



Sykepleien

Fag og forskning 2019



#Rehabilitering,
alderdom og død

Sedix®

Demper mild uro - letter innsovning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnevansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsovningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsovning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Reseptfritt på alle apotek

Sedix®

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsovning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning, Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. *Insomni. Tidsskrift for Norsk Legeforening* 2009;129:1766-8.



En fin og varm serie. Personene ble jeg fort kjent med, og gleder meg til fortsettelsen. Hovedpersonen vil jeg ha som venninne.

LISE SOLENG, BOKELSKER



Wow! Vi ble helt hektet! Sidene lukker seg rundt oss når vi leser og vi blir sugd inn i atmosfæren. Vi kjenner lukten av regnet, vi kjenner redselen på kroppen.

ELIN & ANNE-BRIT, SERIELESERE

Tårnsvalene

Sterk romanserie fra Merete Lien, forfatteren bak seriesuksessene *Barn av stormen* og *Rosehagen*.

Bli med til Bergen i 1896

De tre søstrene Engevik er av god familie, men moren måtte forsake mye da hun giftet seg av kjærlighet, med en fri kunstnersjel. Når han ikke dikter skillingsviser, drømmer faren om å seile til fjerne farvann. Moren prøver å holde begge bena på jorden, men det er ikke lett når eventyret lokker.

Mathilde, Louise og Leah aner ikke at hele deres fremtid kan falle i grus dersom den store seilasen settes ut i livet ...

En familie med hemmeligheter – tre søstre som ikke kjenner fortiden ...

Få første bok
tilsendt GRATIS!
Send BOK til 2205

porto- og gebyrfritt,
HELT uforpliktende.

VI SPANDERER FØRSTE BOK!

Bestill den på www.norskeserier.no
eller ring kundeservice 21 89 70 70

C Fragmin Pfizer

INJEKSJONSØSÆKKE, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsøsning og 1 ml. Uten konserveringsmiddel. INJEKSJONSØSÆKKE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzylalkohol, vann til injeksjonsøsning til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering: Tromboseprofylakse ved kirurgi:** Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 døgner eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver kveld. **Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. **Behandling av akutt dyp venetrombose:** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Vekt (kg):	Dose (IE)
46-56	10 000 (0,4 ml sprøyte)
57-68	12 500 (0,5 ml sprøyte)
69-82	15 000 (0,6 ml sprøyte)
83-90	18 000 (0,72 ml sprøyte)

>90 kg: Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige. Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombose sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsettes i minst 5 døgner, eller inntil nivåene av protrombin kompleks faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombose. **Behandling av lungeemboli:** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. **Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:** Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået må ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. **Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:** 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IU 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinngang (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revascularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med mindre 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner <80 kg og menn <70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). **Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppvekkede, maks. 14 dager. **Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangsprøyer (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombotypeni: Ved blodplattell <50 000/µl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattellet er >50 000/µl. Ved blodplattell 50 000-100 000/µl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattell ≥100 000/µl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombotypeni (50 000-100 000/µl):

Vekt (kg)	Dose (IE)	Redusert dose (IE)	Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)
≤56	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
≥99	18 000	15 000	17

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangsprøye og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på ≥10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, og det skal sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte prøyer som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. **Tilberedning/Håndtering:** Fragmin injeksjonsøsning er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombotypeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombotypenistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødsel er absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsøsningen som inneholder benzylalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralys. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Insetning eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og

etter minst 24 timer hos personer som får høye dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og forholdsvis høy oppvåkning for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggsmertor, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blæredysfunksjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved uventenye tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematoma vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargskompressjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gitt til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombotypeni og blodplattelfunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetesretinopati. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasienten, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allernivå koagulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjøkk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalsium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingens lengde, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma for oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombotocytter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykkelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombotypeni er til stede. Slik trombotypeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombotocytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombotypeni og alvorlig trombotypeni (<100 000/µl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemningen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, urafuksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retningsslinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåkning anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzylalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gaspung syndrom». Benzylalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostasen, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og deokstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrøm og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfonpyrazon, probencid, etakrinsyre, cytotostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematoma skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Dalteparin går ikke over i placenta. Data på gravide indikerer ingen misdennende eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzylalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. **Amning:** Små mengder med dalteparinatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Fordelene av amning for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. **Fertilitet:** Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfef: Mild trombotypeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger. Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrige: Subkutant hematoma og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudnekrose, forbigående alopeci. Ukjent frekvens: Blod/lymfef: Immunologisk mediert heparin-indusert trombotypeni (type II, med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utsettelse. Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematoma. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoadosteronisme som kan føre til økt kalsium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Etter fornyning høyst 12 timer. **Pakninger og priser:** 12 500 IE anti-Xa/ml: (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 269,90 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 613,20. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 979,60. (0,3 ml = 7500 IE) 5 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 653,10, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 499,90, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 580,10, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 681,80, 10 000 IU anti-Xa/ml 10 ml (hettegl.) kr. 723,20. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kraftig. **Refusjonskode:** IPC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse. IC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68,8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68,9 Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20,0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Annet emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), Z99,2 Avhengighet av nyredialyse. Vilkår: 136 Refusjon utvises selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 09.05.2016

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet¹
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering²
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft³



Fragmin[®]
dalteparinnatrium

Indikasjon for Fragmin:

Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Viktig sikkerhetsinformasjon:

Bivirkninger: vanligste bivirkninger er blødninger, subkutan hematom og smerte ved injeksjonsstedet, mild trombocytopeni og forbigående, mild til moderat levertransaminaseøkning. **Kontraindikasjon:** Fragmin er kontraindisert ved akutt ulcus, hjerneblødning, andre aktive blødninger, alvorlige koagulasjonsforstyrrelser, samt ved akutt/subakutt septisk endokarditt eller skader og operasjoner i CNS, øyet og øret. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Særskilt oppmerksomhet kreves ved antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi. Forsiktighet i forbindelse med trombocytopeni og blodplate-funksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv- eller diabetes retinopati, og ved tilstander som kan medføre forhøyet blødningsrisiko.



