



Geriatrisk sykepleie

NR. 2-2016 • ÅRGANG 8

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Turnusarbeid kan gi helseplager

Sykepleien

GERIATRISK SYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Tlf. 97 53 95 55

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, PhD, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. **Liv Halvorsrud**, førsteamanuensis Høgskolen i Oslo og Akershus, HF – Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. **Liv Wergeland Sørbye**, PhD, førsteamanuensis, Diakonhjemmet høgskole. **Gørill Haugan**, PhD, 1.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

ANNONSER

Liv Inger Korsnes Nilsen
Tlf: 90 06 71 42
linilse@online.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO

Colourbox

NESTE UTGAVE

10. november 2016

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonserer som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.khelgesen@hiof.no



Innhold

NR. 2-2016 • ÅRGANG 8

- 3 Leder:
Tor Engevik
- 4 Landsstyret og lokalgruppeledere i NSF FGD
- 5 Redaktøren har ordet
- 6 Smånytt
- 8 Pårørendes erfaringer med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens
- 16 Sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme
- 26 Hvordan påvirker turnusarbeid i sykehjem sykepleieres helse og livskvalitet?

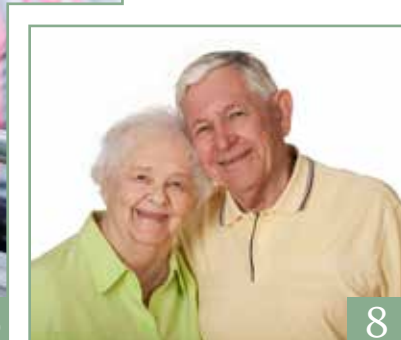
«Pårørende føler at de sjelden blir sett på som en ressurs...» Side 8



26



16



8

LEDER:
Tor Engevik



Diabetes er en folkesykdom

Årets store happening for medlemmene i de fleste faggruppene i NSF er landskonferansene. For faggruppen for sykepleiere i geriatri og demens fant denne sted i april i år og samlet over 200 sykepleiere fra hele landet. Etter en rekke gode og konstruktive tilbakemeldinger må vi kunne si oss godt fornøyd og det er på sin plass å takke alle som bidro både som deltakere og foredragsholdere.

To uker før vår egen konferanse arrangerte faggruppen for diabetessykepleiere i NSF Diabetessymposium i Tromsø. Jeg har sett på programmet deres og registrerer at blant de cirka 378000 nordmennene som har diabetes mellitus er den geriatrike pasient sterkt representert.

Årlig diagnostiseres rundt 600 personer med diabetes type 1 og rundt 28000 nordmenn har denne varianten. Både arv og miljøfaktorer er bakenforliggende årsaker, men med det vi vet i dag kan sykdommen ikke forebygges. Det kan imidlertid den andre varianten, diabetes type 2, som omtrent 350000 nordmenn lever med i dag.

I 2011 la tidligere helsedirektør Bjørn-Inge Larsen frem nøkkeltall for helsesektoren som viste at vi til da hadde hatt en tredobling av type 2 diabetes siden 1980. Dessverre fortsetter den trenden og diabetes type 2 kan i dag trygt betegnes som en folkesykdom. Tidligere ble type 2 diabetes ofte omtalt som aldersdiabetes, men alderen for utvikling av sykdommen er stadig på vei nedover. Selv om diabetes type 2 kan skyldes arvelige faktorer, oppstår den også på grunn av livsstilsfaktorer og da spesielt røyking, overvekt og inaktivitet. Ubehandlet vet vi at den kan forårsake store helseskader. Heldigvis kan medisinsk behandling og endring i livsstil redusere de negative konsekvensene av diabetes. Det er altså mulig å leve lenge og godt med diabetes hvis vi klarer å oppnå sykdomskontroll.

Vi kan som enkeltpersoner gjøre livsstilsendringer som reduserer sjansen for å få diabetes, men når vi har med en folkesykdom å gjøre er endringer som påvirker hele samfunnet i en positiv retning avgjørende for god sykdomsforebygging. I Oppegård kommune, som NSF's kompetansenettverk for folkehelse besøkte i fjor, har jeg inntrykk av at de har kommet langt med en helhetlig og forebyggende tenkning. Når boområder planlegges inkluderes ikke bare ordfører, rådmann og arealplanleggere. Både skole- og helsetjenesten er delaktig i arbeidet og på den måten blir forebyggende helsearbeid en viktig faktor. Boområdene i Oppegård blir tilrettelagt for aktivitet og livsglede for både barn, unge og eldre. Oppvekst og sunne bomiljø er

viktig for folkehelsen og altfor viktig til at det kan overlates til byplanleggere og politikere alene.

På nasjonalt nivå håper jeg for folkehelsens skyld på flere gode tiltak. Et av dem er rammeplaner som sikrer barn og unge i skolealder enda flere timer gymnastikk hver uke. Turer i skog og mark bør også stå på timeplanen og det bør legges til rette for at idrettslag og ideelle organisasjoner får blomstre til det beste for innbyggerne. Hjemmeboende eldre og eldre på sykehjem må etter min mening få anledning til å delta på meningsfulle fysiske aktiviteter hver eneste uke og god kollektivtransport som gjør bilen overflødig er andre vesentlige tiltak i et folkehelseperspektiv. Dessuten, behøver godteri å være så fristende rimelig?

Det er med diabetes som med alt annet. Det er lettere å forebygge enn å behandle. Som sykepleiere skal vi ikke bare være der når sykdom er et faktum. Som sykepleiere er det vårt oppdrag å bidra både på individ, gruppe og makronivå. Vi er eksperter på helse og vi kan bli enda tydeligere aktører når det gjelder forebyggende helsearbeid. Som sykepleiere i geriatrien må vi også huske at den geriatrike pasienten er sluttproduktet av det livet vi lever i dag.

Siden diabetes type 2 ofte kommer snikende er den ikke alltid så lett å oppdage. Halvparten av dem som i dag har sykdommen vet det ikke selv. Med viten om at sykdommen kan forebygges og at halvparten faktisk er udiagnostisert, så er det lett å støtte opp om diabetesforbundets oppfordring om å ta diabetesrisikotesten. Testen er å finne på diabetesforbundet sine sider www.diabetesrisikotesten.no. For min egen del fører min alder, min svakhet for raske karbohydrater, og det faktum at jeg har flere med diabetes i nær familie, til at jeg har en noe forhøyet risiko for å få diabetes. Å endre min livsstil i en positiv retning blir min oppgave.

I morgen lar jeg bilen stå og går til jobb. Jeg satser på sol fra skyfri himmel og ønsker dere alle en god august.

Tor Engevik

LEDER NSF'S FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

Landsstyret NSF FGD 2016



LANDSSTYRET

Leder:

Tor Engevik
Mobil: 90 54 62 28
e-post: tor.engevik@hotmail.no

Nestleder:

Inger Lund Olsen
Mobil: 93 24 32 37
e-post: inger.olsen@halden.kommune.no

Styremedlem:

Siren Anderassen
Mobil: 97 83 42 88
e-post: sirenanderassen@yahoo.no

Styremedlem, landskonferanseansvarlig:

Liv-Berit L. Jordal
Mobil: 41 69 30 56
e-post: livberitjordal@msn.com

Styremedlem/redaktør:

Wivi- Ann Tingvoll
Mobil: 97 53 95 55
e-post: wivi-ann.tingvoll@hin.no/vat@hin.no

Styremedlem/kasserer:

Elin Grønsvæen
Mobil: 41 26 28 84
e-post: elingronl@hotmail.com

1. vara:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

Nettsideansvarlig/medlemskontakt:

Gunhild Grythe
Mobil: 92 08 56 91
e-post: gunhil-g@online.no

Facebookansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig@online.no

LOKALGRUPPELEDERE

Hordaland:

Terje Årsvoll Olsen
Mobil: 97 69 26 20
e-post: tao@broadpark.no

Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com

Vestfold:

Katrine Linnom Pedersen
Mobil: 93 01 40 58
e-post: katrine.linnom@hotmail.com

Oppland:

Kari-Ågot K Taralrud
Mobil: 91 64 69 61
e-post: k.taralrud@hotmail.com

Buskerud:

Heidi Hobbestad
Mobil: 99 70 49 51
e-post: heho7412@hotmail.com

Østfold:

Håkon Johansen
Mobil: 90 85 06 70
e-post: haaj4@online.no

Oslo/Akershus:

Christine Jærv Erkheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineeerheim@hotmail.com

Trøndelag:

Linda Vinje
Mobil: 930 26 793
e-post: lindavinje@hotmail.com

KONTAKTPERSONER

Agder:

Kari Benneche Neteland
e-post: karianne.benneche.neteland@sshf.no

Rogaland:

Ragnhild Kalstveit
Mobil: 90 92 72 00
e-post: r_karstveit@hotmail.com

Telemark:

Sylvi Pedersen
Mobil: 92 08 18 42
e-post: sy-ped@online.no

Nordland:

Ann Iren Nikolaisen
Mobil: 91108478
e-post: ann.iren.nikolaisen@narvik.kommune.no

Møre og Romsdal:

Liv Inger Krognes Nilsen
Mobil: 90 06 71 42
e-post: linilse@online.no

Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Hedmark:

Renate Andersen
e-post: rea76@online.no

Kontaktperson ønskes i Sogn og Fjordane

Vitenskapelig tidsskrift

Geriatrisk Sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrisk sykepleie og sykepleie til personer med demens gjennom formidling av klinisk forskning og utvikling innen fagfeltet. Tidsskriftet er også et medlemsblad for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, kronikker og bokanmeldelser samt reportasjer. Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens

■ REDAKTØR:
Wivi-Ann Tingvoll



Pårørendes erfaringer

Denne utgaven av Geriatrisk sykepleie fokuserer på involvering av pårørende, kompetanse og tilrettelegging av tid i det daglige arbeidet med pasienter med demens i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Det økende antallet personer med demens utgjør ei utfordring for hjemmesykepleien og for familiene som er rammet. I følge nasjonale myndigheter er intensjonen at pårørende må inkluderes mer inn i omsorgstjenestene.

Den første artikkelen fokuserer nettopp på pårørendes erfaringer med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens. Vera K.L. Nordhagen og Venke Sørli belyser hvilke erfaringer pårørende til personer med demens har med hjemmetjenesten. Pårørende opplever tillit til «de synlige» pleierne i hjemmetjenesten, som er helsepersonell som yter «det lille ekstra» for pasienten, tilbringer tid med dem og samtaler med både pasient og pårørende. Pårørende beskriver en frustrasjon over et hjemmetjenestetilbud de finner utilstrekkelig og uverdigg. Det kan være ulike årsaker til dette, men manglende nærvær ved hjemmebesøkene og dårlig tid er noe av årsaken. Pårørende føler at de sjelden blir sett som en ressurs for bedre omsorg for pasienten.

En annen artikkel handler om utfordringer i det daglige arbeidet med å ivareta sykepleie til hjemmeboende eldre mennesker med psykiske lidelser. Torill Sæterstrand

fokuserer på økt samarbeid mellom sykepleierne og annet helsepersonell for å styrke kompetansen om alderspsykiatriske lidelser. Omsorgsmøter der det legges vekt på forståelse av den pårørendes situasjon er viktig. Sykepleierne erfarte at de måtte balansere mellom å samtale med pårørende i pasientens påsyn, eller å tilby den pårørende en samtale på kontoret fordi mistenksomhet fra pasientens side avhengig av pasientens lidelse var et problem.

Stine Hauvik og Gørill Haugan belyser i en artikkel hvordan turnusarbeid i sykehjem kan influere på sykepleieres helse- og livskvalitet. Med tanke på å rekruttere og beholde nødvendig sykepleiekompetanse i sykehjem, vil tilretteleggelse av turnus fungere slik at man unngår mot-klokka rotasjoner, unngår sein-tidlig-vakts kombinasjoner og samtidig ivaretar personalets behov for en «normal» måltidsrytme, ha betydning for den enkelte sykepleiers helse og dermed for hans/hennes utholdenhet i arbeidsforholdet. Følgelig vil en slik tilrettelegging av turnus også kunne ha betydning for kvaliteten på sykepleien i sykehjemmene.

Wivi-Ann Tingvoll

GJESTEREDAKTØR GERIATRISK SYKEPLEIE

Brosjyrer på flere språk

Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritets-helse (NAKMI) har utarbeidet tre ulike brosjyrer om demens. Brosjyrene finnes på fire språk: norsk, engelsk, polsk og urdu. Brosjyrene er utviklet i samarbeid med HelseDirektoratet og Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse. Brosjyrene finner du på NAKMI sin hjemmeside: <http://www.nakmi.no/aktuelt/2016/oversatte-brosjyrer-om-demens.html>



Nest mest lykkelige

Nordmenn er nest lykkeligst på jobb, viser en undersøkelse fra Universum som omfattet 250 000 ansatte i 55 land. Det er kun belgiske medarbeidere som er mer fornøyde enn nordmenn. Tredje plass går til Costa Rica. Blant våre skandinaviske naboer havner danskene på en fjerdeplass. Svenskene ligger på en ellevtte plass.



Kilde: Ledernet.no

SMÅNYTT

Vanskelig anatomi

Nesten 30 prosent av sykepleierstudentene strøk på en deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi i fjor. Det var Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) som arrangerte den frivillige nasjonale deleksamen for sykepleierutdanningene. Over 1 700 studenter på bachelorprogrammer fra tolv utdanningsinstitusjoner deltok, og flertallet av studentene var fra første semester. Kun to av institusjonene hadde et karaktersnitt på C, mens seks hadde E, eller i nærheten av E, som gjennomsnittlig resultat.

– Institusjonene har selv ansvaret for å styrke undervisningen og sette inn tiltak der det er behov. Nasjonale deksamener gir fagmiljøene muligheten til å sammenligne seg med tilsvarende fagmiljøer ved andre institusjoner, sier Terje Mørland, direktør for NOKUT.

Kilde: NTB



«Jeg vil ikke være pensjonist, jeg vil være pasjonist.» Wenche Myhre



Forskjell i levealder

Norge og Litauen kommer dårligst ut i en europeisk undersøkelse om forskjeller i dødelighet mellom høyt og lavt utdannede, viser en studie fra Folkehelseinstituttet.

– I resten av Europa er forskjellene mellom utdanningsgrupper redusert, men ikke i Norge. I Norge øker forskjellene, spesielt for kvinner, sier forsker Bjørn Heine Strand ved Folkehelseinstituttet.

Tidligere forskning har vist at de med høyere utdanning i gjennomsnitt lever lengre og har bedre helse enn de med lav utdanning. Flere studier har vist økende forskjeller. Det har derfor vært et mål i Norge og i Europa å redusere forskjellene

i dødelighet mellom høyt og lavt utdannede.

Økningen i forskjeller for norske kvinner skyldes hovedsakelig røykerelaterte årsaker, slik som lungekreft og KOLS. Kvinner med høyere utdanning har sluttet å røyke i større grad enn kvinner med lavere utdanning; i dag røyker om lag hver fjerde lavt utdannede kvinne mens blant høyt utdannede kvinner er det bare 6 % røykere.

– Det er åpenbart at røyking er en spesielt viktig årsak til dødelighetsforskjellene i Norge, sier Bjørn Heine Strand, som er en av forfatterne av studien.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Mindre depresjon

Gruppeaktiviteter kan redusere depresjon blant eldre mennesker med demens på institusjon, ifølge en avhandling ved Umeå Universitet. Forfatter av oppgaven, Gustaf Boström, undersøkte i sin avhandling to grupper – en aktivitetsgruppe og en stillesittende gruppe. I aktivitetsgruppen deltok mennesker med demens i fysisk trening i fire måneder. I den andre gruppen sang pasientene, de pratet og lyttet til opplesning. I begge gruppene ble depressive symptomer redusert.

