Sykepleierforbund



tallfeste og måle, men også utvikle kritisk tenkning som styrker faglig identitet og artikulering.

Metode og vitenskapsteori har fått en større plass i sykepleiefaget, og det stilles stadig høyere krav til fagartikler. Fagfelleurderte artikler har blitt vanlige for tidsskrifter innen sykepleie, og artiklene gjøres søkbare.

Lov om helsepersonell pålegger helsepersonell å holde seg oppdatert. Viktigst av alt er betydningen og resultatet når vi kan gi pasienten og brukeren det ferskeste og best dokumenterte tilbudet innen sykepleie. Faggruppene er opprettet blant annet med tanke på å oppnå dette.

KLINISK PRAKSIS OMSETTES TIL FAGLIG ARGUMENTASJON

I Sykepleierforbundet har vi 35 ulike faggrupper med rundt 27 000 medlemmer. Faget vårt spenner vidt, fra migrasjon til intensiv. Vi er der i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fellestrekket er grunnleggende sykepleie.

For faggruppene og deres medlemmer innebærer de vedtektsfestede formålene at man er aktiv faglig, og samtidig klinisk nær, innen det spesifikke feltet. Flere faggrupper er sterke politiske pådrivere gjennom for eksempel kronikker, fagartikler og forskningsformidling.

Dette har resultert i bedre nasjonale retningslinjer og praksis. Noen ganger tar dette lang tid, men vi ser at strategisk arbeid gjennom artikler og forskning bidrar til et bedre helsetilbud.

Mange av faggruppene bidro til faglige nasjonale retningslinjer og veiledere i helsetjenesten under covid-19. Sykepleierne sto i front og var viktige aktører for å vise vei gjennom pandemien. Det å



Faggruppens formål

- Skape møteplass for fag- og kunnskapsutvikling
- Bidra til utvikling av faglig identitet og tilhørighet
- Bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap
- Bidra til samarbeid og utvikling av kompetansenettverk på tvers av faggruppetilhørighet
- Bidra til å utvikle strategier, systematisk arbeid og kompetanse innen NSFs fag- og helsepolitiske prioriteringer
- Bidra til å utvikle og videreutvikle utdanningsprogrammer av høy kvalitet for sitt fagområde

Fra NSFs vedtekter § 5, faggruppens vedtektsmodell § 3

KONTROLL OVER FAGUTVIKLINGEN: – Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget, skriver innleggsforfatteren. Arkivfoto: Bo Mathisen

argumentere faglig med sykepleie ble da avgjørende for å få gjennomslag.

Sentralt fagforum bidro ved å være en samarbeidsarena for faggruppene. Her kan faggruppene få hjelp til å omsette klinisk praksis til faglig argumentasjon. Vi motiverer hverandre, skaper nettverk og støtter opp om og legger til rette for å formidle den særegne kunnskapen og erfaringen faggrupped medlemmene har.

Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget.

VI MÅ KUNNE SKILLE GOD OG DÅRLIG KUNNSKAP

Større oppmerksomhet på ny forskning og fagutvikling tror jeg kan styrke rekrutteringen til faget vårt. Generasjonene som utdanner seg nå, er vokst opp med internett og rask tilgang til å få svar på det meste. Vi «oversvømmes» av informasjon fra internett og andre steder som er mer eller mindre kvalitetssikret.

Å kunne skille mellom kunnskap av god og dårlig kvalitet er blitt spesielt viktig gjennom de siste 15–20 årene. Kunnskapen fra en utdanning som er tjue år gammel, er ikke nødvendigvis relevant eller riktig lenger, og da blir det viktig at vi vender blikket mot nyere forskning.

Forskning handler om systematisering av erfaring og kunnskap og bevissthet rundt hvordan man handler og forstår. Flere rekrutteres til å søke opp forskning og fagartikler, dele kunnskap og påvirke gjennom selv å skrive artikler.

BØR VI HA SKRIVEPLIKT?

Flere videreutdanninger i sykepleie, helsesykepleie og jordmorutdanning endres nå til masterløp. Nye masterutdanninger for sykepleiere er med på at vi gjør faget til

vårt eget. I stedet for at andre skal utvikle faget for oss, deltar vi aktivt nasjonalt i dette.