INNHold

Fag og forskning 04 | 2019

#Rehabilitering, alderdom og død

- 8 Leder, redaktør Barth Tholens: Vi skriver, altså er vi
- 10 Gjesteleider, Tor Engevik: Kontinuitet i livets slutt kan være vel så viktig som aktivitet og forebygging
- 14 Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag
- 22 Møt forskeren: Silje Christin Wang Linnerud: Ble nysgjerrig på fatigue
- 26 Slik kan beboere på sykehjem bli mer aktive
- 32 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Elisabeth Telenius
- 34 Slik jobber vi på Helsestasjon for voksne i Bamble
- 39 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Grethe Oksholen
- 42 Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere
- 47 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Gro Helen Dale
- 48 Sykebesøk på sykehjem: Får vaktlegen nok pasientinformasjon?
- 54 Møt forskeren: Ingrid Rolfsjord: Forundret over hva sykehjem dokumenterer
- 58 SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre
- 63 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Edith Roth Gjevjon
- 64 Studentutviklet lydsensor ga bedre kommunikasjon mellom pasient og pleiere
- 68 Avdelingslederens betydning for læringsmiljøet til sykepleierstudenter i sykehjem
- 74 Pleielidelse i perioperative pasientforløp for eldre
- 82 Er omsorg som er motivert av kjærlighet, bedre enn omsorg gitt av plikt?
- 88 Hva styrker verdigheten til kreftsyke kvinner som ønsker å dø hjemme?
- 93 Derfor skrev jeg denne artikkelen: Katrine Staats
- 94 Hjemmedød: Dette får sykepleiere til å bruke medikamentskrinet
- 98 Forfatterveiledning for fagartikler
- 101 Forfatterveiledning for forskningsartikler





Sykepleien

Fag og forskning 2019

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf 40852179

Temareduktør:

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Tlf 97632910

Design og forside:

Hilde Rebård Evensen

Grafisk produksjon:

Hilde Rebård Evensen, Sissel Vetter
og Monica Hilsen

Manusredaktør:

Sigene Marie Flåt

Fagredaktører:

Eli Smedstad og
Torhild Apall Dybvik

Forskningsredaktør:

Edith Roth Gjevjon

Deskansvarlig:

Ellen Morland

Desk:

Johan Alvik og Eivind Solfjell

Journalister:

Kari Anne Dolonen,
Ingvald Bergsagel, Ellen Morland
og Elin Marie Fredriksen

Mer om redaksjonen:

Se sykepleien.no

Repro og trykk:

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato:

29. august 2019

.....

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf 99402409

Tlf.: (+47) 994 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no

Fagpressen **F**
KOPPLAGSKONTROLLERT



26



14



82



88



74



54

Vi skriver, altså er vi

For første gang utgir Sykepleien en komplett samling av fag- og forskningsartikler publisert i år. Den utgaven du nå har i hendene, vil inneholde artikler som er relevante for ditt fagfelt.

Jeg tenker, altså er jeg, skrev filosofen Rene Descartes for mer enn 300 år siden. Han grunnet mye på hva vi egentlig kan si med sikkerhet, når alt som vi antar er sant, kan møtes med tvil. Ingenting er sikkert, konkluderte han, bortsett fra vår egen eksistens som tvilende vesener. Faktisk er vår evne til å tvile kanskje det ultimate beviset på at vi er til: Cogito, ergo sum (jeg tenker, derfor er jeg).

PRAKSISEN MÅ VURDERES KRITISK

Slik er det også med sykepleie som fag. I diakonistiden var sykepleie en praktisk beskjeftigelse, en hjelpende hånd til de syke. Faget var basert på neste-kjærlighet, observasjon og muntlig overlevert erfaring. Men skulle sykepleie få ordentlig substans, måtte den bli beskrevet og vurdert kritisk. Det holdt ikke lenger å si at «slik har vi alltid gjort det». Med oppblomstringen av sykepleie som egen vitenskap er den kritiske tenkingen – og tvilen om eksisterende sannheter – selve grunnlaget for fagets utvikling.

FORSKNING GIR GEVINST

Veien mot sykepleie som vitenskap har vært lang og kronglete. Det unge faget ble i sin tid møtt med skepsis og nedlatenhet. Selv i dag finnes det røster som mener at sykepleiere ikke bør teoretisere seg bort fra sin egen praktiske betydning.

Men de fleste forstår nå at sykepleiens tilnærming til pasienten ikke bare kan baseres på håndlag og magefølelse. Videreutvikling av faget gjennom forskning og systematisk kunnskapsdeling kan gi betydelige

gevinster for helsetjenesten. Kritisk tenkning kan drive faget videre, bidra til å forkaste gammelt gods og bane veien for nytenkning. Da må fag- og forskningslitteratur være lett tilgjengelig, forståelig og konkret nok til å bli anvendt i praksis.

VIL BEKJEMPE ORDMAGI

Sykepleien har formidlet fagartikler nær sagt helt siden den spede begynnelse for 100 år siden, og siden 2006 ble vi også en viktig kanal for formidling av fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler. Kvaliteten på disse artiklene er blitt bedre med årene.

Som redaksjon har vi vært opptatt av å bekjempe kvasi-akademisk tåkeprat og ordmagi. Vi har dyrket de

«**Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.**»

knappe, kritiske og konsise artiklene der forfatterne kommer raskere til poengene sine. Det har sammenheng med at vi har vært mer opptatt av å kommunisere med de brede massene blant sykepleiere enn av å skape en plattform der forskere kun kommuniserer med hverandre.