Kilde: Forskning.se

Stumper røyken

Nikotinhalator i kombinasjon med røykeplaster kan hjelpe folk å slutte og røyke, viser et forsøk ved Otago universitetet i Wellington på New Zealand. 502 røykere deltok. De brukte inhalator i seks måneder i tillegg til røykeplaster de fem første månedene. Én av tre røykere klarte å slutte. Det er nesten dobbelt så mange som i kontrollgruppen, hvor bare 18 prosent lyktes med røykeslutt.

Kilde: Forskning.no

Sykepleien på øret

Du kan nå lytte til Sykepleien. I februar lanserte de nemlig sin nye podcast, med spennende intervjuer, reportasjer og faglig oppdateringer. I sine to første episoder kunne man høre om sansehager som terapeutisk miljø og om kunnskapsbasert praksis. Podcasten finner du på iTunes og via Apples podcast-app. Du kan også abonnere på podcasten. Da går du ikke gå glipp av en eneste episode.



Tekst Trine-Lise Gjesdal og Johan Alvik Foto Colourbox

Bedre psykisk helse

Pensjonister rapporterer om bedre psykisk helse og mer fysisk aktivitet enn da de var i jobb, viser en norsk undersøkelse. Studien omfatter data fra 546 personer som i 2002 var yrkesaktive og mellom 57 og 66 år. Fem år senere var 49 prosent blitt pensjonister. Målet med studien var å se på eventuelle forskjeller i helse og helseatferd hos yrkesaktive eldre og hos pensjonister. Undersøkelsen avdekket at pensjonister hadde bedre psykisk helse, opplevde i mindre grad enn de som fortsatt var yrkesaktive svekkelse av mental helse, var mer fysisk aktive og hadde gått ned i vekt. På den negative siden hadde noen økt inntak av alkohol.

Forsker i Statistisk sentralbyrå og førsteforfatter Astri Syse sier til Dagens Medisin:

– Jeg synes det var litt overraskende at den psykiske helsen blir bedre for pensjonister, sett i lys av at vi er veldig innstilt på at det skal være bra for eldre å jobbe.

Kilde: Dagens MedisinB



Faggruppe i geriatri og demens

Faggrupeleder i NSF faggruppe for geriatri og demens, Tor Engevik, og lokalgrupeleder og medlem i NSF's etiske råd, Terje Årsvoll Olsen er med i NSF's ressursgruppe for gode helsetjenester og omsorg for eldre. I gruppen sitter også Trine Jaksland Graff som driver en av Norges største facebooksider, Verdig eldreomsorg. Alle NSF's sykepleiere som er interessert i eldrehelse og -omsorg er velkommen som medlemmer av NSF's faggruppe i geriatri og demens og kan enkelt melde seg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409.

På bildet: Trine Jaksland Graff (t.v.), sykepleier og administrator for facebook siden «Verdig eldreomsorg». Her sammen med Lise Askvik, som var med å starte siden, og fortsatt er med fra sidelinjen.



Pårørendes erfaringer med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens

Av Vera Kristin Lumkjær Nordhagen, RNT, GNP, MNsc, demenskoordinator, Trysil kommune

Venke Sørli, RNT, MNsc, PhD, professor, Senter for klinisk sykepleieforskning, Lovisenberg Diakonale Høgskole, Oslo

Introduksjon

Bøckmann og Kjellevoid (2) hevder at samfunnet har et ansvar for å tilby helsetjenester som inkluderer pårørende til mennesker som blir alvorlig syke. Helsepersonell må gjenkjenne pårørendes behov, vektlegge deres forståelse av problemene, anerkjenne deres innsats og etterspørre deres kunnskap om pasienten. Offentlige dokumenter (1) gir føringer til kommunehelsetjenesten om å ha et aktivt samarbeid med pårørende i planlegging og utøvelse av omsorgen til personer med demens. Arbeidet må være bygget på kunnskap og respekt for hvordan pårørende rammes ved alvorlig sykdom hos pasienten. Studier viser at pårørende ønsker å være en ressurs for helsetjenesten (3, 4).

Personer med demens har en kronisk progresierende og irreversibel sykdom. På grunn av kognitiv svikt, mister de blant annet evnen til egenomsorg og evnen til å forstå og uttrykke seg språklig. Pårørende, som ofte er de første som ser forandringen hos pasienten, kan reagere med frustrasjon, fortvilelse og sorg (1, 5).

Pårørende er således ikke bare en mulig ressurs for helsetjenesten, men også en viktig gruppe som har behov for støtte (3, 6).

Pårørendes mulighet til deltakelse er nedfelt i «Pasient og brukerrrettighetsloven» § 3.3 (7) der det beskrives at pårørende kan gis informasjon om pasientens tilstand dersom pasienten tillater dette. I forarbeidene til denne loven, samt i forarbeidene til samhandlingsreformen (8), fremkommer det et ønske om å styrke pårørendes deltakelse og involvering.

I og med at antallet personer med demens er økende, vokser etterspørselen og behovet for offentlige helsetjenester. Nyere forskning viser at av alle mottakere av hjemmetjenester over 75 år, har 41,2 prosent en demenssykdom (9). Hjem-

metjeneste er det helsetjenestetilbudet i Norge som øker mest. Hjemmetjeneste er en kommunal, lovpålagt oppgave. Den retter seg mot kommunens innbyggere som har behov for bistand og hjelp for å kunne bo i eget hjem lengst mulig (§3–2, 6a) (10).

Nasjonale og internasjonale studier viser hvordan pårørende til personer med demenssykdom innlagt i sykehjem blir ivaretatt. (11, 12). Studier om pårørende og hjemmeboende personer med demens omhandler i hovedsak pårørendes behov for informasjon og støtte (5, 6, 12). I Norge er det få studier om pårørendes erfaringer med den helsetjenesten som vokser mest.

Hensikt

Hensikten med studien er å beskrive hvilke erfaringer pårørende til personer med demens har med hjemmetjenesten.

Metode

Da hensikten med studien var å undersøke og beskrive hvilke erfaringer pårørende til personer med demens har med hjemmetjenesten, ble det valgt et kvalitativt design (13). Kvalitativ tilnærming i forskningen gir muligheter for en detaljert og nyansert kunnskap om fenomener, og er en anerkjent tilnærming når livserfaring skal undersøkes (14, 15). Kvalitativt forskningsdesign er velegnet når fenomener i hverdagslige omgivelser og praksiser, og forståelse av informantenes erfaringer skal undersøkes (14, 16).

Utvalg

Fire pårørende (tre sønner og en datter) til eldre personer med demens som mottar kommunal hjemmetjeneste deltok i studien. Et av utvalgs-



kriteriene var at informantene bodde i samme kommune som pasientene, og dermed hadde muligheter til et nært samarbeid med ansatte i hjemmetjenesten.

Forskerne valgte informanter som hadde kvalifikasjoner eller egenskaper som var strategiske i

forhold til studiens problemstilling (17). Informantene hadde lang erfaring med hjemmetjenesten (over 5 år), og ønsket å bidra med sine fortellinger. Således ble et tilgjengelighetsutvalg (convenience sample) benyttet (17) med et bevisst valg av informanter som var lett tilgjengelige og som hadde

VIKTIG GRUPPE:

Pårørende er en mulig ressurs for helsetjenesten, men også en viktig gruppe som har behov for støtte. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge er det cirka 75.000 personer med demens. I løpet av sykdommen vil disse ha behov for profesjonell pleie. Pårørende er ofte de første hjelperne inntil profesjonelle pleiere overtar. Studier viser at pårørende er og ønsker å være en ressurs for pasienten og helsepersonell.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å beskrive pårørendes erfaringer med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens.

Metode: Individuelle narrative intervju ble valgt for datainnsamling. Data ble analysert ved hjelp av fenomenologisk hermeneutisk metode.

Funn: Pårørende forteller at pleierne som yter "det lille ekstra" for pasienten, tilbringer tid med dem og samtaler med både pasient og pårørende, får pårørende til å kjenne tillit til hjemmetjenesten. Pårørende føler at de sjelden blir sett på som en ressurs for bedre omsorg for pasienten. Det er for mange pleiere som har ansvar for pasienten. Pleierne har for dårlig tid til å være sammen med pasienten og til å dokumentere pleien de utfører.

Konklusjon: Pårørende er viktige og nødvendige ressurser for å gi kvalitativt gode tjenester til personer med demens. Pleierne må involvere pårørende for å øke kvaliteten på omsorgen som ytes.

Nøkkelord: Hjemmetjeneste, pårørendes erfaring, demens, kvalitativt design.

Abstract

Background: In Norway there are about 75,000 people with dementia. Due to their condition at some point they will be in need of professional health care. Relatives are often the first caregivers until professional care services can take over. Studies show that relatives want to play an active role and continue to be a resource to both the patient and health care providers.

Aim: The aim of this study is to describe the relatives' experiences with professional home care services for people with dementia.

Method: Individual narrative interviews were conducted. The data was analyzed using a phenomenological hermeneutical method.

Findings: Relatives express that health care providers who surpass what is normally expected in basic care, contributed greatly in raising relatives confidence and trust towards the home health care personell. Relatives feel they often are not seen as a resource for better care of the patients. There are too many different care providers responsible for the same patient. They have little time to spend with the patient and also to document about the care that is given.

Conclusion: Relatives are important and necessary resources to give a quality care and treatment to people with dementia. Care providers need to involve relatives who can play a vital role in order to increase the quality of overall care.

Key words: home health care, relative's experience, dementia and qualitative design.

lang erfaring med hjemmetjenesten og dermed noe å meddele.

Datainnsamling

Det ble foretatt fire åpne individuelle intervju i 2014, der pårørende ble bedt om å fortelle om sine erfaringer med hjemmetjenesten. Oppfølgingsspørsmål ble stilt om noe var uklart og når det var behov for en utdyping eller presisering (16). Informantene foreslo selv hvor intervjuingen skulle finne sted. Tre intervju ble foretatt hjemme hos informantene og ett inter-

«Hjemmetjeneste er det helsetjenestetilbudet i Norge som øker mest.»

vju på forskers kontor. Intervjuene varte fra 45 til 60 minutter og ble transkribert ordrett og fortløpende etter hvert intervju.

Dataanalyse

Fenomenologisk hermeneutisk metode ble anvendt i analysen av intervjuteksten (18). Denne metoden er inspirert av Ricoeurs hermeneutiske teori om analyse og tolkning av tekster (19) og anvendt i en rekke kvalitative studier hvor erfaring forskes frem (20–22). Metoden innebærer at teksten blir tolket i en dialektisk bevegelse mellom helhet og deler, mellom forståelse og forklaring og består av tre faser:

Intervjuene ble lest flere ganger for å få et overordnet inntrykk av hva teksten handler om. Denne fasen kalles naiv lesing og er første tolkning av innsamlet data. Den naive forståelsen av intervjuteksten gir retning for strukturanalysen som er den andre fasen i analysen. Hensikten med strukturanalysen var å forklare tekstens mening. Teksten ble delt inn i meningsenheter som ble kondensert til tema og subtema og er presentert i FUNN. I den tredje fasen (critical comprehension) ble helhetsforståelsen av teksten utviklet gjennom å ta hensyn til forskernes forforståelse, naive lesing, strukturanalysen, tidligere forskning og relevante teorier (19). Helhetsforståelsen er presentert i artikkelens DISKUSJON.

Metodiske betraktninger

Gyldighet og pålitelighet ble tilstrebet ved fortolkning av intervjutekstene (18). En tekst kan, ifølge Ricoeur (19), fortolkes på ulike måter men

det kreves at fortolkningen følger de tre fasene i analyseprosessen og at tolkningen er tekstnær. Resultatene kan ikke generaliseres, men dersom pårørende til personer med demens som mottar hjemmetjeneste kan kjenne seg igjen i noen av resultatene, betraktes studiens gyldighet som høy (23, 24). Studier med få informanter kan ha overføringsverdi dersom de gir en dypere innsikt i fenomenene som studeres (24).

Etiske betraktninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) godkjente studien. Anerkjente regler for forskningsetikk ble fulgt (24).

Alle informantene ble informert både skriftlig og muntlig om studiens hensikt og at de når som helst kunne velge å trekke seg uten å oppgi noen grunn. Informantene ga sitt skriftlige samtykke til å delta i studien.

Resultater

Pårørende beskriver både positive og negative erfaringer i samhandling med hjemmetjenesten. De er først og fremst glade for at hjemmetjenesten finnes og at det er et helsetjenestetilbud i kommunen som yter tjenester til hjemmeboende personer med demens. «Det at det er et slikt tilbud i kommunen er en betryggelse for far, og ikke minst for oss pårørende». Informantene uttrykker tilfredshet med at pasienten er innlemmet i denne tjenesten. De sier de har tillit til at den dagen pasienten får behov for ytterligere hjelp eller en institusjonsplass, vil det bli lettere siden pasienten allerede er innlemmet i kommunens tjenester. «Den dagen min mor ikke kan bo alene hjemme lenger og trenger mer hjelp, er det bra at hun allerede er en del av helsetjenestesystemet».

Synlige pleiere

Pårørende sier de erfarer trygghet og tillit når de møter pleiere i pasientens hjem som gjennom handling og væremåte viser omsorg både for pasient og pårørende. De opplever omsorgen som god når de ser at pleiere yter «det lille ekstra», ofte små ting i hverdagen, som eksempelvis å spise lunsj sammen med pasienten, og at de prater og hygger seg sammen. «Da jeg kom hjem til far, hadde pleieren varmet fars lunsj i tillegg til sin medbrakte mat. De spiste og pratet sammen». Når pleiere gir seg tid til å ta pasienten med på en liten promenade, understreker pårørende at å gjøre «det



lille ekstra», betyr at pleierne ser pasienten og dens behov. «Det er stort sett de eldre pleierne som gir seg tid til å gjøre alle omsorgsoppgavene samtidig som de viser at de bryr seg om pasienten. De setter seg ned og prater med dem».

Pårørende sier at de ofte har spørsmål om hvordan hjemmetjenesten fungerer og om den fungerer optimalt. De erfarer stor tillit til pleiere som lytter og er åpne for dialog med pårørende og viser forståelse for deres bekymringer. Med en gjensidig dialog med pleiere, opplever pårørende en bekreftelse på at de er en ressurs for hjemmetjenesten, og sier de dermed kan bidra til forbedringer.

Usynlige pleiere

Pårørende sier at de har lite informasjon og kjenn-

skap til hvordan hjemmetjenesten er organisert, og dermed er det ikke lett for dem å vite hvem de skal henvende seg til. De etterlyser samtaler og møtepunkter for et godt samarbeid med pleierne til beste for pasienten.

Pårørende understreker at hjemmetjenesten ikke har etterspurt informasjon om pasienten for å kunne gi den beste omsorgen. De har ikke spurt om hendelser, aktiviteter og hobbyer som har vært viktige, og heller ikke etterspurt tidligere sykdommer eller familiære ting som kan ha betydning for pasientens helse og velvære.

De erfarer at de gir informasjon og beskjeder som ikke når frem selv om de gis gjentatte ganger. «Jeg er usikker på om det er noen idé å fortsette». Usikkerheten de erfarer er knyttet til om informa-

TRYGGHET OG TILLIT: Pårørende sier de erfarer trygghet og tillit når de møter pleiere i pasientens hjem som gjennom sin væremåte viser omsorg for både pasient og pårørende. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sjon om pasienten deles mellom pleierne, og om de har forståelse og kunnskap om at pasienten har en demenssykdom. «Jeg er usikker på om de har tilstrekkelig innsikt i fars tilstand, om de vil handle eller foreta seg noe dersom de observerer endringer, og om jeg eventuelt blir informert».

Pårørende sier de føler seg usikre på hvordan pasienten blir ivaretatt og om omsorgen er individuelt tilpasset da de ikke har gjensidig tilgang til informasjon slik de erfarer hjemmetjenesten. «Etter at omsorgen er overlatt til hjemmetjenesten, føler jeg at jeg mister kontroll og oversikt over hvordan min mor har det. Uten møter og dialog med hjemmetjenesten og dens pleiere blir det umulig å kjenne trygghet og tillit».