I Norge utdannes det hvert år rundt 660 spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreftsykepleie (ABIOK), 100–150 jordmødre og rundt 235 helsesykepleiere. Rundt 50 sykepleiere avlegger årlig en doktorgrad.

Kan vi snu tradisjonen til at det blir en positiv «plikt» å skrive artikler – minst én! – når du har gjennomført studiene dine? Herved er du og utdanningsfeltet ditt utfordret!

FÅR VI FAGLIG BOOST ETTER PANDEMIEN?

Sykepleie i praksis er både handy, tøft og aksjonsorientert. Du må kunne handle raskt, sette deg inn i pasientens situasjon og behov, og mestre avansert medisinsk utstyr på bakgrunn av kunnskap og erfaring.

Samtidig anvender vi nye, vitenskapelige forskningsmetoder ved hjelp av kunnskapspyramiden. Det er en

«Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.» Mette Dønåsen

kraftig vekst i tilgjengeliggingen av forskning og svært mange gode metaanalyser. Metaanalyser gjør at vi får sikrere kunnskap ved at de samler mange enkeltstudier.

Sykepleie som fag kan etter pandemien få en ny faglig boost. Pandemien har for mange synliggjort verdien av sykepleie som fag og kompetanse, ikke bare som profesjon. Faget i front må dokumenteres og skrives om.

Klinisk fagutvikling og forskning må være vår fremste oppgave for å vise for oss selv, befolkningen og politikerne hva sykepleie er. Inviter andre til å få del i din innsikt og kunnskap som sykepleier – kanskje det motiverer kollegaen din til å skrive? Vi må bruke denne muligheten til å møte samfunnets behov for fremtiden. 📌

VEILEDNING

FORFATTERVEILEDNING FOR FAG- OG FORSKNINGSARTIKLER

Før du sender inn fagartikkel til Sykepleien eller forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, må du lese forfatterveiledningen.

Veiledningen inneholder viktig informasjon om blant annet maksimal lengde på manuskriptet, oppsett og tips til godt språk. Her står det også hvordan referansene skal skrives, og hvordan figurer og tabeller skal se ut.

FAG
Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for fagartikler.



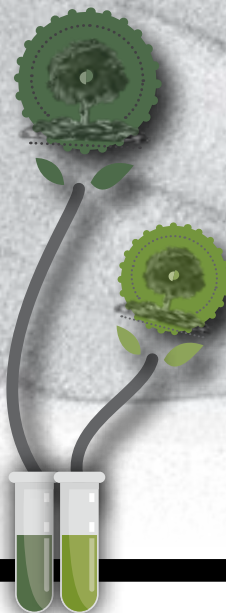
Forfatterveiledning for fagartikkel

FORSKNING
Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for forskningsartikler.



Forfatterveiledning for forskningsartikkel

Illustrasjon: Sissel Væter





sykepleienjobb.no

Skann koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal. Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.



NIKUT & UNIVERSITETET I SØRØST NORGE



Universitetet i Sørøst-Norge

Introduksjonskurs i Kunst og Uttrykksterapi (KUT)

Forkurs er obligatorisk om du ønsker å søke videreutdanning i kunst og uttrykksmetoder i terapi ved USN. Påmelding: send mail til: Melinda.Meyer@usn.no

Tema: EXIT: Stressmestring i Corona tiden

Dato: 9.-11.oktober 2020
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Gunnar Reinsborg, KUT

Tema: KUT og avhengighet

Dato: 13.-15.november
Ledere: Eva Amundsen, psykologspesialist og KUT & Lena Kalland, sosionom og KUT

Tema: KUT og Kroppens smerte

Dato 3. – 4. desember
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Margareta Warja, PhD, KUT

EXIT- leder sertifisering

11.feb- 15.mai 2021
Søknadsfrist: 10.desember 2020
*Obligatorisk å delta på for introduksjonskurset i EXIT
Påmelding: send mail til meli-m@online.no med kopi til gu-rein@online.no, miradans@gmail.com

For mer info: www.nikut.org

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80




Fag og forskning 2020

Fikk du ikke rett utgave?

Hvis du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har mottatt, kan du bestille den i fordelsbutikken på nsf.no. Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.

Alle utgavene finner du på sykepleien.no/temasaker

Bestill her!

GRATIS utgaver for medlemmer



QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSF's fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.



Sykepleier – ønsker du frihet og gode betingelser?

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller spesialsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, og dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no

DEDICARE