NY KUNNSKAP MÅ DELES

Vi trenger ikke bare de gode pennene som tør utfordre vedtatte sannheter i faget på en måte som sykepleiere forstår. Vi trenger også at flere tar seg bryet med å skrive. Sykepleien får inn mange vitenskapelige artikler



Barth Tholens

Ansvarlig redaktør



KUNNSKAP: Hva er vitsen med at stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad om ikke den kunnskapen disse tilegner seg, deles med flere, spør Sykepleiens redaktør Barth Tholens. Foto: Mostphotos

og fagutviklingsartikler, men vi har også en mistanke om at mye klokskap blir lagt i en skuff og ikke når ut til praksis. Stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad, men funnene de har kommet frem til, når dessverre ikke alltid ut til klinikken. Det er synd. Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.

FAGGRUPPENE KAN BIDRA

Med denne artikkelsamlingen håper vi å bidra til at flere sykepleiere klarer å holde seg faglig oppdatert. Ikke minst håper vi at utgaven inspirerer flere til å ta i bruk tastaturet for å dele ny kunnskap. Her må faggruppene i Sykepleierforbundet (NSF) spille en aktiv rolle. Faggruppene har en spesiell interesse i utvikling av faget på sine spesifikke områder. Erfaringsutveksling og kunnskapsdeling står høyt på deres agenda. Sykepleien ønsker derfor å samarbeide tett med faggruppene for å finne frem til ressurspersoner som kan ha «en artikkel i magen».

I denne utgaven gir vi faggruppene anledning til å presentere seg for alle sykepleiere som driver med det samme som dem.

ARTIKLER FRA DITT FAGOMRÅDE

Vi i Sykepleien har også gjort et helt nytt og ganske drastisk grep for at denne artikkelsamlingen skal «treffe» best mulig. I stedet for å sende alle fag- og forskningsartikler til alle medlemmene i NSF, vil den utgaven du nå holder i hendene, kun inneholde artikler innenfor det feltet du selv jobber. Vi har delt

sykepleierne inn i fem hovedkategorier som hver får sitt eget tidsskrift. Hver kategori representerer nødvendigvis nedslagsfeltet for flere fagområder og faggrupper, men stoffet vil kunne være interessant for alle som mottar utgaven.

FEM FORSKJELLIGE TIDSSKRIFT

Du har nå mottatt utgaven som handler om rehabilitering, alderdom og død.

Vi har valgt denne utgaven til deg på grunn av opplysninger i NSF's medlemsregister om hvor du jobber, hvilken stillingsbetegnelse du har og eventuelt hvilken faggruppe du tilhører.

Tilsvarende sender vi fire andre tidsskrift til sykepleiere som jobber med:

- #Etikk, metode og verktøy
- #Akutt, kritisk og kronisk sykdom
- #Migrasjonshelse, psykisk helse og rus
- #Seksualitet, fødsel og oppvekst

VIL DU HA ET ANNET TIDSSKRIFT?

Om du fikk tilsendt «feil» tidsskrift, eller ønsker å lese et annet tidsskrift enn det du fikk tilsendt, kan du etterbestille det ønskede tidsskriftet kostnadsfritt på www.webshop.nsf.no, under fanen Produkter.

Artikkelsamlingen med fag- og forskningsartikler vil bli en årlig utsending. Neste utgave er planlagt i august 2020. Allerede nå kan du gå til Min side i NSF's medlemsportal og krysse av hvilken kategori du ønsker å bli gruppert under. Da vil neste års utsending bli mer presis enn årets. ●

Kontinuitet i livets slutt kan være vel så viktig som aktivitet og forebygging

Kontinuitet handler om å bevare sammenheng i opplevelsen av seg selv, om å kunne holde fast ved det som er viktig i livet.

Synet på gamle mennesker og alderdom har endret seg gjennom tidene, og dermed også den rådende «eldrepolitikken». Fra gammelt av har alderdom blitt betraktet som «den andre barndom», der den gamle ble avhengig av sine voksne barn.

Forestillingen om gamle som barn har overlevd inn i vår egen tid og leder fort til umyndiggjøring av gamle. Denne forestillingen kommer noen ganger til uttrykk i hvordan vi snakker med gamle mennesker, og ved at avgjørelser blir tatt uten å ta de gamle med på råd.

Dette er også den tankemessige bakgrunnen for gerontologiens første teori, tilbaketrekningsteorien, som ble publisert av Elaine Cumming og William E. Henry i 1961. Med begrunnelse i at mennesket, som alt annet i naturen, eldes og til slutt dør, var det naturlig at gamle mennesker gradvis trakk seg tilbake fra det pulserende livet og overløt sin plass til nye generasjoner.

AKTIV OMSORG

Utover på 1960-tallet ble tilbaketrekningsteorien kritisert av flere forskere, og en sammenfatning av denne kritikken (for eksempel en publikasjon av Havighurst og medarbeidere i 1968) har blitt kalt aktivitetsteorien.

Aktivitetsteorien forklarte tilbaketrekingen med ytre faktorer: Det er ikke naturgitt at eldre og gamle skal trekke seg tilbake. De kan beholde sine roller, være aktive og inkludert – forutsatt at samfunnet fjerner barrierer og gjør noe med det som hindrer aktivitet og deltakelse.

Idealet om aktiv omsorg eller *active ageing* springer ut av aktivitetsteorien og er ifølge WHO en forutsetning for å møte fremtidens eldreutfordringer. I Norge har aktiv omsorg vært et mer eller mindre uttalt premiss for

alle de senere årenes «eldrereformer», inkludert den siste: Leve hele livet.