De understreker at manglende kommunikasjon, både muntlig og skriftlig med dem som har ansvaret for tjenesten, gjør at pleierne blir usynlig for de pårørende.

Pårørende sier at de vet at helsepersonell har dokumentasjonsplikt, men er ikke kjent med hva som dokumenteres, eller om noe blir dokumentert. I hjemmet finnes en journal der pleierne signerer at de har vært på hjemmebesøk. De signerer kun med to-tre bokstaver, det sier meg ingenting. Skulle gjerne vite hvem som tar hånd om mor». De sier videre at det oppleves som utrygt når pleiere glemmer å signere om de har vært innom eller ikke, samt om de har gitt ordinerte medisiner til pasienten. «Min far har alvorlig øyesykdom og skal ha øyedråper flere ganger daglig. Når det ikke finnes dokumentasjon på om behandlingen er gitt, blir jeg veldig usikker og utrygg».

Om avstanden mellom pårørende og hjemmetjenesten med usynlige pleiere har vart over

mange år, blir eventuelle møter ubehagelige.

Om pårørende er hjemme hos pasienten når pleierne kommer, erfarer de at situasjonen blir anstrengt og unaturlig. «Pleierne virker brydd, forlegne og utilpass med min tilstedeværelse».

Tilgjorte pleiere

Pårørende er opptatt av måten pleierne møter dem på. De få gangene pårørende møter pleierne, opplever de pleierne som unaturlig blide, noe som virker påtatt, lite tillitvekkende og uverdig.

«Tror alle pleierne har gått på kurs, ett solid kurs og det er «smørblid-kurset». De er så påtatt blide, det er det de er, og ikke noe mer! De behøver ikke å være så «smørblid» for å vaske moren min. Det beste er at de opptrer helt vanlig og normalt».

Pårørende sier at de noen ganger har oppsøkt kontoret for hjemmetjenesten. Der opplever de at pleierne gjerne lytter, er blide og «bare prater» uten at pårørende ser noe resultat av møtene. «Alle på kontoret var veldig imøtekommende. Jeg forklarte og informerte om mors og mine behov, men ikke noe ble fulgt opp på tross av at de var enig i alt jeg sa».

Pårørende sier at det virker som det er et mål i seg selv at pleierne kun skal være blide og ikke svare på spørsmål, og at de lett går i forsvar om pårørende stiller spørsmål eller har innvendinger. «Situasjonen oppleves da som uverdig».

Mange pleiere

Pårørende peker på det store antallet pleiere som har ansvar og kommer innom pasienten. De vet ikke med sikkerhet om pasienten reagerer på dette, men for pårørende virker tjenesten uoversiktlig og vanskelig å skjønne. Pårørende forteller om stor usikkerhet knyttet til at det er mange pleiere som pasienten må forholde seg til og om alle vet hva de skal gjøre hos pasienten. De undrer seg over om pasienten blir sett, hørt og møtt og om tjenestetilbudet er tilfredsstillende. Og videre om pasienten får dekket sine behov og blir vurdert i forhold til eventuell endring i tilstand. Pårørende mener at verken de eller pasientene får opparbeidet tillit til den enkelte pleieren, da det er for mange som er involvert. Pårørende opplever at pasientene vegrer å ta imot hjelpen som gis, fordi de ikke kjenner igjen pleierne.

«Fordi det er så mange pleiere hun må forholde seg til, spør de om de samme tingene om og om igjen. I tillegg til ting hun ikke klarer å svare på, noe som gjør henne veldig urolig».

USIKKERHET:

Pårørende sier de føler seg usikre på hvordan pasienten blir ivaretatt når det ikke finnes dokumentasjon på hva som er gjort. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Pårørende har bestemte meninger om forhold som kunne forbedre hjemmebesøkene. De forteller blant annet at det finnes ingen korg eller eske i hvert hjem hvor pleierne kan samle alt medisinsk utstyr, journaler og medisiner for å unngå å bruke mye tid på å lete etter tingene. «Jeg skjønner ikke hvordan alle klarer å orientere seg når de har en tidsbegrensning hos hver enkelt pasient. De må bruke utrolig mye tid på å lete».

Diskusjon

Å få en demenssykdom truer personens identitet og kontinuitet i livet (4). Pårørende til personer med demens har vært og er en del av kontinuiteten i pasientens liv. Når hjemmetjenesten overtar den daglige omsorgen, blir denne kontinuiteten gradvis brutt. Oppgavene som pårørende har hjulpet pasienten med tidlig i sykdomsforløpet blir stadig mer krevende, og den kommunale hjemmetjenesten overtar. Pårørende beskriver dette som om de mister kontroll og oversikt over pasientens tilstand, behov og pleie. Pårørendes rettigheter og mulighet for samhandling og medvirkning i offentlig omsorg til syke og eldre er lovpålagt i Norge (25). Selv om offentlig og private institusjoner overtar omsorgen for syke eldre, vedvarer pårørendes engasjement (26, 27).

Resultatene i vår studie viser at pårørende opplever stor tillit til de synlige pleierne i hjemmetjenesten. Det er de som viser «det lille ekstra», de som fokuserer på pasientens behov og imøtekommer disse. Således fremstår hjemmetjenesten som tillitvekkende for pårørende. Studier (28, 29) viser at pårørende i liten grad skiller mellom tillit til systemet og tillit til enkeltindivider.

En internasjonal studie utført av Kellet (30) viser at pleiere i sykehjem, som istedenfor å være opptatt av de praktiske arbeidsoppgavene fokuserer på pasientens behov, er dyktige til å se pårørende som en ressurs. Studien viser også at pårørende setter stor pris på planlagte møter med pleierne.

I denne studien beskriver pårørende usynlige pleiere. Dette kommer til uttrykk ved at de opplever at tjenesten som helhet ikke inngir tillit. Tillit er karakterisert som en forutsetning i samarbeid mellom helsepersonell og pårørende (31). Det at pårørende ofte gjentar informasjon til pleierne flere ganger uten at informasjonen blir brakt videre i systemet, skaper frustrasjon og mistillit hos pårørende. Det samme gjelder når pårørende opplever at pleierne glemmer å kvittere for at de har besøkt pasienten eller gitt medisin. Etablering

av tillit mellom pleierne og pårørende er avhengig av god kommunikasjon, kompetanse, ærlighet og pålitelighet (20). Tillit betinger også en åpenhet og dialog, samt at pleiere og pårørende blir kjent med hverandre (31).

Pårørende beskriver en frustrasjon over et hjemmetjenestetilbud de finner utilstrekkelig og uverdigg. Det kan være ulike årsaker til dette, men manglende nærvær ved hjemmebesøkene og dårlig tid er noen av dem. Dersom oppgaver og gjøremål prioriteres foran og overskygger det å være nærværende i hjemmet hos pasienten, trues verdigheten til pasient og til pleier over tid. Til en slik tjeneste øker mistilliten hos pårørende (20).

En god demensomsorg forutsetter dialog med pårørende. Dette er måten helsetjenesten kan opparbeide seg tillit hos pårørende (31). Og når pårørende har tillit til pleierne, vil denne tilliten også påvirke tilliten til systemet (32).

Studien viser at det er viktig for pårørende å få formidle sin kunnskap om pasienten. Pårørende sier at det er kun de som kan gi informasjon om pasientens liv og historie, noe som kan ha betyd-

«Informantene hadde lang erfaring med hjemmetjenesten.»

ning for måten pleierne møter pasienten på. Dette er i samsvar med studier som viser at pårørende innehar ekspertkunnskap om pasienten men denne anerkjennes i liten grad og etterspørres ikke (3). Studien til Lundh og Nolan (3) viser til at det er ulike former for støtte og omsorg pleierne kan gi pårørende. En viktig forutsetning for dette og for et godt samarbeid er en åpen og gjensidig dialog mellom pårørende og pleierne (31).

Kitwood (33) beskriver at personer med demens utviser en utilslørt, nesten barnslig lengsel etter kjærlighet. Med dette mener han en generøs, tilgivende og betingelsesløs aksept, en helhjertet emosjonell given uten forventning om direkte belønning. Han sier at sykdommens tilstedeværelse kan fremprovosere en psyko-åndelig krise hos pårørende. "Om vi ikke forholder oss til våre egne kjærlighetsbehov og sørger over kjærlighetens utilstrekkelighet kan vi ikke leve med personer med demens."(33, 34) Pårørende i denne studien er utrygge og forteller om bekymring for hva som skjer eller ikke skjer med pasienten. Det er rimelig å anta at bekymringer, utrygghet og mistillit over tid samt utfordringer og

brudd i samarbeidet med hjemmetjenesten, kan føre til en følelse av krise hos pårørende.

At pleierne i denne undersøkelsen beskrives som tilgjorte kan tolkes som usikkerhet, at de er overflatiske, uærlige eller at de prøver å skjule mangel på kunnskap og kompetanse. Pårørendes tillit til personalet kan være i risiko når de opplever at pleiere viser et tilgjort blidt ansikt (20). Resultat fra internasjonale studier samt vår studie viser at pårørende ønsker at pleierne er åpne, ærlige og pålitelige (31).

Konklusjon

Mange studier og offentlige utredninger understreker at pårørende til personer med demens er

«Pårørende beskriver både positive og negative erfaringer.»

en viktig og nødvendig ressurs for helsetjenesten for å kunne gi en kvalitativ god pleie og behandling. Denne studien viser imidlertid at pårørende i liten grad blir involvert i kommunens hjemmetjenestetilbud. Den gode omsorgen og pasientens verdighet står på spill om helsepersonell ikke ser eller forstår betydningen av at pårørende involveres til beste for pasienten.

For at pårørende skal ha en reell mulighet for deltagelse, må tjenesten invitere til dette. Det er lederne av hjemmetjenesten som må legge til rette for gode relasjoner og åpne for samhandling med pårørende. ■

Referanser:

1. Helse og omsorgsdepartementet (Norge): Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn. (Oslo): Helse og omsorgsdepartementet 2015.
2. Bockmann K, Kjellevoid A. Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
3. Lundh U, Nolan M. Anhørigas ekspertkunnskap som utgangspunkt for samverkan och individuelt stöd. *Socialmedicinsk tidsskrift*. 2002;2/2002:131-8.
4. Dragaset I, Normann K, Elstad I. Familie og kontinuitet: Pårørende forteller om livsløpet til personer med demenssykdom. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2012; 8(1): 3-19.
5. Ulstein I, Wyller T.B, Engedal K. The relative stress scale, a useful instrument to identify various aspect of carer burden in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007 (22): 61-7.
6. Jakobsen R, Homelien S. Å forstå Pårørende til personer med demens. *Geriatrisk sykepleie*. 2013 (1-2013): 22-8.
7. Pasient og brukerrettighetsloven med forskrifter (Norge): lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter, sist endret ved lov 24. juni 2011 nr. 30. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
8. Samhandlingsreformen (Norge): Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo, regjeringen; 2009.

9. Wergeland J.N, Selbæk G, Høgseth L.D, m.fl. Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. *International Psychogeriatric Association* 2013;1-9.
10. Helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter (Norge): lov 24. juli 2011. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke; 2013.
11. Eines T.F, Lykkeslet E. Hvilke forhold kan bidra til opplevelse av tillit i relasjonen mellom helsepersonell og pårørende? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2008; 4(1): 65-77.
12. Hertzberg Aa, Ekman S-L. "We, not them and us?" Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 31(3): 614-22.
13. Polit D.F, Beck C.T. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
14. Malterud K. Kvalitative metoder I medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
15. Johannessen A, Tuft P.A., Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.
16. Mishler E.G. Research interviewing: context and narrative. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1986.
17. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring I kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
18. Lindseth A, Nordberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2): 145-53.
19. Ricoeur P. Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning. Fort Worth, Texas: Texas Christian University Press; 1976.
20. Jakobsen R, Sørli V. Care of older people: Dignity of older people in care facilities: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*. 2010;17(3): 289-300.
21. Ohman M, Söderberg S. District nursing- sharing an understanding by being present. Experiences and encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2004 (13): 858-66
22. Nordam A, Sørli V. Prioritization and quality of care for elderly people – Male physicians' narratives. *Vård i Norden*. 2005;25(1): 42-7.
23. Morse J.M. Qualitative generalizability. *Qualitative Health Research*. 1999;9(1): 5-6.
24. Ruyter K.W, Førde R, Solbakk J.H. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
25. Helse- og omsorgsdepartementet (Norge): Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. (Oslo): Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
26. Tomatore J, Grant L. Burden Among Family Caregivers and Persons With Alzheimer's Disease in Nursing Homes. *The Gerontologist*. 2002; 42(4): 497-506.
27. Sandberg J, Lundh U, Nolan M. Moving into a care home: the role of adult children in the placement process. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39: 353-62.
28. Nordvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
29. Løgstrup K.E, Fink H. Den etiske fordring. Århus: Klim; 2010.
30. Kellet U. Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;16:1479-87.
31. Lynn-McHale D.J, Deatrick J.A. Trust between Family and Health Care Provider. *Journal and Family Nursing*. 2000;6(3): 210-30.
32. Giddens A. Modernitetens konsekvenser. Oslo: Pax Forlag; 1997.
33. Kitwood T, Høeg D, Johnsen N. En revurdering af demens: personen kommer i første række. Fredrikshavn: Dafolo; 1999.
34. Gray- Davidson F. The Alzheimer Sourcebook for Caregivers. Los Angeles: Lowell House; 1993.

Isosource Mix

EN SmartFlex™

KOMMER LASTET MED



Ingrediensene i Isosource® Mix er hentet fra kostsirkelen. Isosource® Mix etterligner vanlig mat som verdsettes av pasienter, pårørende og helsepersonell¹.

1. Undersøkelsen presentert i brosjyren "Isosource® Mix. Når pasienten ikke tolererer vanlig sondenæring". Nestlé Health Science. 2013

Sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme

Introduksjon

Det er omdiskutert hvorvidt forekomsten av psykiske lidelser øker med alderen, men Helseundersøkelsen fra Nord-Trøndelag viser en markant økning av prevalens av depresjon blant hjemmeboende eldre (1;2). Kvist, Djernes og Gulman (2) hevder at 60 % av eldres depresjoner blir oversett og ikke diagnostisert. Ifølge Norsk Sykepleierforbund må eldres rett til forsvarlig psykisk helsehjelp ivaretas på lik linje med andre behov hos pasientene (3). Gjennom Opptrappingsplanen 1999 - 2006 (4) skulle en sikre en oppbygging og styrking

av det psykiske helsevernet i kommunene. Det er lagt vekt på at barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser skal ivaretas og gis spesialiserte tilbud. I Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020 (5) drøftes arbeidsfordelingen mellom allmennpsykiatri og alderspsykiatri. Noen pasienter kan behandles i førstelinjen, mens andre skal behandles innen allmennpsykiatrien. Dimensjoneringen av avdelingene medfører at de ikke kan behandle alle eldre med psykiske lidelser (6). De fleste pasientene lever med sin psykiske sykdom over flere år og har vekslende

Sammendrag:

Bakgrunn: Mennesker med en alderspsykiatrisk lidelse har ofte behov for pleie og omsorg over lang tid. Nyere forskning viser at pasienter med slike lidelser er blant dem som i minst grad får dekket sine behov.

Hensikt: Å få kunnskap om sykepleiernes erfaringer med ivaretagelse av kronisk syke eldre med alderspsykiatriske lidelser som bor hjemme.

Metode: Kvalitativ innholdsanalyse. Feltarbeid og kvalitative intervju med 11 sykepleiere. Utvalget besto av fire sektorer i hjemmesykepleien i to ulike kommuner i Norge.

Funn: Utfordrende klinisk sykepleie betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med alderspsykiatriske lidelser som bor hjemme. Dette innebar omsorg for sårbare pasienter, ivaretagelse av pårørende, kompliserte pasientsituasjoner samt behovet for veiledning og samordning.

Konklusjon: Å få til godt samarbeid med annet helsepersonell for å styrke kompetansen er viktig for å kunne ivareta pasientene. Stillinger for sykepleiere med videreutdanning i alderspsykiatri kan muligens øke kompetansen og bedre pasientomsorgen. Organiseringen av tjenesten må studeres nærmere.

Nøkkelord: hjemmesykepleie, sykepleie, eldre, alderspsykiatriske lidelser

Abstract:

Taking care of people suffering from neuropsychiatric illness living at home

Background: People suffering from neuropsychiatric illness are often in need of caring and nursing over a long period of time. Research show that patients suffering from such illness does not very often get enough care in practice.

Aim: To gain knowledge about nurses experiences from taking care of older people living at home and suffering from chronic and neuropsychiatric illness.

Method: Qualitative analysis. Fieldwork and qualitative interviews with 11 nurses who worked in four units in two different municipalities in Norway.

Results: Challenges in clinical nursing explains the process nurses work in when they take care of people with neuropsychiatric illnesses living at home. This is caring for patients, taking care of family members, managing complex patient situations and the need for coaching and cooperation.

Conclusion: To gain a good cooperation with other health personell to strengthen the competence is important, especially when the goal is caring. Nurses with education in neuropsychiatric care can strengthen the competence maybe, and reach a better patient care. The organization of the community health system needs to be studied.

Key words: Home care, nursing, elderly, neuropsychiatric illness

Av **Torill Margaret Sæterstrand**, førstelektor, Nord Universitet, Norge

Av **Solrun G. Holm**, førstelektor, Nord Universitet, Norge



dårlige og gode perioder. Tre fjerdedeler av pasientene i hjemmesykepleien er over 67 år. I praksis sees tre hovedgrupper av psykiske lidelser; psykoser, angst og depresjon (7). Gjennomsnittsalderen er 73,1 år basert på tall fra SSB 2011, og fordelingen mellom kjønn er 66 % kvinner og 34 % menn. Blant de helsemessige årsakene til at pasientene får hjemmesykepleie utgjør psykiske lidelser 15,2% (8). Hjemmeboende eldre pasienter har i gjennomsnitt 2,7 registrerte aktive diagnoser, 42 % har tre eller flere diagnoser (9). Pasienter med psykiske lidelser er blant dem som i minst grad får dekket sine behov (8). Andre kroniske sykdommer som Parkinsons sykdom medfører at pasienten har lettere for å isolere seg og kommer derved inn i en ond sirkel som kan ende med depresjon (10). Depresjon etter hjerneslag er svært vanlig (6). Ubehandlet depresjon hos disse pasientene kan hindre nødvendig rehabilitering etter hjerneslaget. Ifølge Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av mennesker med depresjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten (11) påpekes det at tre fjerdedeler ikke får behandling. Depresjoner hos eldre kan presentere seg på andre måter enn hos yngre, og kan uttrykkes som somatoforme og agiterede depresjoner, noe som stiller store krav til kompetanse hos yrkesutøveren. Ifølge Kvaal (12) som i sin doktorgradsavhandling har studert hvordan pasienter i sykehjem og i eget hjem erfarer depresjon, fant at blant dem som greier seg selv, er det kun 2 % som sliter med angst, med kvinner i klar overvekt. Blant eldre med kroniske sykdommer

er det stikk motsatt. Flere menn enn kvinner viser symptomer på betydelig angst, tallene er henholdsvis 47 og 41 prosent. Om lag 16 prosent av disse har en psykiatrisk lidelse, som oftest en kombinasjon av angst og depresjon. Depresjon er noe som forekommer hyppig i høy alder der det ofte er knyttet til kroniske sykdommer. Psykiske lidelser hos eldre kan skyldes kronisk sykdom som kan sees i forbindelse med tap og en ubearbeidet sorgreaksjon, samt tap av venner, ektefelle, helse og funksjonsevne, som er vanlig i eldre år (12). Ifølge «...og bedre skal det bli. Nasjonal

PLEIE: Eldre mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for pleie og omsorg over lang tid. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«De fleste pasientene lever med sin psykiske sykdom over flere år.»

strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten»; (13) innebærer god kvalitet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem medinnflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Det påpekes at man i primærhelsetjenesten ofte overser depresjoner. Birkeland og Natvig (14) intervjuet eldre over 70 år som fikk tilsynsbesøk av hjemmetjenesten. De fant at pasientene ga uttrykk for at hjemmesykepleien i stor grad ivaretok deres sosiale behov gjennom den omsorgen som utøves. Samtidig reiser de spørsmål ved

at pasientene i samme studie kunne ha vært forsiktige i sine uttalelser fordi de muligens var engstelige for at hjemmesykepleien kunne få kjennskap til det de sa. Ingen av deres informanter hadde «bare» psykososiale vansker, men alle hadde varierende grad av fysisk sykdom og svekkelse. Dale, Sævareid, Kirkevoll og Söderhamn (15) fant at eldre over 75 år som bodde hjemme og mottok hjemmesykepleie var fornøyde, samtidig var der liten kontinuitet i omsorgen, tidspress blant sykepleierne og mangelfull informasjon og kommunikasjon. Å ha hovedfokus på psykiske lidelser som følgesykdommer hos eldre både ved demens og andre somatiske sykdommer har fått større oppmerksomhet (16;17).

Eksisterende forskning både i Norden og internasjonalt viser at man må være oppmerksomme på at eldre immigranter i alderen 60-75 år kan ha større tilfang av depressive symptomer (18). De sammenliknet to iranske grupper; en gruppe født og bosatt i Iran (668 personer), en gruppe iranske immigranter

«De følte et stort ansvar for pasientene.»

bosatt i Sverige (105 personer) samt 305 innfødte svensker. Studien viser at iranere bosatt i Tehran samt immigranter bosatt i Stockholm har større behov for ivaretagelse av psykisk helse. Funnene sammenfaller med andre studier vedrørende ulike aspekt av selvrapporterte symptomer på depresjon i ulike etniske grupper (19-21).

Eldre med psykiske lidelser er ulike, men noen kjennetegnet på slike lidelser er følelsesmessige og kognitive problemer, noe som krever at det settes av tid og ro til både pasient og pårørende fra helsepersonellens side. Siden det finnes lite forskning om hvordan praksis fungerer og hvilke tiltak som gjøres i kommunehelsetjenesten til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme, er det derfor behov for mer forskning på området.

Hensikt

Artikkelens hensikt er å presentere utfordringer i praksis når det gjelder hjemmesykepleiens ivaretagelse av kronisk syke eldre med psykiske lidelser som bor i sitt eget hjem.

Metode

Studien er kvalitativ og det er valgt et deskriptivt design. Det er foretatt feltobservasjoner og utdypende

kvalitative intervju (22). Intervjuene er analysert ved å anvende Kvaales (22) innholdsanalyse. Analyseringen av datamaterialet er gjort ved å følge Kvaales (22) beskrivelse av innholds analyse gjennom 3 faser; 1) selvforståelse, 2) kritisk forståelse basert på «common sense» og 3) teoretisk forståelse. Fortolkning av andre menneskers erfaringer av noe, vil alltid innebære en utvelgelse. Det som velges ut av informantene selv er bevisst eller ubevisst; det som er betydningsfullt eller som huskes i øyeblikket ved samtaler. Individuelle intervju er utført med 11 sykepleiere i hjemmesykepleien som arbeidet i fire ulike sektorer; to sektorer i to kommuner i Norge. Intervjuguidens temaområder var spørsmål om utførelse av praksis og handlinger i praksis, tanker om yrkespraksis, utfordringer i det daglige arbeidet, kompetanse, prioriteringer og organisering.

Etiske overveielser

Det ble opprettet kontakt direkte med lederne av kommunehelsetjenesten som rekrutterte sykepleiere i hjemmetjenesten og informerte sine ansatte om prosjektet på forhånd. Hver enkelt informant ble informert om studien av forsker. Samtlige informanter underskrev samtykkeerklæring. Helsinkideklarasjonens retningslinjer er fulgt gjennom hele studien.

Resultat

Hovedutfordringen for sykepleierne er hvordan kunne gjennomføre sykepleie ved manglende samordning og manglende faglig veiledning. Dette ble håndtert med strevsom balansering.

Sykepleierne har i sin utdanning lært at pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov skal ivaretas, og lidelse skal lindres. Fagkompetansen blir satt på prøve når komplekse og utfordrende pasientsituasjoner krever kliniske tiltak og behandling i pasientens eget hjem. Samtidig erfarte de pasientsituasjoner de mestret. Strukturelle forhold som kompliserte situasjonen var manglende samordning og manglende faglig veiledning. Behov for veiledning i utfordrende pasientsituasjoner var tydelig.

Tema:

1. Gir omsorg til sårbare pasienter
2. Ivaretar pårørende
3. Strever med kompliserte pasientsituasjoner
 - depresjon og spiseforstyrrelse
 - depresjon og begynnende demens
 - eldre med psykose
 - eldre med uavklarte lidelser
4. Etterlyser veiledning og samordning



SAMARBEID: Godt samarbeid med annet helsepersonell er viktig for å styrke kompetansen om alderspsykiatriske lidelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

1. Gir omsorg til sårbare pasienter

Omsorgen for pasientene ble ivarettatt av ansatte i hjemmesykepleien. Sykepleierne kartla hvilke behov pasienten hadde når det gjaldt fysiske, psykiske og sosiale behov. De forsøkte å etablere primærkontakter for særlig sårbare pasienter. De forsøkte å anerkjenne og lindre pasientens plager, både fysiske og psykososialt. Å være til stede og ta seg tid til samvær der de lyttet til hva pasienten var engstelig for, erfarte de var viktig for å få til en god relasjon. Samværet kunne dreie seg om generell sykepleie der hensikten var å støtte pasienten i å klare noe selv. I perioder når pasienten var deprimert, ukonsentrert eller urolig måtte sykepleierne ivareta mer. Å hjelpe pasienten opp, ivareta personlig hygiene, lage mat, passe på at pasienten spiste, hjelpe til med påkledning var noen av de hverdagslige arbeidsoppgavene. Gjennom å hjelpe pasientene med daglige gjøremål og aktiviteter ble det et naturlig samvær der samtale med pasienten pågikk. Å la det få litt tid, var et uttrykk og en holdning hos noen erfarne sykepleiere. Å se pasientens fortvilelse var viktig, å berolige ham og være der for ham var noen ganger vanskelig å få til på grunn av tidspress i tjenesten på grunn av for mange arbeidsoppgaver hos den enkelte sykepleier. «Hun likte det så godt», var et utsagn knyttet til avslappende bading av en angstfull pasient. Slike omsorgsfulle kroppslige tiltak bidro til at pasienten roet seg.

En pasient som led av diabetes og som fikk sin daglige insulinsprøyte hadde over lengre tid vist tegn på komplisert sorg. Det viste seg at hun nylig var blitt enke og søkte trøst i alkoholen. Sykepleierne var bekymret for hvilke konsekvenser dette kunne

få for den eldre kvinnen på grunn av aldersrelaterte fysiologiske endringer i kroppen, alkoholforbrenning og hennes diabetes. I tillegg brukte hun andre medikamenter; blant annet smertestillende. Hjemmesykepleien økte sitt nærvær og hjalp pasienten med å sette ord på sorgen. De kontaktet fastlegen og informerte om problematikken rundt alkohol. På grunn av at pasienten i tillegg bodde svært avsides og alene, ble hun tilbudt plass på rehabiliteringssenter over en kortere periode for å komme på bedringens vei.

2. Ivaretar pårørende

Pårørende til særlig sårbare pasienter ble forstått som spesielt viktig å ivareta og avlaste gjennom samtaler og besøk i hjemmet. Det ble lagt vekt på gode omsorgsmøter med vekt på forståelse av den pårørendes situasjon. Sykepleierne erfarte at de måtte balansere mellom å samtale med pårørende i pasientens påsyn, eller å tilby den pårørende en samtale på kontoret på grunn av mistenksomhet fra pasientens side avhengig av pasientens lidelse. I perioder når den pårørende uttrykte at de var helt utslitte av å passe på sin mor eller far, ble det gjort en drøfting med ledelsen om muligheter for avlastningsplass for pasienten på sykehjem. Pårørende som bodde langt unna ble ivarettatt ved telefonisk kontakt. Det ble informert om muligheten for å delta på «Pårørendeskole» for pårørende til pasienter med demens. Dette var et tilbud kun i en av kommunene.

3. Strever med kompliserte pasientsituasjoner

Depresjon og spiseforstyrrelse

Sykepleierne erfarte at det var vanskelig å strekke til i noen pasientsituasjoner fordi de mente at kompe-

tansen de hadde ikke strakk til. Slike situasjoner var preget av et ønske fra sykepleieren om sikkerhet og kontroll. Et eksempel var en eldre enke som hadde vært deres pasient før en tvangsinnleggelse i psykiatrisk sykehus nylig. Hun led av spiseforstyrrelser og tvangstanker. Problemene hadde eskalert etter at mannen døde. Etter utskrivelsen ble hun plaget av selvmordstanker. Hun hadde ytret et ønske om å ta sitt eget liv fordi livet var for plagsomt for henne nå med overvåkning fra hjemmesykepleiens side av om hun spiste eller ikke. Hjemmesykepleien hadde tre daglige hjemmebesøk som inneholdt samtaler og mattilberedning inkludert ukentlig veiing av henne. Vekten hadde gått dramatisk ned over en to måneders periode. Hjemmesykepleien henvendte seg til pasien-

Et annet eksempel er en eldre fraskilt mann som glemmer å spise og ta sine medikamenter, bor alene hjemme og er svært ensom. Sykepleierne økte tilsynene en periode da depresjonen var som verst i mørketiden. De satte frem mat og påså at han spiste og de tilbød sitt nærvær. Noen ganger avviste han dem. De fant han liggende på gulvet forvirret, kald og klam flere ganger, og situasjonen opplevdes uforsvarlig. Han fikk påvist angina pectoris men klarte ikke å huske på å ta nitroglycerin. Siden han i tillegg til sin depresjon og begynnende demens fikk påvist hjertesykdom, ble han tildelt en sykehjemsplass.

Pasienter som led av demens og hadde aggressive utbrudd overfor hjemmesykepleien var en utfordring. Å ivareta deres verdighet kunne avverge et utbrudd i noen grad, men ikke alltid.

«Pasienter med psykiske lidelser er blant dem som i minst grad får dekket sine behov.»

tens fastlege og fikk etablert et møte med lokalsykehushets distriktpsykiatriske avdeling der pasienten var til stede. Det ble fattet en beslutning om en frivillig kortvarig innleggelse på lokalsykehuset.

En liknende pasientsituasjon i den andre kommunen ble løst på en annen måte av hjemmesykepleien. En enslig eldre kvinne med depresjon og spiseforstyrrelse som hadde innlagt sonde, fikk en lengre innleggelse i kommunens sykehjem. Deretter ble hun tilbudt et lavterskeltilbud i en eldrebolig. For å innlede en tillitsfull relasjon med pasienten, deltok sykepleierne i opplæring på sondeforing mens pasienten var innlagt i sykehjemmet, slik at de var rede til å følge pasienten opp i hennes eget hjem.

Depresjon og begynnende demens

En situasjon som stadig gjentok seg var eldre som led av depresjon og begynnende demens, bodde alene og var svært engstelig. Et eksempel var en kvinne som brukte trygghetsalarmen opptil 30 ganger i timen, og var tydelig redd for å være alene. Sykepleierne følte omtanke for henne, og forsøkte med flere tilsyn per dag. Men hun husket ikke at de hadde vært på hjemmebesøk og fortsatte å ringe på alarmen. En MMS (mini-mental-test) undersøkelse viste tegn på demens i tidlig stadium. For å avhjelpe hennes angst ble det tildelt en avlastningsplass på en demensavdeling. Pasienten trivdes ikke fordi hun følte seg for frisk sammenliknet med andre urolige pasienter, og skrev seg ut.