PASSIV MOTTAKER

Mange gamle får tilbud om sykehjemsplass fordi de ikke lenger klarer seg i sin egen bolig. De er uttalt skrøpelige, eller demenssykdommen har kommet så langt at det oppleves utrygt eller uforsvarlig at de bor hjemme. Dette gjelder særlig når den skrøpelige gamle eller personen med demens lever alene.

Vel installert på sykehjemmet får den gamle først og fremst dekket grunnleggende fysiske behov, og medisinsk behandling blir fulgt opp. Det er et økende fokus på psykososiale behov, og sykehjemstjenesten dekker disse behovene i varierende grad.

Samtidig innebærer innleggelse på sykehjem et brudd i kontinuiteten i livet. Det er ikke så enkelt å opprettholde roller og vaner, og å være den man alltid har vært, når hverdagen er styrt av rutiner og den gamle lever i omgivelser som i liten grad er lagt til rette for aktivitet og deltakelse. Tenk bare på det å kunne ta imot gjester til et pent dekket kaffebord!

I eget hjem og med litt hjelp kan den gamle fortsatt ta imot gjester og være vert eller vertinne, og på den måten ta vare på noe som har vært viktig i livet. På et sykehjem blir den gamle lett en passiv mottaker av hjelp og fratras viktige roller.

KONTINUITET

I 1989 lanserte Robert C. Atchley kontinuitetsteorien, som bidrar med å bygge bro mellom tilbaketrekningsteorien og aktivitetsteorien. Kontinuitetsteorien sier at det kan være



Tor Engevik

Leder, NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens



TRYGGE RAMMER: Det kjente landskapet gir ofte ro og velvære, en følelse av å være hel og høre til. Hjemmet, hagen eller balkongen kan være det ene konstante som består når alt annet er i forandring. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

flere veier til en god alderdom. Verken tilbaketrekning eller aktivitet er naturgitt eller nødvendigvis det beste, men kontinuitet i livet til den som blir gammel, er av betydning for å oppleve en god alderdom.

Kontinuitet handler om å bevare sammenheng i opplevelsen av seg selv. Og det handler om å kunne holde fast ved det som er viktig i livet, eventuelt om å få hjelp til å reforhandle det som er viktig livsinnhold. Og det handler om kontinuitet i sted – i hjemmet og i landskapet man lever i.

Noen ganger kan barn være ivrige med å hjelpe sine foreldre til å flytte til enklere boforhold. Det blir for besværlig med trapper, for utrygt med komfyr og annet som truer brannsikkerheten, og far er engstelig når han våkner om natten og ikke vet hvor han er.

TRYGGHETENS PRIS

Omsorgsleilighet eller sykehjemsplass gir trygghet med tilsyn gjennom døgnet. Det gjør hverdagen enklere med *roll on / roll off* med rullator til og fra felles måltider og turer ut i sansehagen.

Likevel vil mange savne sin egen leilighet og balkongen med blomster, eller huset og hagen. Det barna – i sin iver etter å sikre trygge og enkle forhold for sine foreldre – ofte glemmer, er kontinuitetsaspektet. Vi bør bruke litt tid på å utforske hva som er viktig for våre foreldre, før vi tar beslutningen om å søke omsorgsleilighet eller sykehjemsplass.

DET ENE KONSTANTE

Hjemmet vårt og landskapet vi har levd i, er et godt utgangspunkt; vi kan si at hjemmet og det kjente rammer inn verdigheten vår. Her har vi våre viktige

andre: De vi kjenner, og de som kjenner oss.

Det kjente landskapet gir ofte ro og velvære, en følelse av å være hel og å høre til. Hjemmet, balkongen eller hagen kan være det ene konstante som består når alt annet er i forandring: kroppslige funksjoner, helse og livshorisont.

Eget hjem fremmer også integritet. Helsepersonell har nok en større respekt for pasientens selvbestemmelse i pasientens eget hjem. Og opplevelsen av å være i ens rettmessige «territorium» er sterkere enn på en institusjon.

GLEMMER KONTINUITETSASPEKTET

Det kan virke som at de som utformer dagens eldrepolitikk, glemmer kontinuitetsaspektet og legger all vekt på

«Aktiv omsorg har vært et mer eller mindre uttalt premiss for alle de senere årenes 'eldrereformer'.»

aktivitet og forebygging. Vel så viktig som aktivitet, fellesskap, måltider og gode pasientforløp er kontinuitet i den gamles liv.

En robust og kompetent hjemmesykepleietjeneste, supplert med innsats fra familie og frivillige og støttet av velferdsteknologi, kan gjøre det mulig for personer med store fysiske og kognitive funksjonstap å fortsette å leve, og til sist fullføre, sitt liv i sitt vante miljø.

Imidlertid har dagens kommunehelsetjeneste et betydelig kapasitetsproblem; dessuten har vi en stor og økende mangel på sykepleiere. Disse utfordringene møtes ikke i den siste eldrereformen. Samfunnet trenger en satsing på både forebygging og på å styrke hjemmesykepleiens kapasitet. ●



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Fem skreddersyddespecialutgaver!

Du som har fått dette bladet i postkassen, har fått en utgave av Sykepleien som er rettet mot medlemmene som jobber med det samme som deg. Ut fra opplysningene som NSF har om deg, hvilken faggruppe du tilhører og hvor du jobber, har vi delt NSF's 115 000 medlemmer inn i fem grupper.

Hver av disse gruppene har fått tilsendt en skreddersydd spesialutgave med fag- og forskningsartikler.

Dersom du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har fått, kan du bestille den i Fordelsbutikken på nsf.no. Dette byr vi på så lenge lageret rekker. Mye av innholdet fra de andre bladene kan også leses på sykepleien.no



Sykepleiens samling av fag- og forskningsartikler vil bli sendt ut hvert år.

Den neste kommer høsten 2020. Dersom du i fremtiden ønsker å bytte interessegruppe, kan du enkelt gjøre dette ved å gå inn på Min side på nsf.no.