Eldre med psykose

Sykepleie til eldre med psykose var utfordrende i praksis fordi de følte en særlig uforutsigbarhet i situasjonen. Det var situasjoner der de måtte handle der og da. De erfarte at pasientene opplevde kaos, fortvilelse og angst og atferden var utfordrende.

Sykepleierne hadde evne til å identifisere seg med pasientenes smerte, samtidig som de prøvde å distansere seg fra den. De ble berørt av deres tilstand, de hadde omtanke for pasientene og forsøkte å gi emosjonell støtte når de var på hjemmebesøk. De opplevde at de likevel hadde manglende kompetanse når det gjaldt å arbeide med pasienter som hadde vrangforestillinger og hallusinasjoner.

En eldre mann led av vrangforestillinger betinget av schizofreni, en lidelse han hadde hatt siden han var ung. Sykepleierne opplevde det som vanskelig å forholde seg til hans forestillinger om å spise minimalt og å tømme tarmen for gift. De så hans behov for bedre ernæring og ivaretagelse av psykososiale behov. I perioder var huset så skittent at de forespurte fastlegen om å utstede saneringsvedtak av huset. Dette førte til at pasienten ble innlagt på tvang i psykiatrisk sykehus noen måneder. Selv om dette ble et avbrudd i tillitsforholdet til hjemmesykepleien, opplevde de at han søkte deres hjelp, ringte daglig i perioder spesielt når han følte seg fysisk syk. Hjemmesykepleien fortsatte oppfølgingen av ham i forhold til å hjelpe ham med ukentlig bading i tillegg til renhold av huset, et arbeid de hadde hatt over mange år.

Eldre med uavklarte lidelser

Det var ikke alltid kjent for sykepleierne hva som feilte pasientene. Å kjenne til en pasients grunnlidelse er



SORG: Noen eldre sliter med ubearbeidet sorg etter tap av noen som sto dem nær. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

viktig for å unngå komplikasjoner, siden eldre ofte har flere lidelser. Sykepleierne viste at de mestret kunsten å observere pasienter og se etter tegn på komplikasjoner. En eldre mann endret atferd fra å være svært deprimert til å vise tegn på uro og blei vandrende. Han hadde nylig vært innlagt i sykehus grunnet hjerneslag. Det viste seg at pasienten hadde forstørret prostata som medførte urinretensjon og sterke smerter, noe sykepleierne skjønnte etter å sette av tid til å være til stede hos ham. Andre eksempler var eldre med hormonelle lidelser der komplikasjoner som følge av grunnlidelsen kunne maskere behovet for økning av medisiner ved akutte infeksjo-

«I tillegg må omsorgen for pårørende styrkes.»

ner. Hos pasienter med hjertesvikt og KOLS kunne angst og depresjon forsterke symptomene. Alvorlige tilstander hos pasientene kunne fremstå som både fysiske funksjonsproblemer og emosjonelle symptomer. Sykepleierne var opptatt av å se behovene og evaluere de underveis. De følte et stort ansvar for pasientene og kontaktet fastlege ved behov.

4. Etterlyser veiledning og samordning

Det sykepleierne erfarte som problematisk i arbeidssituasjonen og som påførte dem stress, var manglende veiledning og samordning i tjenesten. De var oppgitt over kommunens manglende innsats på det alderspsykiatriske området. Spesielt pasienter som led av psykose med vrangforestillinger og hallusinasjoner opplevdes svært utfordrende for hjemmesykepleien. Dette gjaldt begge kommunene. I det daglige arbeidet med pasientene kunne de rådføre seg med hverandre og med pasientenes fastlege. De kunne få råd hos demensteam og demenssykepleier. I den ene kommunen var det tilsatt en demenssykepleier i 50 prosent stilling som hadde arbeidssted i en sektor. Hun ble kontaktet ved behov og veiledet personalet ved behov. I den andre kommunen kunne hjemmesykepleien få veiledning ved behov fra et demensteam bestående av to demenssykepleiere.

I begge kommunene var det cirka 11 fastleger å forholde seg til, men det var ingen tilsynslege eller samordning i forhold til møter der de kunne drøfte problematiske pasientsituasjoner. I enkeltsaker kunne de få veiledning fra lokalsykehusets spesialisthelsetjeneste, noe som gjaldt for begge kommunene. I det daglige arbeidet med svært lidende

pasienter følte sykepleierne et spesielt behov for veiledning. For å kunne møte behovet hos pasientene ønsket de i tillegg mer kunnskap og kompetanse i alderspsykiatri samt kunnskap om terapeutiske intervensjoner. Det kom også frem at de ønsket å få økt bemanningen med stillinger for ansatte med denne kompetansen.

Diskusjon

Hovedutfordringen i praksis var hvordan man kunne gjennomføre sykepleie ved manglende samordning og manglende faglig veiledning. Dette ble håndtert med strevsom balansering. Temaene; gir omsorg til sårbare pasienter, ivaretar pårørende, strever med kompliserte pasientsituasjoner samt etterlyser veiledning og samordning, betegner prosessen sykepleierne står i.

Omsorg for sårbare pasienter og pårørende

Det er sparsomt med studier som beskriver sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme. Tønnesens (23) studie fra hjemmesykepleien viser at en omsorgsfull ivaretagelse, men også en forsvarlig tjeneste, innebærer et godt håndlag. Hun er opptatt av at sykepleieren må være høflig og oppmerksom i situasjonen slik at pasientens grenser ikke blir krenket. Andre studier viser at god omsorg til særlig sårbare bærer preg av personsentrert omsorg (24). Hun studerte hva god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner innenfor demensomsorgen og pasienter innlagt i hospice i livets siste fase kunne innebære. Hun fant at pleierne opptrer personorientert og nærværende i pasientmøtene og i pårørendemøtene, nærmest ved å tøyne reglene og rutinene på avdelingene. Jakobsen (25) intervjuet 24 omsorgsgivere fra 4 institusjoner, 2 hospice og 2 sykehjem. Jakobsen og Homeliens (24) studie av pårørendes behov, fant at helsepersonell må gå inn i møtene med et ønske om å forstå, ta ansvar og skape tillit og ha en situasjonsforståelse. Sykepleierne i vår studie viste at de kunne ivareta pasientens grunnleggende behov i det daglige i tillegg til å møte pårørende med forståelse. Men de opplevde også at de kom til kort i enkelte kompliserte pasientsituasjoner.

Strever med kompliserte pasientsituasjoner

Sykepleierne var opptatt av å skulle klare å mestre kompliserte pasientsituasjoner, men uttrykte at de kom til kort noen ganger. Dette kan sammenliknes med Rognstads og Nådens (26) studie av pleiernes utfordringer i sykehjem. De fant ut at utfordringene

var knyttet til opplevelse av maktesløshet, mislykthet og redsel, balanse mellom makt og autonomi og behov for spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd. Konklusjon i studien til Rognstad og Nåden (26) var at informantene fremhevet frykt og engstelse og uttrykte behov for etisk refleksjon og trening i å håndtere pasientgruppens aggresjon. Til forskjell fra vår studie, der hjemmesykepleierne arbeider alene i pasientens hjem, kan situasjoner preget av aggresjon i sykehjemsavdelinger eskalere ved at pasienter blir sinte og uenige med hverandre. Dette samværet unngås i pasientens eget hjem, men setter hjemmesykepleien under sterkt press. De arbeider alene i pasientens hjem. Og pasienten sitter nesten hele døgnet alene med sin angst og fortvilelse. Sykepleierne var oppmerksomme på sin sårbare arbeidssituasjon og gikk inn to og to i situasjoner som var svært utfordrende.

Internasjonalt viser forskning at terapeutiske intervensjoner har større effekt på psykiske lidelser enn det de kaller vanlig (usual) sykepleie (27). Studier av pasienter som har fått depresjon etter hjerneslag og som får samtalebehandling sammen med antidepressiver, oppnår større bedring enn om de bare får antidepressiver (28;29). Hem (30) studerte interaksjonen mellom psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleiere i akuttpsykiatrien i Norge. Hun fant at sykepleiepraksis er full av utfordringer og at sykepleiere ikke makter å leve opp til hva god psykiatrisk sykepleie er. På grunn av innslag av kamouflert makt i relasjonen kan «moden omsorg» være et mulig alternativ, mener hun. Hun forklarer at begrepet «moden omsorg» har en idé om at sykepleierne balanserer mellom sine egne behov og interesser og pasientenes behov og interesser. I den modne omsorg inngår terapeutiske intervensjoner. Et av utsagnene hos en erfaren hjemmesykepleier i vår studie var «la det få litt tid». Med det mente hun at de ikke skulle gå for fort frem, men ta hensyn til at pasienten beholdt verdigheten i situasjoner som var vanskelige.

Kouvenhoven og Kirkevold (31) studerte deprimerte slagrammedes erfaring spesielt og påpeker at funnene deres viser at depresjon etter hjerneslag fra et illness-perspektiv kan ses på som en naturlig sorgreaksjon. De påpeker at hjemmesykepleie i noen tilfeller kan få en for fysisk-somatisk orientering, noe som kan medføre at man overser psykososiale behov og mister helhetsperspektivet. Ifølge Birkelands (32) studie av eldre, ensomhet og hjemmesykepleie er det en fare for at psykososiale behov overses

dersom sykepleierne får et for ensidig fysisk fokus.

Etterlyser veiledning og samordning

Sykepleierne var opptatt av at de trengte veiledning i kompliserte pasientsituasjoner. De følte seg stresset av ansvaret de bar nærmest alene. Rosenvinge og Rosenvinge (33) påpeker at omsorg for eldre mennesker er underprioritert. Samordning med andre kommunale tjenester var ikke satt i system. Deady og McCarthy (34) studerte mestringsmekanismer blant irske psykiatriske sykepleiere som erfarte moralsk stress i arbeidet på akutt mottak, noe som kan sammenliknes med det stresset som sykepleiere i min studie gjorde. Ifølge Clancy (35) jobber sykepleiere hardere, de jobber mer, de må greie mer. De må takle stadige endringer og er utsatt for moralsk stress til daglig. Sykepleierne slites mellom sitt humanistiske ideal på mikronivå hos pasienten og tiden de har til rådighet, mener hun. Vågan og Grimen (36) påpeker at sykepleiere er den største profesjonen i helsesektoren i vestlige land, samtidig som den ofte usynliggjøres, forties og gjøres til offer.

PÅRØRENDE: Det er viktig å samtale med de pårørende, for å utveksle informasjon om pasienten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Sykepleierne i vår studie i hjemmesykepleien står alene i mange situasjoner når de er i hjemmebesøk – og de må fatte beslutninger der og da. De jobber med skjønnsutøvelse under press. Hva kan de støtte seg på? Sykepleie som fag er en praksis som er særegen, ifølge McCarthy (37). Når sykepleieren står i vanskelige situasjoner handler det om profesjonsmoral basert på skjønn. I en skjønnsutøvelse vil mange ulike vurderinger inngå, dette spennet står sykepleiere i til daglig når sykepleie skal ytes, ofte under tidspress. Tønnesen og Nordtvedt (38) argumenterer for hva som skal anses som en faglig akseptabel minstenorm. De påpeker

må studeres nærmere siden manglende samordning og mangelfull faglig veiledning synes å være en stor utfordring for praksis. Ivaretagelse av kronisk syke eldre med psykiske lidelser som bor i sitt eget hjem, stiller store krav til egnet og kompetanse hos helsepersonellet. Å øke kunnskapen om oppfølging og behandling av psykiske lidelser hos eldre vil kunne bedre livskvaliteten for den enkelte person. Det må rettes fokus mot helhetlig vurdering og kartlegging av pasienter med disse lidelsene slik at de blir ivarett på en faglig og god måte. Tilnærmingen og oppfølging av pasientene krever samhandling og flerfaglig samarbeid. I tillegg må omsorgen for pårørende styrkes. ■

«Sykepleierne viste at de mestret kunsten å observere pasientene.»

at hjemmesykepleien skal være faglig forsvarlig og hjelpen som ytes skal være omsorgsfull. Kompleksiteten i de ulike pasientsituasjoner vil også kreve faglige intervensjoner på høyt nivå, slik vår studie viser. For øvrig legger Stortingsmelding nr. 47 (39) klare føringer om samarbeid på tvers av sektorer, et arbeid som kan komme pasientene til gode.

Studiens begrensning

Studiens begrensning er at feltarbeid og kvalitative intervju kun er foretatt i to kommuner i Norge. Om feltarbeidet hadde blitt gjennomført i en annen periode kunne det muligens vært andre problemstillinger i praksis? Det var ingen eldre fra andre etniske grupper i pasientutvalget i den perioden feltarbeidet pågikk. Omsorgen til pasienter som lider av psykiske lidelser er ofte langvarig, men noen får hjemmesykepleie av kortere varighet. Organiseringen av tjenesten kunne vært annerledes, og det kunne vært større grad av veiledning av de ansatte, noe som muligens kunne bedret situasjonen både for sykepleiere og pasienter. Om feltarbeidet hadde vært gjennomført i andre kommuner kunne utvalget hatt andre problemstillinger. Det er derfor ikke mulig å generalisere ut fra denne studien med kun 11 informanter.

Konklusjon

Å få til godt samarbeid med annet helsepersonell for å styrke kompetansen, er viktig for å kunne ivareta pasientene. Stillinger for sykepleiere med videreutdanning i alderspsykiatri kan øke kompetansen og bedre pasientomsorgen. Organisering av tjenesten

Referanser:

1. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population - the HUNT study *Int Psychogeriatr* 2012;24(1):151-8. DOI: 10.1017/S1041610211001141.
2. Kvist E, Djernes JK, Gulmann NC. Depresjoner hos eldre overses. *Sykeplejersken* 2001;01(45):26-31. Tilgjengelig på: <https://dsr.dk/sykeplejersken/arkiv/sy-nr-2001-45/depresjoner-hos-aeldre-overses>
3. NSF. Plattform. NSFs arbeid og engasjement psykisk helse og rus 2009-2012 - en komplett og pasientnær sykepleietjeneste. Oslo, Norsk Sykepleierforbund; 2008. Tilgjengelig på: https://www.nsf.no/Content/423652/Brosjyre_A4_plattform_web.pdf
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet; 1997. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
5. Norsk psykiatrisk forening. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. Stavanger, Norsk psykiatrisk forening 2010 Tilgjengelig på: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemId=2604>
6. Bragason A. Alderspsykiatri. I Red. Dahl, A.A. & Aarre, T.F. Praktisk psykiatri. Bergen: Fagbokforl.; 2012.
7. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforl.; 2012.
8. Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud 10/2003. Oslo: Helsetilsynet; 2003. Tilgjengelig på: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf.
9. Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien Trondheim: SINTEF, Unimed; 2003. Report No.: STF78 A033501. Tilgjengelig på: <https://www.sintef.no/en/publication/?pubid=SINTEF+A6364>.
10. Aarsland D, Bronnick K, Alves G, Tysnes OB, Pedersen KF, Ehrft U, et al. The spectrum of neuropsychiatric symptoms in patients with early untreated Parkinson's disease doi: 10.1136/jnnp.2008.166959. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009;80(8):928-30.
11. HelseDirektoratet Avdeling psykisk helse. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten IS-1561 Oslo, HelseDirektoratet Avdeling psykisk helse; 2009. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
12. Kvaal K. Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red) Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
13. Forland F, Skjellanger A-G, Stolanowski P-A. -og bedre skal det bli: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder



LANGTIDSSYK:
De fleste pasientene lever med sin psykiske sykdom i flere år og har gode og dårlige perioder. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

- og utøver. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
14. Birkeland A, Natvig GK. Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 2008;10(2):3-14. Tilgjengelig på: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/150728>
 15. Dale B, Saevareid HI, Kirkevold M, Soderhamn O. Older home nursing patients: perception of social provisions and received care. Scand J Caring Sci 2010;24(3):523-32.
 16. Nordhus IH. Manifestations of depression and anxiety in older adults. I R. Woods, R. & Clare, L. (Red). Handbook of the clinical psychology of ageing. West Sussex: John Wiley and Sons; 2008.
 17. Nordhus IH, Hynninen KM. Treating late-life anxiety in chronic medical illness and cognitive impairment: two case studies. I N.A. Pachana, K. Laidlaw and B.G. Knight (red.) Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on Practice. Oxford: Oxford University Press; 2008.
 18. Momeni P, Wettergren L, Tessma M, Maddah S, Emami A. Factors of importance for self-reported mental health and depressive symptoms among ages 60-75 in urban Iran and Sweden. Scand J Caring Sci 2011; 25(4):696-705. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00880.x.
 19. Lindstrom M, Sundquist J, Ostergren PO. Ethnic differences in self reported health in Malmo in southern Sweden J Epidemiol Community Health 2001 Feb;55(2):97-103. doi: 10.1136/jech.55.2.97.
 20. Tinghog P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L. The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. Int J Soc Psychiatry 2010 Jan;56(1):74-93.
 21. Harrefors C, Savenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden Scand J Caring Sci 2009 Jun;23(2):353-60. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00629.x.
 22. Kvale S. Interview: en introduksjon til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forl.; 1997.
 23. Tønnessen S. Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. Sykepleien forskning 2013;8(2):188-61. DOI 10.4220/sykepleienf.2013.0057. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/faglige-forutsetninger-forsvarlighetsbegrepet>
 24. Jakobsen R, Homelien S. Å forstå pårørende til personer med demens. Geriatrik Sykepleie 2013; 1:22-28. Tilgjengelig på: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs1_parorende_demens_1509.pdf
 25. Jakobsen R. Nærverv når identitet er truet - En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner. Bodø: Universitetet i Nordland; 2012
 26. Rogstad MK, Nåden D. utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv. Nordisk sykepleieforskning 2011;1(2):143-55.
 27. Price J, Butler R, Hatcher S, Von KM. Depression in adults: psychological treatments and care pathways. BMJ Clin Evid 2007;2007. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943776/>
 28. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ, Buzaitis A, Cain KC, Fruin M, et al. Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial. Stroke 2009;40(9):3073-8.
 29. de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdottir TB. A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. J Clin Nurs 2010;19(23-24):3274-90.
 30. Hem MH. Mature care?: an empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses. 2008.
 31. Kouwenhoven SE, Kirkevold M. Depressive symptomer etter hjerneslag. Sykepleien forskning 2014;9(1):80-5. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/depressive-symptomer-etter-hjerneslag>
 32. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie Sykepleien forskning 2013;(2):116-22. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0049. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/eldre-ensomhet-og-hjemmesykepleie>
 33. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon hos eldre - systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 - 2001. Tidsskrift for Den norske legeforening 2003;123(7):928-9. Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/article/785939>
 34. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. Perspect Psychiatr Care 2010 Jul;46(3):209-20. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x.
 35. Clancy A. Hva er etikk? Tidsskr Sykepl 2012.
 36. Vågan A, Grimen H. Profesjoner i maktteoretisk perspektiv i Professionsstudier, red A. Molander og L.L. Terum. Oslo: Universitetsforl.; 2008.
 37. McCarthy J. A pluralist view of nursing ethics. Nurs Philos 2006 Jul;7(3):157-64.
 38. Tønnessen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien forskning 2012;(Nr. 3):280-5. Tilgjengelig på: [https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie\(39\)](https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie(39)) Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. 2009. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8db8a-b5c21445a5dc/no/pdfs/stm2008200900470000dddpdfs.pdf>

Hvordan påvirker turnusarbeid i sykehjem sykepleieres helse og livskvalitet?

Av **Stine Hauvik**, høgskolelektor, bachelorsgradutdanning i sykepleie, Høgskolen i Molde

Gørill Haugan, PhD, I. amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag

Innledning

Menneskets levealder øker. De neste 30 årene vil antall personer over 65 år nesten doubles (1). Gruppen 80 år og eldre øker mest; og gir en særlig opphopning av sykdom og funksjonstap, som øker behovet for helse- og omsorgstjenester. En nylig norsk studie om livskvalitet blant kognitivt-intakte pasienter i sykehjem viste en relativt tung symptombyrde (2). Andre studier har vist at pleier-pasient-interaksjonen har signifikant effekt på pasientens angst, depresjon, håp, mening og self-transcendence (3-6). Kompetent personell i sykehjem innenfor smerte- og symptomlindring samt helsefremmende interaksjon er avgjørende. I lys av dette blir det tydelig at kvalitet i sykehjemsomsorgen blant annet avhenger av høy sykepleiefaglig kompetanse.

Størstedelen av sykepleierne i sykehjem arbeider forskjellige turnusordninger. Turnusarbeid innebærer at man ikke arbeider «ordinær» arbeidstid, definert mellom klokken 08.00–16.00 (7, 8), men ofte lange og uregelmessige vaktordninger med ubekvem arbeidstid (7, 9). Turnusarbeid krever at privatlivet tilpasses arbeidstidene (8). Flere studier har vist at turnusarbeid blant sykepleiere over tid kan gi negative helsemessige konsekvenser (10–15), og påvirke opplevelsen av livskvalitet (16–20). Sykepleiere i turnus rapporterer om forstyrrelser i søvnrytme (11, 18, 21) og muskel- og skjelettplager (22–26). Samtidig er arbeidsmiljøvernlovens formål blant annet «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon» (§1-1a) (27).

Livskvalitet handler om menneskers personlige

Sammendrag

Bakgrunn: Størstedelen av sykepleierne i sykehjem arbeider i ulike turnusordninger som ofte innebærer uregelmessige vaktordninger samt ubekvem arbeidstid. I årene som kommer blir vi mange gamle; behovet for sykehjemsomsorg og dermed kompetent personell i sykehjem vil være stort. Kvalitet i sykehjemsomsorgen vil bl.a. avhenge av at sykehjemmene greier å rekruttere og beholde sykepleiefaglig kompetanse.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å frembringe kunnskap om hvordan sykepleiere i sykehjem opplever at turnusarbeidet påvirker deres helse og livskvalitet.

Metode: Studien står i en fenomenologisk forskningstradisjon; data er samlet inn ved semistrukturerte intervju med 8 av 11 sykepleiere som fylte inklusjonskriteriene. Informantene representerer tre av fire sykehjem i en norsk kommune. Data ble registrert på lydband, ordrett transkribert, og analysert ved bruk av Amadeo Giorgis fenomenologiske analysemetode.

Resultat: Mot-klokka-roteringer (f.eks. tidlig-vakt morgenen etter seinvakt) var særlig negativt, og ble oppfattet som hovedårsak til ulike plager som søvnproblemer, utmattelse

og dårlig fordøyelse, som alle påvirket deres livskvalitet negativt. Få muligheter for å opprettholde rutiner i døgnets aktiv- og hvile-fase, samt måltids- og toaletttrykne bidro til ubalanse i kroppen som påvirket sykepleierens livskvalitet negativt. Lite hviletid mellom vaktene relatert til mot-klokka rotasjoner, og nattevakter medførte søvnproblemer og gav opplevelse av stadig utmattelse som var negativt for deres livskvalitet.

Konklusjon: Studien bidrar med kunnskap om hvordan turnusarbeid i sykehjem kan influere på sykepleieres helse og livskvalitet. Med tanke på å rekruttere og beholde nødvendig sykepleiekompetanse i sykehjem, vil innsats rettet mot å tilrettelegge turnus slik at man unngår mot-klokka rotasjoner, unngår sein-tidlig-vakts kombinasjoner og samtidig ivaretar personalets behov for en «normal» måltidsrytme ha betydning for den enkelte sykepleiers helse og dermed for hans/hennes utholdenhet i arbeidsforholdet. Følgelig vil en slik tilrettelegging av turnus også kunne ha betydning for kvaliteten på sykepleien i sykehjemmene.

Nøkkelord: Turnus, sykepleiere i sykehjem, livskvalitet, helse

(Engelsk sammendrag på neste side.)



PÅ JOBB: De fleste sykepleiere som jobber på pleiehjem arbeider turnus, ofte med lange vakter. Illustrasjon: Colourbox.

opplevelse av livet som godt (28): å føle glede. Hva som gjør oss glad er individuelt. Tatarkiewicz (29) fremhever de små gledene i hverdagen som styrkende for livskvaliteten og nødvendig for å «hente seg inn» etter perioder med belastning. Verdens Helseorganisasjons (30) generelle definisjon av livskvalitet fremhever livskvalitet som både et subjektivt og flerdimensjonalt begrep;

«(...) enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kulturen og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker at livet skal være og hva de er opptatt av» (30).

Helsepersonell kritiseres ofte for å yte helsehjelp basert i den biomedisinske forklaringsmodellen hvor helse beskrives som «fravær av sykdom» (31, 32). De siste 20–30 årene ser vi en dreining mot en bio-psyko-sosial forklaringsmodell hvor «helse» anerkjennes som mer enn «kropp og fravær av patogener»; og heller fokuserer på egenskaper som virker positive og fremmede for mennesket som helhet av kropp-sjel-ånd (33, 34). Antonovsky (2000) utviklet den salutogene helseforståelsen som innebærer at mennesket alltid har en grad av helse som varierer langs et kontinuum mellom ikke-helse (død) og svært god helse.

Den salutogene helseteorien, basert på forståelsen av mennesket som en helhet av kropp-sjel-ånd, fokuserer på hva som skaper god helse (33) i stedet for hva som skaper sykdom, slik den biomedisinske forklaringsmodellen gjør (31). Faktorer som har betydning for

«Turnusarbeid delvis påvirker sykepleieres livskvalitet negativt.»

helsen finnes både i individet selv og i dets miljø og omgivelser (33, 34). Å arbeide i turnus i et sykehjem kan på ulike vis påvirke hvor langs dette kontinuumet sykepleierne helse befinner seg; det vil si deres grad av helse.

Menneskers vurdering av egen helse har betydning for opplevelsen av livskvalitet. En tyrkisk studie (17) (n=501) rapporterte at 41,5 prosent sykepleiere i turnus ved sykehus ikke var fornøyd med egen helse, mens en norsk studie (35) viste at 11 prosent av sykepleierne frivillig arbeidet deltid fordi de opplevde jobben som svært krevende; 9 prosent arbeidet deltid på

grunn av helseproblemer. Forskning dokumenterer at turnusarbeid medfører søvnforstyrrelser og dårligere søvnkvalitet; mer enn 50 prosent av sykepleierne i turnus rapporterte alvorlige søvnforstyrrelser (20). Den «circadiske rytmen», eller «døgnrytmen», styrer naturlige endringer i kroppen i løpet av en 24-timers syklus; for eksempel kroppstemperatur og blodtrykk i forbindelse med søvn og aktivitet, hormonproduksjon og så videre (36), og bidrar til å påvirke livskvaliteten (37). Forskjøvet søvnmønster forstyrrer kroppens circadiske rytme, som styrer kroppens metabolske systemer; for noen sykepleiere i turnus blir resultatet av dette helseplager (26, 38, 39). Kort oppsummert beskriver foreliggende forskning effektene av turnus som belastende på helse og livskvalitet generelt.

Med tanke på fremtidens behov for kommunale helsetjenester er det avgjørende å legge til rette for å rekruttere og beholde sykepleiefaglig kompetanse.

«Forskjøvet søvnmønster forstyrrer kroppens circadiske rytme.»

Aspekter ved turnusarbeid relatert til helse og livskvalitet vil kunne ha betydning for i hvilken grad vi lykkes. Kunnskap om hvordan turnusarbeid i sykehjem påvirker sykepleieres helse og livskvalitet, så vel som kunnskap om hvordan helsevesenet best mulig kan

tilrettelegge turnusarbeidet innenfor de til enhver tid rådende rammene, er derfor viktig.

Studier av turnusarbeid blant sykepleiere er for det meste utført i sykehus (38, 40–43), mens forskning på helsefølger av turnusarbeid blant sykepleiere i sykehjem er sparsom; forfatterne av denne artikkelen har ikke funnet verken norske eller internasjonale studier med fokus på turnusarbeid i sykehjem. Det eksisterer et kunnskapsgap. Funn fra sykehus kan ha overføringsverdi til sykehjem. Det er imidlertid forskjeller mellom turnusarbeid i sykehus og sykehjem; dette gjelder turnusordninger, ansvarsområder, grunnbemanning og fysisk belastning. Pleietyngden i sykehjem er ofte langt høyere enn i sykehus, samtidig som bemanningsfaktoren er langt lavere enn i sykehusene. Sykepleiere i sykehus er ansvarlig for oppgaver relatert til akuttbehandling, oppgaver som i mindre grad foregår i sykehjemmene. Turnusordninger i sykehus varierer mellom tredelt turnus og ren dagvaks-turnus i for eksempel poliklinikk med helgefri. I sykehjemmene eksisterer for det meste todelt turnus parallelt med rene natt-turnuser.

Mot denne bakgrunnen er denne studiens hensikt å frembringe kunnskap om hvordan sykepleiere i sykehjem opplever at turnusarbeidet påvirker deres helse og livskvalitet.

Metode

Studien stiller seg i en fenomenologisk forskningsstradisjon hvor menneskers opplevelser og erfaringer

Abstract

Title: Nurses in nursing homes: the impact of shift-work on health and quality of life.

Background: The majority of nursing home (NH) nurses work in different schedules, including irregular work-rotations and unsociable work-hours. The Norwegian population is getting older, causing increasing needs for competent personnel in NHs in the years to come. The quality of NH care will, among other things be determined by enrollment and the ability to sustain nurses with high competence.

Aims: The aim of this study was to provide knowledge of nurses' experiences of how shift-work in NHs influences on their health and quality of life.

Methods: This phenomenological study was based in semi-structured interview data from 8 out of 11 nurses who fulfilled the inclusion criteria. The informants represent three out of four NHs in a municipality in Mid-Norway. The data were registered on tape, verbatim transcribed and analyzed using Amadeo Giorgis phenomenological method of analysis.

Results: Counterclockwise rotation was considered parti-

cularly negative, signifying the main reason to different health issues such as sleep difficulties, exhaustion and indigestion; all of which negatively affected the nurses' quality of life. Limited opportunities for maintaining daily routines, embracing both meal- and toilet routines, contributed to a bodily unbalance, which was detrimental to their quality of life. Insufficient resting time between shifts related to counterclockwise rotation as well as night shifts lead to sleep difficulties and the experience of frequent exhaustion.

Conclusion: This study provides knowledge of how NH shiftwork influences on nurses' health and quality of life. In order to recruit and maintain obligatory nursing competence, efforts directed towards avoidance of counterclockwise rotations and shift from late-to-early with inadequate rest-time in-between, should be accomplished. Moreover, the NH nurses highlighted the need for a normal meal rhythm, signifying a health promotion influence of having opportunities for a hot meal during evening work.

Key Words: Shift-work, nurses, nursing homes, quality of life, health



SØVNPROBLEM: Noen får for lite søvn når de jobber turnus. Illustrasjon: Colourbox.

står sentralt (44). Tilnærmingen er kvalitativ. Ved bruk av Giorgis (45, 46) deskriptive fenomenologiske metode forsøker vi å trenge bak faglig etablerte utlegninger; via analyse av sykepleieres fortellinger om turnusarbeidet i sykehjemmet i relasjon til sin helse og livskvalitet dannes et bilde av fenomenet. Det er sykepleierens spontane og nære hverdagsopplevelse vi er ute etter (44–46).