Fordelsbutikken:

Skann QR-koden og kom rett til [Nsfs](http://nsf.no) sin fordelsbutikk hvor du kan bestille de enkelte utgavene.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

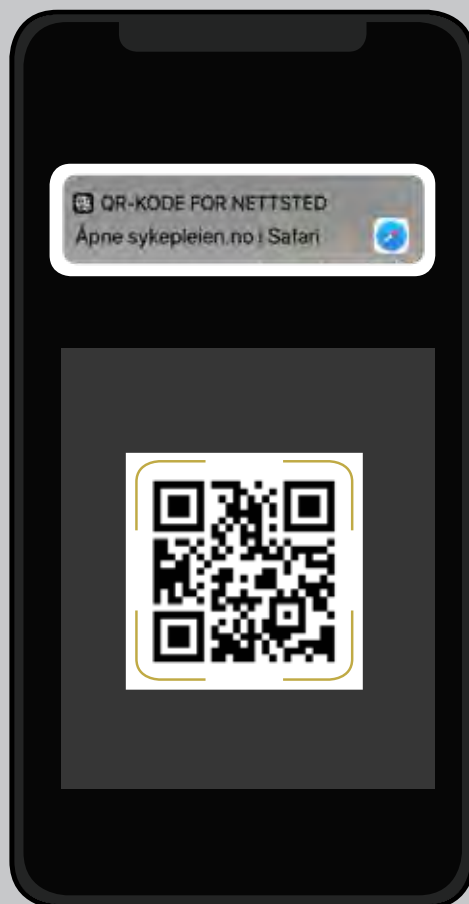


Sykepleien

Fag og forskning 2019

Slik bruker du mobilen for å finne artiklene på nett

Nå kan du enkelt bruke mobilens
kamera til å skanne QR-koder.



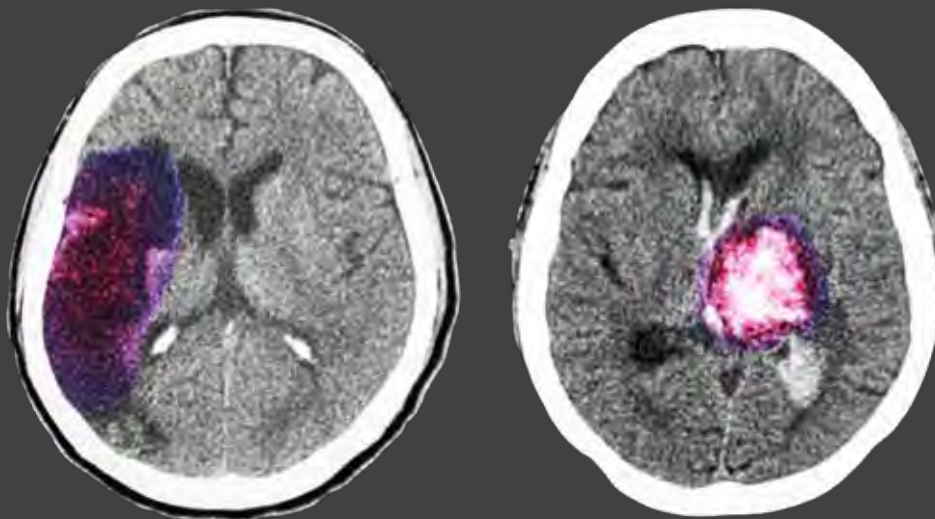
Bruk mobilkameraet
og plasser koden innenfor
de gule merkene.

Det dukker opp en lenke
øverst på skjermen.

Trykker du på denne,
kommer du direkte til
artikkelen, videoen eller
PDF-en på nett.

sykepleien.no

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



KAN FORÅRSAKE FATIGUE: Hvert år rammes 15 000 personer av hjerneslag i Norge. CT-skanningen viser hjerneslag på grunn av cerebralt infarkt (t.v.) og intracerebral blødning (t.h.). Illustrasjonsfoto: Puwadol Jaturawutthichai / Mostphotos

FORFATTERE

Silje Christin Wang Linnerud
Høgskolelektor,
Lovisenberg diakonale høgskole

Line Kildal Bragstad
Postdoktor og førsteamanuensis,
Seksjon for forskning og utdanning,
Geriatrisk avdeling, Oslo universitets-
sykehus og Avdeling for sykepleie-
vitenskap, Universitetet i Oslo

NØKKELORD

- ▶ Fatigue ▶ Hjerneslag ▶ Prevalens
- ▶ Måleinstrument ▶ Tverrsnittsstudie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.76701

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Fatigue er et fremtredende symptom som ofte rammer hjerneslagpasienter. Fatigue karakteriseres som vedvarende tretthet, utmattelse og redusert energikapasitet og assosieres ofte med nedsatt livskvalitet. Tidligere studier viser stor variasjon i assosierte faktorer og forekomsten av fatigue etter hjerneslag (PSF, post-stroke fatigue).

Hensikt: Å undersøke om det er sammenheng mellom fatigue etter hjerneslag og sosiodemografiske, medisinske og kliniske karakteristika i et norsk utvalg.

Metode: Tverrsnittsstudie som inkluderte 321 hjerneslagpasienter rekruttert fra 11 sykehus i Norge i perioden 2014–2016. Vi foretok datainnsamling med strukturert spørreskjema i individuelle intervjuer 4–6 uker etter hjerneslaget. Fatigue ble målt med en kortversjon av Fatigue Questionnaire (FQ). Vi benyttet multivariat logistisk regresjonsanalyse i denne studien.

Resultat: Prevalensen av fatigue etter hjerneslag var 43,6 prosent i denne studien. Tidligere sykdommer (OR, odds ratio = 4,99), depresjon (OR = 4,47), omsorgsansvar for andre (OR = 2,86) og hjerneslagets alvorlighetsgrad (OR = 1,16) var faktorer som økte oddsene for å oppleve fatigue 4–6 uker etter hjerneslag.

Konklusjon: Studien støtter tidligere funn om at fatigue er utbredt etter hjerneslag. Studien identifiserte fire faktorer som økte oddsene for å rapportere om fatigue 4–6 uker etter hjerneslaget. Forekomsten av PSF og hvilke faktorer som er assosiert med PSF, er viktig kunnskap for sykepleiere og annet helsepersonell for å identifisere hvem som kan trenge oppfølging knyttet til fatigue etter hjerneslag.

Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag

Når sykepleiere og helsepersonell vet hvem som er spesielt sårbare for fatigue etter hjerneslag, kan disse pasientene få riktig oppfølging til riktig tid.

Hvert år rammes cirka 15 000 personer av hjerneslag i Norge (1). Fatigue forekommer ofte som en subjektiv opplevd tilstand etter hjerneslag ledsaget av sterkt redusert energikapasitet, kalt post-stroke fatigue (PSF) (2, 3). I den norske befolkningen opplever rundt 10 prosent utmattelse eller fatigue (4), men forekomsten av fatigue etter hjerneslag er høyere (3).

Hjerneslag er den hyppigste årsaken til funksjonsnedsettelse hos eldre, men adekvat og tidlig rehabilitering styrker mulighetene til å gjenvinne funksjoner i dagliglivet (1). Mange pasienter opplever stor fremgang ved målrettet rehabilitering, men studier viser at PSF kan vedvare i flere år (5, 6). Studier har også vist at PSF kan oppstå på ulike tidspunkter i forløpet etter et hjerneslag (7).

PSF assosieres med nedsatt livskvalitet, redusert grad av opplevd mestring (8), redusert mulighet til å utføre daglige gjøremål (9) samt tap av kontroll i livet (10).

Hva er fatigue?

Schillinger og Becker (3) foreslår at fatigue kan defineres som «en subjektiv opplevelse av langvarig eller stadig tilbakevendende tretthet og redusert kapasitet for mental og/eller fysisk aktivitet». PSF er en tilstand som kjennetegnes av utmattelse og en utstrakt energitomhet som ofte opptrer uten forutgående fysisk eller mental anstrengelse (3).

Årsaken til PSF er ukjent, men PSF har trolig en sammensatt årsaksforklaring (11). Hvilke medisinske og sosiodemografiske faktorer som er assosiert med PSF, er uklart ettersom tidligere studier preges av motstridende funn (3,

8, 12, 13). PSF assosieres imidlertid ofte med smerter og søvnforstyrrelser (8) og er sterkt assosiert med depresjon (8, 9, 14) og angst (8, 10, 14).

Det er usikkert om sosiodemografiske faktorer som alder, kjønn, sivilstand, bosituasjon (bor alene eller ikke), utdanning og gjenopptakelse av lønnet arbeid er assosiert med PSF (3, 8). Funn fra tidligere forskning er også motstridende når det gjelder assosiasjonen mellom PSF og nevropsykologiske faktorer, slik

«Det var 43,6 prosent som rapporterte om PSF 4–6 uker etter hjerneslaget.»

som hjerneslagets lokalisasjon, type og alvorlighetsgrad (3, 8).

Hvordan måles fatigue?

Prevalensen av PSF fra tidligere studier varierer. Tre systematiske oversiktsartikler med 71, 16 og 22 inkluderte studier viser en prevalens på henholdsvis 51–72 prosent (3), 29–70 prosent (12) og 25–35 prosent (13) for PSF. Oversiktsartiklene påpeker at ulike definisjoner av PSF anvendes, og at prevalensmål varierer etter hvilken operasjonalisering av PSF som benyttes.

Det finnes flere måleinstrumenter for å måle fatigue (15), men ingen for fatigue spesifikt etter hjerneslag. Fatigue er en subjektiv opplevelse som bare kan rapporteres av pasienten selv, og derfor benyttes instrumenter for selvrapporing. Ofte benyttes ulike skalaer for å måle PSF, men det finnes ingen fastsatt grense for fatigue (3), noe som kan

komplisere tolkningen av data fra denne typen måleinstrumenter.

Hensikten med studien

Årsaken til PSF er uklar, behandlingen er begrenset, og det er betydelig sprik i prevalensstall for PSF (3). Tidligere forskning identifiserer at det tydelig er behov for mer forskning for å sikre pasientene best mulig oppfølging (3, 8, 16). Kunnskap om hvor mange og hvem som strever med PSF, er derfor nødvendig for å kunne tilby disse pasientene målrettet helsehjelp.

Hensikten med denne studien er å undersøke om det er sammenheng mellom fatigue etter hjerneslag og sosiodemografiske, medisinske og kliniske karakteristika i et norsk utvalg.

METODE

Design og utvalg

Denne studien er en tverrsnittsstudie som anvender data fra en randomisert, kontrollert studie (RCT, randomised controlled trial) som undersøkte effekten av en psykososial intervensjon for hjerneslagpasienter (17). Utvalget i tverrsnittstudien består av pasienter som har hatt hjerneslag, rekruttert fra elleve sykehus i Sørøst-Norge i perioden november 2014 til november 2016.

Det var 353 pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene og samtykket til å delta i studien (figur 1). Vi registrerte et frafall på 31 deltakere mellom rekrutteringen og datainnsamlingen. Én deltaker unnlot å svare på spørsmål om fatigue, derfor ble totalt 321 deltakere inkludert i tverrsnittstudien vår.