Utvalg og rekruttering

En kommune på Nordvestlandet med fire sykehjem ble valgt ut av praktiske årsaker. Tre av sykehjemmene var villige til å delta. Kommunalsjef for helse og omsorg samt sykehjemmenes ledelse ga tillatelse til å gjennomføre studien som ble vurdert som ikke-fremleggspliktig av REK. NSD ga konsesjon for oppbevaring av persondata. Skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og hva deltakelse innebar ble gitt til sykehjemmenes ledelse, som deretter ga skriftlig informasjon med forespørsel om å delta til alle sykepleiere ved sykehjemmet. Informert frivillig samtykke ble innhentet ved at informantene selv tok kontakt med forsker via telefon eller e-post, og sendte signert samtykkeskjema i frankert svarkonvolutt. Deretter kom forsker i kontakt med informantene. Deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg uten forklaring. Elleve sykepleiere, som alle fylte inklusjonskriteriene, vist i tabell 1, meldte interesse for å delta. Tre av disse elleve sykepleierne fikk for-

sker ikke kontakt med. Dermed ble de resterende åtte sykepleierne inkludert i studien. Disse åtte representerte alle de inkluderte sykehjemmene og ga frivillig informert samtykke til å la seg intervju.

Datainnsamling og analyse

Intervjuguide ble anvendt; førsteforfatter gjennomførte vinteren 2013 semistrukturerte intervju som

Inklusjonskriterier for deltakelse

- Deltakere i studien må være utdannet sykepleier.
- Deltakere i studien må arbeide ved sykehjem, i en avdeling beregnet for langtidsbrukere.
- Deltakere i studien må arbeide i tredelt-, todelt-, eller nattevaks turnus.
- Deltakere studien må være gift, samboende eller aleneboende med barn.

TABELL 1. Inklusjonskriteriene som ble presentert for mulige deltakere til studien i et informasjonsskriv som inviterte til deltakelse i studien.

varte mellom 1,5–2 timer. Data ble registrert på lydband, ordrett transkribert og deretter oppbevart utilgjengelig for andre enn forfatterne. Data ble anonymisert og den enkelte deltakers integritet ivarett. Tabell 2 viser eksempel på stegene i analyseprosessen. Informantenes subjektive opplevelser av turnus relatert til egen helse og livskvalitet ble systematisk strukturert til meningsbærende fortellinger av tekst. Informantenes livsverden ble presentert uten at forskeren introduserte sin tolkning som fasit (44–51).

Forskerne er sykepleiere (RN, MA og RN, PhD) med erfaring fra turnusarbeid i sykehjem. Deres for-

forståelse innebar blant annet at turnusarbeid delvis påvirker sykepleieres livskvalitet negativt. Forforståelsen ble bevisst satt i parentes under innsamling og analyse av data.

Helsemessige påvirkninger av turnusarbeid	«Det er ikke lett å skulle sovne etter ei sein vakt å være opplagt til å dra på jobb igjen til kl 07»	Søvnproblemer	Mot-klokka rotasjoner, og ubekvem arbeidstid
---	---	---------------	--

TABELL 2. Eksempel på bruk av arbeidsdokument som viser de fire stegene i Giorgis fenomenologiske analysemetode.

Resultat

To temaer tredte tydelig frem som resultat av analysen; dette var turnusarbeidets innvirkning på helsen relatert til henholdsvis «søvn» og «hvile» samt «kroppslige plager». Informantene var mest direkte fokusert på helsedimensjonen med tanke på turnusarbeidets påvirkning på dem, mens de beskrev livskvalitet indirekte og implisitt relatert deres opplevelse av helse og plager. Temaene kom frem ved å følge trinnene i Giorgis fenomenologiske analysemetode; først ble de transkriberte intervjuene lest i sin helhet. Et helhetsinntrykk ble dannet og skriftlig formulert for hvert intervju. Deretter ble ulike meningsenheter etablert, etter hvert som de dukket opp i teksten; ett intervju av gangen. I neste trinn gikk analysen på tvers av intervjuene, og informantenes meninger ble samlet i kategorier med fokus på virkninger av turnusarbeid på helse og livskvalitet. Til slutt ble essensen av informantenes subjektive erfaringer samlet og strukturert fra enheter til en meningsbærende helhet.

Helsemessige problemer gjorde at flere informanter frivillig reduserte sin stilling; turnus fikk indirekte skylden for at de ofte følte seg energitomt, utslitt, og at helsen ikke lenger var god. Alder ble også nevnt som en viktig faktor i forhold til påvirkning av turnusarbeid på kropp og helse:

«(...) det der med alder... det påvirker jo livet mye. Jeg kan ikke sette noe likhetstegn ved når jeg var 30 år og nå når jeg er over 50 år. Den gangen greide jeg mer... jeg hadde mer kapasitet enn jeg har nå.»

Turnusarbeidets innvirkning på helsen – søvn og hvile

Informantene hadde 2–35 års erfaring som sykepleier. De eldste fortalte at det ble tyngre å arbeide i turnus for hvert år, og at de ble spesielt utslitt etter

en mot-klokkarotasjon; det vil si tidlig-vakt morgenen etter seinvakt. Flere informanter følte seg utslitt etter flere dager på jobb, spesielt etter vakter med mot-klokka rotasjoner (vakter som beveger seg imot naturlig døgnrytme, for eksempel en sein vakt kvelden før en tidlig vakt). Sykepleiere i sykehjem har hovedansvaret, og derfor ofte de lengste vaktene i turnus; man er ofte den siste som går av vakt og den første som går på vakt. Ni timer mellom vaktene utgjør ikke ni timer i ren hviletid.

«Overgangen mellom sein-tidlig vakter... det er et problem som kan gå ut over nattesøvnen ... Jeg føler at jeg er kronisk trøtt og ikke får skikkelig hvile på natta. Det føles som man er på jobb i ett strekk.»

Sykepleierne i studien understreket at søvnproblemer ikke var vanlig i friperioder; problemene derfor kunne relateres til turnus. Spesifikt mot-klokkarotasjoner:

«Det er jo en litt dårlig kombinasjon... jeg synes det er bedre når jeg har gått bare tidlige vakter... eller når jeg har hatt flere seinvakter etter hverandre, så har ikke det vært et problem heller... det er skiftet... mot klokka roteringa. Så jeg kunne gjerne hatt fri mellom seinvakt og tidlig-vakt, føler jeg.»

De som gikk nattevakter beskrev hvordan vansker med søvn på dagtid påvirket humøret:

«Jeg var sur og grinete, og ikke noen god mor eller kone i perioder med flere nattevakter på rad.»

Alle informanter med erfaring fra nattevakter fortalte om problemer med å snu døgnnet igjen. Spesielt ille var det etter flere nattevakter på rad, eller med tidligvakt etter bare en dag å snu døgnnet på. Problemer med å holde seg våken i løpet av nattevakta, samt å komme seg hjem uten å sovne, ble også beskrevet.

Samtidig som informantene slet med å få sove når de kom hjem etter ei nattevakt, fikk de problemer igjen om kvelden når de skulle snu døgnnet tilbake. Det kunne ta lang tid før de hadde normal døgnrytme. Å utelukkende sove overflatisk i korte perioder gir ingen dyp søvn; de fikk ikke den hvile de trengte, som ga en følelse av utmattelse som påvirket livskvaliteten negativt.

«Jeg merket det godt på kroppen ja ... Jeg følte meg helt på siden av meg selv, når jeg gikk nattevakt ... Jeg var ikke helt til stede ei stund etterpå, synes jeg.»

«Etter fire nattevakter i strekk, hadde jeg en snudag som var en totalt bortkastet ubrukelig dag (...) Så hadde jeg ei natt hvor jeg ikke fikk sove. Fikk aldri sove den natta etter.»

Sein-vakter var ikke udelt negative; alle informantene mente det var positivt med sporadiske seinvakt



ENERGILØS: Turnusarbeid fikk indirekte skylden for at sykepleierne i undersøkelsen ofte følte seg energitomt, utslitt og at helsa ikke lenger var god. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ter. Å kunne sove litt lengre en formiddag, barna kunne komme hjem tidligere fra barnehagen eller SFO, og man kunne bruke dagen som man hadde lyst til, bidro til å øke livskvaliteten.

Turnusarbeidets innvirkning på helsen – kroppslige plager

Informantene som var sykemeldt fra hele- eller deler av sin stilling, forbandt søvnproblemene med kroppslige smerter. En informant fortalte at hun brukte smertestillende medisiner for å få sove mellom vaktene, både på grunn av smerter, og som hjelp til å slappe av:

«(...) så ofte tar jeg meg en ibux eller ett eller annet ... smertelindring. Og det blir man jo litt trøtt av å. Så får man roet seg ned samtidig.»

Flere informanter fremhevet unormale spisevaner på nattevakt; fellesnevneren var at «maten» inneholdt mange kalorier og lite næringsstoffer, hvis det i det hele tatt var tid til å spise på nattevakten:

«(...) Jeg spiste ikke skikkelig hele natta ... Jeg spiste ikke i det hele tatt egentlig ... Men jeg hadde alltid sånne Nutrilett bars og slik i veska som jeg spiste på veien hjem sånn at jeg visste at jeg i det minste hadde spist noe før jeg la meg om morgenen.»

To informanter hadde fått diagnosen irritable tarm; dette oppsto underveis i sykepleierstudiene som følge av stressende perioder med praksis og skolearbeid. Informantene visste at tilstanden er kronisk,

og vil gi symptomer i perioder med forandringer i måltidsrutiner, stress, og ved hyppig endring i kroppens circadiske rytme. Manglende muligheter for å spise stressfrie måltider på vakt, og å opprettholde en normal toalettrutine, ble beskrevet som utløsende faktorer og påvirket livskvaliteten i stor grad.

«Det gikk mange år før jeg skjønte sammenhengen mellom magen og psyken ... Nå kjenner jeg meg selv så godt at jeg vet at hvis jeg får smerter i magen, da skjønner jeg at jeg må roe ned ... Ellers kommer jeg til å ha vondt i magen i dagevis.»

«Ni timer mellom vaktene utgjør ikke ni timer i ren hviletid.»

«Det var jo det med å jobbe på natta ... Det ble jo forstyrrelser i hele systemet på en måte ... Man bryter jo ut fra det vanlige mønsteret med når man hviler og spiser og slik da.»

Travle vakter og lav sykepleiedekning gjorde at det periodevis var vanskelig å finne tid til å ta pause: dette resulterte i at inntak av mat og drikke ble nedprioritert. En informant fortalte om så travle vakter at hun flere ganger hadde glemt å gå på toalettet:

«(...) Jeg kunne komme hjem og tenke at 'Guuud ... jeg har da ikke vært på do i hele dag ... det har vært ofte det altså.»

Samtlige informanter fremhevet den positive

betydningen for livskvaliteten mulighetene for normal måltidsrytme på jobb hadde. Flere var veldig fornøyd med fellesmåltider for pasienter og pleiere. Dette medførte at det var mulig å spise normale måltider på jobb. De kunne slappe av og kose seg med måltidsituasjonen, i stedet for å stresse i seg maten, eller føle at det ikke var tid til å spise. Informanter som ikke hadde fellesmåltider på sine avdelinger påpekte at det ikke alltid var mulig å ta pause; som resulterte i at de ikke spiste, eller småspiste.

«Seinvakter var ikke udelt negative.»

«En mer jevn døgnrytme på måltider til personalet vil kanskje kunne bidra til å opprettholde et mer stabilt energinivå og ikke gjøre folk så stresset. Hvis man lever kun på kaffe og kjeks (...) så er det jo ikke rart om man blir stresset og utslitt av ingenting (ler).»

Tilgang på varm, salt mat på seinvakt ble ansett som en kilde til økt livskvalitet. Middagsmat på seinvakta gjorde at de ikke følte suget etter usunn mat. De fleste informantene spiste ikke varm mat de dagene de hadde seinvakt. Noen informanter erfarte at et varmt, saltholdig måltid rett før leggetid medførte økte søvnproblemer mellom sein-tidlig vakter.

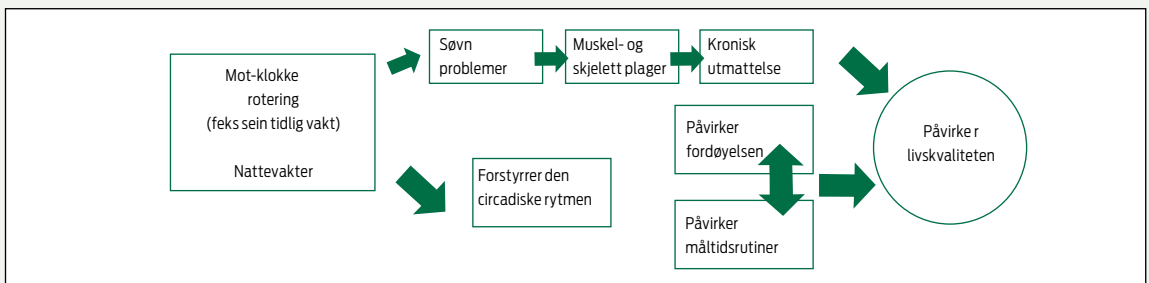
Figur 1 oppsummerer sentrale fenomener i turnusarbeidets innflytelse på informantens helse og livskvalitet, og hvordan disse fenomenene ser ut til å influere hverandre i dette utvalget. Mot-klokka-roteringer var særlig negativt, og ble oppfattet som hovedårsak til ulike plager som søvnproblemer, utmattelse og dårlig fordøyelse, som alle påvirket livskvaliteten negativt. Kroppens circadiske rytme

påvirkes av både nattevakter og mot-klokka rotasjoner; som påvirker måltidsrytme og fordøyelse. Dårlige muligheter for å opprettholde naturlig døgnrytme gjør at kroppen kommer i ubalanse og påvirker livskvaliteten til informantene negativt. Lite hviletid mellom vaktene i en mot-klokka rotasjon, og nattevakter med søvnproblemer utløste hos flere av informantene en følelse av kronisk utmattelse, som påvirket deres livskvalitet. Pilene i figuren viser ikke kausale sammenhenger, men illustrerer sammenhenger løftet frem av studiens informanter under intervju.

Diskusjon

Søvnvansker, helseplager og nedsatt livskvalitet
Arbeidsmiljøvernlovens (§1-1a) (27) formål er «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon». Ifølge forskning påvirkes sykepleieres helse negativt av turnusarbeid, for eksempel gjennom forstyrrelser i søvnrytme (11, 18, 21) og måltidsrytme (15). Flere deltakere i denne studien reduserte frivillig sin stilling av helsemessige årsaker; grunnet at turnusarbeid med utstrakt bruk av ubekvem arbeidstid og vanskeligheter med å opprettholde circadisk rytme, var medvirkende årsak til deres helseplager.