Datainnsamling og instrumenter

Vi samlet inn datamaterialet 4–6 uker

etter hjerneslaget ved å bruke et strukturert spørreskjema i individuelle intervjuer. Spørreskjemaet besto totalt av seks måleinstrumenter (17). Av disse seks måleinstrumentene har vi i denne tverrsnittsstudien kun anvendt ett instrument for å måle fatigue og ett for å måle depresjon. Sykepleiere og ergoterapeuter med opplæring i å bruke måleinstrumentene gjennomførte datainnsamlingen.

I tillegg til data om fatigue og depresjon samlet vi inn data om sosiodemografiske karakteristika som alder, kjønn, sivilstand, bosituasjon, utdanning, omsorgsansvar, arbeidssituasjon før og etter hjerneslaget samt medisinske og kliniske data om hjerneslagets alvorlighetsgrad, hjerneslagtype, hjerneslaglokalisasjon, rehabiliteringstjenester og sykdommer før hjerneslaget.

I denne studien målte vi forekomsten av fatigue og operasjonaliserte PSF ved å bruke en kortversjon av Fatigue Questionnaire (FQ), som består av ett ja/nei-spørsmål: «Føler du deg ofte sliten, uopp- lagt med mangel på overskudd?» Ved «ja» stilles et oppfølgings spørsmål om varigheten av symptomene, med svaralternativene «under 1 uke», «under 1 måned», «1–3 måneder», «3–6 måneder» og «6 måneder eller mer» (4, 18).

Nøkkelordene «ofte», «sliten», «uopp- lagt» og «mangel på overskudd» og den rapporterte varigheten av disse symptomene støtter seg på definisjonen av fatigue som en langvarig og tilbakevendende opplevelse av nedsatt energi og redusert energikapitet sammenliknet med før hjerneslaget (3).

Vi målte depresjon med Yale-Brown single item screening questionnaire (Yale), som består av ett spørsmål: «Føler du deg ofte trist eller deprimert?», med svaralternativene «ja» og «nei» (19). Yale er et instrument for screening av depresjon som er validert for personer med hjerneslag. Instrumentet er vurdert til å ha tilfredsstillende sensitivitet og spesifisitet sammenliknet med mer omfattende instrumenter for å identifisere depresjon (19).

I akuttfasen på sykehuset vurderte sykehuspersonalet slagets alvorlighetsgrad med National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). NIHSS består av 11 kliniske observasjoner som tallfestes og

summeres på en skala fra 0–42. Høyere sumskår angir høyere grad av funksjonsnedsettelse (20).

Analyse og koding

Vi brukte beskrivende statistikk for å beskrive utvalget i denne studien. Multivariat logistisk regresjonsanalyse ble anvendt med PSF (0 = «nei, ingen rapportert fatigue», 1 = «ja, nylig oppstått fatigue») som den avhengige variabelen. PSF ble operasjonalisert ved «1 = ja» på variabelen FQ dersom fatiguesymptomene nylig var oppstått (<3 måneders

«Det var over fire ganger høyere odds for å rapportere om PSF dersom man også rapporterte om depresjon på samme tidspunkt.»

varighet). Deltakere som rapporterte om fatiguesymptomer av lengre varighet (>3 måneder) (n = 35), ble ekskludert fra den logistiske regresjonsanalysen.

Basert på tidligere forskning på faktorer som kan være assosiert med PSF (3, 8, 12, 13, 21), inkluderte vi følgende variabler som uavhengige variabler i den logistiske regresjonen: alder ved innleggelse, kjønn (1 = mann), omsorgsansvar for andre (1 = ja), tidligere sykdom (1 = ja), hjerneslagtype (0 = infarkt, 1 = hjerneblødning), alvorlighetsgrad av hjerneslaget (sumskår på NIHSS) og depresjon (1 = ja).

Arbeidssituasjon etter hjerneslaget (0 = i arbeid, 1 = pensjonert/trygdet/arbeidsledig, 2 = sykemeldt) ble inkludert i modellen for å kontrollere for potensiell konfundering. Utvalget for den logistiske regresjonsanalysen inkluderer kun pasienter med komplette medisinske og kliniske data (n = 209). Vi satte signifikansnivået i alle de statistiske analysene til 0,05. Statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 25.

Forskningsetiske overveielser

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nummer 2013/2047) og

registrert hos Personvernombudet (registreringsnummer 2014/1026) for de helseforetakene som bidro med å rekruttere til studien. Deltakerne ga frivillig samtykke til å være med i studien og kunne når som helst trekke seg uten begrunnelse eller konsekvenser for videre medisinsk oppfølging.

RESULTATER

Beskrivelse av utvalget

Utvalget i denne studien besto av 59,2 prosent menn og 40,8 prosent kvinner, med en samlet gjennomsnittsalder på 66,3 år. Andelen som hadde omsorgsansvar for egne barn eller andre nærstående, var 22,7 prosent (tabell 1).

I 91 prosent av tilfellene var blodpropp årsaken til hjerneslaget, mens 9 prosent skyldtes hjerneblødning. Totalt var medianskåren for hjerneslagets alvorlighetsgrad på NIHSS 3, og interkvartilbredden gikk fra 1–6. Kun 19,3 prosent rapporterte ingen tidligere sykdommer. Det var 22,4 prosent som rapporterte om depresjon 4–6 uker etter hjerneslaget. Deltakerne rapporterte at de i utstrakt grad mottok rehabiliteringstjenester 4–6 uker etter hjerneslaget. Kun 34,3 prosent rapporterte at de ikke mottok noen form for rehabiliteringstjenester (tabell 2).