Informantene opplevde forstyrrelser i søvn- og måltidsrytmen samt muskel- og skjelettplager som følge av turnusarbeid. I tråd med tidligere forskning blant sykepleiere over 50 år (42) fremhevet informantene konsekvensene av turnusarbeid som mer negative i takt med økende alder. Studier har vist at nedsatt livskvalitet og negative helsemessige konsekvenser har sammenheng med turnusarbeid over tid (10–15). Eldre sykepleiere kommenterte hvor utslitt de følte seg; de ble fortere sliten, og det tok



FIGUR 1. Mot-klokka rotasjoner i turnus og nattevakter påvirker livskvalitet. Figuren skisserer et oversiktsbilde av funnene i studien. Pilene angir sammenhenger beskrevet av informantene i denne kvalitative studien, og representerer ikke statistiske sammenhenger. Nattevakter og vakter mot-klokka forstyrrer kroppens circadiske rytme, når sykepleierne på grunn av roterende skift ikke greier å opprettholde fast måltids- og fordøyelsesrytme. Samtidig gir vaktordningene søvnproblemer, som underbygger muskel- og skjelettplager, og videre gir utslag i en følelse av kronisk utmattelse. Forstyrrelser i måltids- og fordøyelsesrutiner, samt følelsen av kronisk utmattelse påvirker livskvaliteten til sykepleierne i uttalt grad



BEDRE PLEIE: Gode arbeidsforhold har betydning for den enkelte sykepleiers helse og utholdenhet i arbeidsforholdet. Det vil kunne føre til bedre kvalitet på sykepleien i sykehjemmene. Illustrasjon: Colourbox.

lengre tid å komme seg. Spesielt tidlig-vakt morgenen etter seinvakt påvirket energinivået og livskvaliteten negativt; denne vaktkombinasjonen ga ofte redusert søvnkvalitet og perioder med søvnløshet blant eldre sykepleiere. Alle informantene ønsket å unngå denne vakt-kombinasjonen; unntatt en yngre sykepleier som mente at hun med ei sein-tidlig-vakt «kjapt fikk gjort unna to vakter for så å være nærmere en fridag igjen». To sykepleiere hadde bedt om å få slike sein-tidlig-vakter fjernet fra sin turnus av helsemessige årsaker.

Resultatene i denne studien viser tydelig en opplevd sammenheng mellom søvnmangel og nedsatt livskvalitet. Følelsen av å være utslitt etter ei vakt ble like ofte tilskrevet dårlig søvn på grunn av for eksempel sein-tidlig-vakt, som travelhet på vekten. Søvnmangel over lengre tid var særlig utmattende, og følelsen ble en daglig slitasje. Påvirkningen av livskvaliteten relatert til livets hoveddimensjoner var uunngåelig, siden ikke bare helsen, men også arbeidet, familien og fritiden indirekte ble rammet.

Ifølge Akerstedt (21) rapporterte 50 prosent av sykepleiere alvorlige søvnforstyrrelser, som påvirker samtlige av livets dimensjoner, og dermed livskvaliteten negativt – dette funnet støttes i tidligere forskning (13, 26, 38, 52). I en studie beskriver sykepleiere hvordan søvnmangel påvirker deres liv, helse og livskvalitet. Informantene i denne studien fremhevet søvnproblemer som særlig plagsomt (41). Forskning viser at det beste for kropp og livskvalitet er rutiner i hverdagen som inkluderer en naturlig

døgnrytme (7, 38, 42). Det er blant annet anbefalt at turnusplanen unngår vakter som går mot-klokka; som sein-tidlig-vakter (8, 52).

Ikke bare søvn og hvile omfattes i menneskets circadiske rytme (14, 38, 52). Måltidsrutiner og for-døyelsen er også viktig for at kroppen skal fungere optimalt. Mangelfulle måltidsrutiner kan bidra til redusert livskvalitet ved at personen blir mer energitom og utmattet (7, 14, 43). Alle sykepleierne i denne studien fortalte at de ofte i løpet av ei vakt hadde problemer med å få i seg nok mat, eller gå på toaletet. Noen påpekte problemet med roterende turnus og måltidsrutiner og hvor vanskelig det var å få spist middag på seinvakt – dette påvirket dem negativt. En nyere studie (N=3272) fra New Zealand viste at sykepleierne ikke alltid prioriterte å spise sunn mat, eller å spise i det hele tatt, på grunn av ubekvemme, travle vakter og vaktrotasjoner (42). Dette er støttet av en studie som viser at hormonnivået for appetitt påvirkes av søvnmangel (53). Informanter i vår studie som arbeidet ved avdelinger hvor man spiste middag på seinvakt, fremhevet den positive betydningen av dette for deres livskvalitet. Informantene som ikke hadde tilgang på varm mat på jobb, ga uttrykk for et ønske om dette. Tilbud om varm mat ble betegnet som et enkelt tiltak for å fremme livskvalitet og dermed også være helsefremmende. Ifølge Tatarkiewicz (29) er det de små ting i hverdagen som styrker vår livskvalitet; å føle at kroppen får mer balanse ved hjelp av en stabil måltidsrytme kan gjøre at andre

utfordringer med turnus blir lettere å håndtere uten at den generelle livskvaliteten påvirkes.

Redusert helse ble beskrevet som en følelse av fysisk- og psykisk utmattelse, og ble hos flere manifestert i form av muskel- og skjelettsmerter. Kroniske smerter medførte hindringer i informantenes familieliv, arbeidsliv og fritid, og reduserte deres livskvalitet. Noen anvendte smertestillende medikamenter for å lindre smerte, slappe av samt kunne sove. I tråd med tidligere forskning fremhevet flere sykepleiere at de brukte alkohol som sovemiddel (41). Over tid er slik bruk av medikamenter og alkohol negativt for helse og livskvalitet.

Med tanke på sykepleieres helse og livskvalitet i sykehjem vil en turnus som i størst mulig grad lar

«Mangelfulle måltidsrutiner kan bidra til redusert livskvalitet.»

de ansatte følge kroppens circadiske rytme være tjenlig og samfunnsøkonomisk. Eksempelvis maks tre nattevakter etter hverandre før man har en lengre periode fri, mot-klokka rotasjoner bør holdes på et minimum, og mulighet for å spise faste måltider på jobb må tilstrebes, sammen med muligheter for varm salt mat på seinvakt for ansatte.

Søvnforstyrrelser som påvirker sykepleierens helse kan i noen grad forebygges ved tilrettelagt turnus. Det vil være nyttig for den enkelte sykepleier, sykehjem, kommune og samfunnet generelt om turnus i større grad kan organiseres slik at den fremmer helse mer enn den reduserer den. Med tanke på antallet vakter som må gå opp med antall ansatte og stillingsprosent per dag/uke, kan gjerne ikke alle sein-tidlig rotasjoner fjernes. Som arbeidsgiver kan man likevel minimere av sein-tidlig-vakts kombinasjonene og slik bidra til å redusere de negative påvirkningene og fremme de ansattes helse og livskvalitet.

Studiens styrker og begrensninger

Resultatene kan ikke generaliseres til andre kommuner og andre sykehjem; de er gyldige for dette utvalget av åtte informanter. Et større og bredere sammensatt utvalg ville gi flere nyanser og aspekt ved fenomenet som studeres; det samme kan gjelde for bruk av fokusgruppeintervju. Samtlige informanter var kvinner; dette utgjør en begrensning ved

studien. At forskerne selv er kvinner og sykepleiere med erfaring fra turnusarbeid i sykehjem kan både anses som en metodisk styrke og en metodisk begrensning. Forskerens for forståelse var en forse i intervju situasjonen med tanke på å skape god kontakt med informantene og studie i tolkningsarbeidet. Dette styrker intersubjektiviteten og studiens validitet (44). For å bidra til transparens (44) viser tabell 2 et eksempel av stegene i analysearbeidet. Giorgis fenomenologiske analysemetode (45, 46) fungerte godt og ga støtte og struktur i analysen av data.

Konklusjon

Denne studien bidrar med allmenngyldig forståelse av hvordan turnusarbeidet i sykehjem kan influere på sykepleieres helse og livskvalitet. Individuelt tilrettelagt turnus og tilgang til varmt på seinvakt fremtrer som helsefremmende tiltak i sykehjem. Med tanke på å rekruttere og beholde nødvendig sykepleiekompetanse i sykehjem, vil innsats rettet mot å tilrettelegge turnus slik at man unngår mot-klokka-rotasjoner (for eksempel sein-tidlig-vakt) og å ivareta personalets behov for en «normal» måltidsrytme, ha betydning for den enkelte sykepleiers helse og dermed for hans/hennes utholdenhet i arbeidsforholdet. Derfor vil slik tilrettelegging av turnus også ha betydning for kompetansen i det enkelte sykehjem, følgelig for kvaliteten på omsorgen som tilbys, og gi en samfunnsøkonomisk gevinst ved lav sykmeldingsfrekvens og mindre turnover. ■

Referanser:

1. Kinsella, E.A. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing philosophy* 2010;3(1):3-14.
2. Haugan, G. Meaning-in-life in nursing home patients: A correlate with physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing* 2014;23(7-8):1030-1043.
3. Haugan G, Innstrand ST og Moksnes UK. The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing* 2013;22(15-16):2192-2205.
4. Haugan G, Moksnes UK og Espnes GA. Nurse-patient interaction: A resource for hope in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing* 2013;31(3):152-163.
5. Haugan G. The relationships between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2014;70(1):107-120.
6. Haugan G, Rannestad T, Hanssen B og Espnes GA. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2012;21(23-24):3429-3441.
7. Admi H, Tzischinsky O, Epstein R, Herer P, Lavie P. Shift Work in Nursing: Is It Really a Risk Factor for Nurses' Health and Patients' Safety? *Nursing Economics* 2006;26(4):250-257.
8. Kleiven M. Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse. Norsk Sykepleierforbund, Oslo, 2007.
9. Flo E, Magerøy N, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Nattarbeid gir helseproblemer. *Sykepleien* 2011;99(13):70-72.

10. Brooks J, Swales S. Analysis of the relationship between nurse influence over flexible working and commitment to nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2002;38(2):117-126.

11. Havlovic SJ, Lau DC, Pinfield LT. Repercussions of Work Schedule Congruence Among Full-Time, Part-Time, and Contingent Nurses. *Health Care Management Review* 2002;27(4):30-41.

12. Brooks BA, Anderson MA. Nursing Work Life in Acute Care. *Journal of Nursing Care Quality* 2004;19:269-275.

13. Trinkoff A, Geiger-Brown J, Brady B, Lipscomb J, Muntaner C. How Long, and How Much are Nurses Now Working. *American Journal of Nursing* 2006;106(4):60-71.

14. Brooks BA, Storfjell J, Omoike O, Stemler I, Saver J, Brown A. Assessing the Nursing Quality of Working Life. *Nursing Administration Quarterly* 2007;31:152-157.

15. Atkinson G, Fullick S, Grindley C, Maclaren D. Exercise, Energy Balance and the Shift Worker. *Sport Medicine* 2008;38(8):671-685.

16. Bratås O. Jobbtilfredshet på intensivavdeling – en kvalitativ studie av jobbtilfredshet blant intensivsykepleiere og sykepleiere i intensivavdelinger. Hovedfagsoppgave. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. 2001.

17. Cimete G, Gençalp NS, Keskin G. Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses. *Journal of Nursing Care Quality* 2003;18(2):151-158.

18. Ruggiero JS. Health, Work Variables, and Job Satisfaction Among Nurses. *Journal of Nursing Administration* 2005;35(5):254-263.

19. Kovner C, Brewer C, Wu Y, Cheng Y, Suzuki M. Factors Associated With Work Satisfaction of Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2006;38(1):71-79.

20. Sveinsdóttir H. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2006;20:229-237.

21. Akerstedt T. Shift Work and Disturbed Sleep/Wakefulness. *Occupational Medicine* 2003;53(2):89-94.

22. Ando S, Yuichio O, Shimaoka M, Hattori S, Hori F, Takeuchi Y. Associations of Self Estimated Workloads with Musculoskeletal Symptoms Among Hospital Nurses. *Occupational Environment Medicine* 2000;57: 211-216.

23. Maul I, Laubli T, Klipstein A, Krueger H. Course of Low Back Pain Among Nurses: A Longitudinal Study Across Eight Years. *Occupational Environmental Medicine* 2003;60:497-503.

24. Smedley J, Inskip H, Trevelyan F, Buckle P, Cooper C, Coggon D. Risk Factors for Incident Neck and Shoulder Pain in Hospital Nurses. *Occupational Environmental Medicine* 2003;60:864-869.

25. Smith D, Wei N, Kang L, Wang R. Musculoskeletal Disorders Among Professional Nurses in Mainland China. *Journal of Professional Nursing* 2004;20(6):390-395.

26. Trinkoff A, Le R, Geiger-Brown J, Lipscomb J, Lang G. Longitudinal Relationship of Work Hours Mandatory Overtime, and On-call to Musculoskeletal Problems in Nurses. *American Journal of Industrial Medicine* 2006;49:964-971.

27. Arbeidsmiljøverneloven (§1-1a) (2005). Hentet 23.02.16 fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1.

28. Rustøen T. Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren? Gyldendal Akademiske, Oslo. 2001.

29. Tatarikiewicz W. Analysis of happiness. *Martinus Nijhoff, Warszawa*. 1976.

30. Verdens helseorganisasjon (WHO) 1997. WHOQOL – Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse. World health organization. Hentet 28.01.16 fra: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

31. Espnes GA, Smedslund G. Helsepsykologi. 2. utg. Gyldendal Akademiske, Oslo. 2009.

32. Gjernes T. 2004. Tema: Den biomedisinske helsemodellen. Hentet



Illustrasjon: Colourbox

14.03.16 fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsemodeller-og-forebyggende-helsearbeid/>.

33. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels Forlag, København. 2000.

34. Espnes GA, Lindstrøm B. Salutogenese – et viktig steg for å forstå helse? I Haugan G, Rannestad T. Red. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm Akademisk, Oslo. 2014.

35. Køber T, Vigran Å. 2011. Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid. *Samfunnsspeilet nr. 2*. Hentet 15.10.15 fra: <http://www.ssb.no/ssp/utg/201102/>.

36. Foster RG, Kreitzman L. The rhythms of life: what your body clock means to you! *Experimental Physiology* 2014;99(4):599-606.

37. Reid KJ, McGee-Koch LL, Zee PC. Cognition in circadian rhythm sleep disorders. *Progress in Brain Research* 2011;190:3-20.

38. Shao M, Chou Y, Yeh M, Tzeng W. Sleep Quality and Quality of Life in Female Shift-Working Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(7):1565-1572.

39. Wilson JL. The impact of shift patterns on healthcare professionals. *Journal of Nursing Management* 2002;10:211-219.

40. Hasson D, Gustavsson P. Declining Sleep Quality among Nurses: A population-Based Four-Year Longitudinal Study on the Transition from Nursing Education to Working Life. *PLoS ONE* 2010;5(12):1-6.

41. Zencirci AD, Arslan S. Morning-Evening Type and Burn-Out Level as Factors Influencing Sleep Quality of Shift Nurses: A Questionnaire Study. *Croatian Medicine Journal* 2011;52:527-532.

42. Clendon J, Walker L. Nurses aged over 50 years and their experiences of shift work. *Journal of Nursing Management* 2013;21:903-913.

43. Unruh L, Zhang NJ. The role of work environment in keeping newly licensed RNs in nursing: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50:1678-1688.

44. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Universitetsforlaget, Oslo. 2011.

45. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. I: A. Giorgi (red.) *Phenomenology and Psychological Research*. 8-22. Duquesne University Press, Pittsburgh. 1985.

46. Giorgi A. The Phenomenological Psychology of Learning and the Verbal Learning Tradition. I: A. Giorgi (red.) *Phenomenology and Psychological Research*. 23-85. Duquesne University Press, Pittsburgh. 1985.

47. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. Sage, Thousand Oaks. 2002.

48. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Gyldendal, Oslo. 2009.

49. Postholm MB. *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kassustudier*. 2. utg. Universitetsforlaget, Oslo. 2010.

50. Dalen M. *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. 2. utg. Universitetsforlaget, Oslo. 2011.

51. Peate I. *Strategies for Coping with Shift Work*. *Nursing Standards* 2007;22(4):42-45.

52. Thrana SA. *Turnusplanlegging – arbeidstid, ferie og lovverk*. Utgitt av Svein Arne Thrana. 2011.

53. Taheri S, Lin L, Austin D, et al. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med* 2004;1:62-217.



Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere
i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår medlemsansvarlige Gunhild Grythe.

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2016.

Pensjonister, medlem som ikke er i aktivt arbeid og sykepleierstudenter betaler 50 prosent av kontingent.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

Eller send en e-post med opplysningene til gunhil-g@online.no

Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409