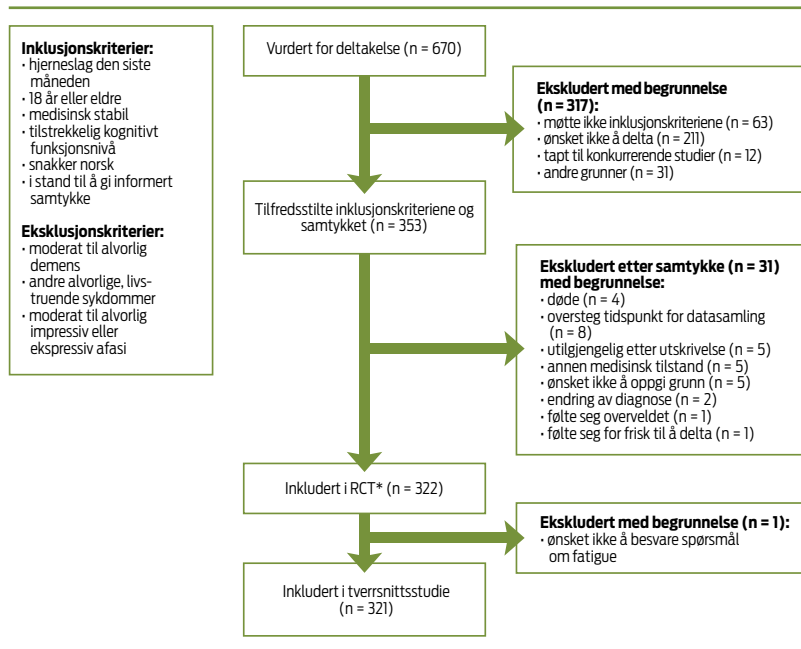
Prevalens og faktorer assosiert med post-stroke fatigue

Prevalensen av PSF var 43,6 prosent. Av dem som rapporterte om PSF, var 55 prosent menn og 45 prosent kvinner, med gjennomsnittsalder på 65,3 år. 10,9 prosent av deltakerne rapporterte om pre-stroke fatigue, altså fatigue før hjerneslaget, mens 45,5 prosent ikke opplevde fatigue 4–6 uker etter hjerneslaget.

Den logistiske regresjonsanalysen viste at fire faktorer var assosiert med PSF da vi kontrollerte for de andre faktorene i modellen (tabell 3). Pasienter som rapporterte at de hadde tidligere sykdommer før hjerneslaget, hadde nesten fem ganger høyere odds (OR = 4,99; 95 % KI 2,07–12,01; p < 0,001) for å rapportere om PSF sammenliknet med pasienter som ikke rapporterte om tidligere sykdom.

Pasienter som rapporterte om depresjon 4–6 uker etter hjerneslaget, hadde over fire ganger så høy odds (OR

Figur 1. Flyttdiagram for rekruttering av deltakere



*RCT = randomisert, kontrollert studie (Randomised Controlled Trial)

Tabell 1. Beskrivelse av utvalgets demografiske karakteristika

	Post-stroke fatigue (n = 140)	Pre-stroke fatigue (n = 35)	Ingen fatigue (n = 146)	Total (n = 321)
Kjønn (n = 321)				
Mann	77 (40,5)	24 (12,6)	89 (46,8)	190 (59,2)
Kvinne	63 (48,1)	11 (8,4)	57 (43,5)	131 (40,8)
Alder ved innleggelse (n = 321)				
Gjennomsnitt (SD)	65,3 (13,3)	62,3 (10,6)	68,1 (12,3)	66,3 (12,7)
Sivilstand (n = 321)				
Gift	73 (43,2)	15 (8,9)	81 (47,9)	169 (52,6)
Ugift	30 (51,7)	5 (8,6)	23 (39,7)	58 (18,1)
Skilt/separert	22 (45,8)	10 (20,8)	16 (33,3)	48 (15)
Enke/enkemann	15 (32,6)	5 (10,9)	26 (56,5)	46 (14,3)
Utdanning (n = 319)				
Grunnskole/framhaldsskole	26 (42,6)	8 (13,1)	27 (44,3)	61 (19,1)
Real-/middel-/yrkesskole	46 (40,0)	17 (14,8)	52 (45,2)	115 (36,1)
Artium (treårig vgs.)	18 (45,0)	5 (12,5)	17 (42,5)	40 (12,5)
Høgskole/universitet <4 år	31 (47,7)	3 (4,6)	31 (47,7)	65 (20,4)
Høgskole/universitet >4 år	18 (47,4)	2 (5,3)	18 (47,4)	38 (11,9)
Bosituasjon (n = 321)				
Bor sammen med noen	98 (45,2)	18 (8,3)	101 (46,5)	217 (67,6)
Bor alene	42 (40,4)	17 (16,3)	45 (43,3)	104 (32,4)
Omsorgsansvar (n = 321)				
Ja	40 (54,8)	10 (13,8)	23 (31,5)	73 (22,7)
Arbeidssituasjon 4–6 uker etter hjerneslaget (n = 321)				
I arbeid	2 (16,7)	1 (8,3)	9 (75,0)	12 (3,7)
Pensjonist/trygdet	86 (43,4)	22 (11,1)	90 (45,5)	198 (61,7)
Sykemeldt	52 (46,8)	12 (10,8)	47 (42,3)	111 (34,6)

Alle verdier er n (%) med mindre noe annet er spesifisert.
SD = standardavvik

= 4,47; 95 % KI 2,01–9,93; $p < 0,001$) for å rapportere om PSF sammenliknet med pasienter som ikke rapporterte om depresjon. De som hadde omsorgsansvar for andre, hadde over 2,5 ganger høyere odds (OR = 2,86; 95 % KI 1,28–6,36; $p = 0,01$) for å rapportere om PSF sammenliknet med dem som ikke hadde omsorgsansvar.

For hvert poeng høyere NIHSS-skår hadde pasienten 1,16 ganger høyere odds for å rapportere om PSF (OR = 1,16; 95 % KI 1,07–1,26; $p < 0,001$). Pasientens kjønn, alder, arbeidssituasjon og slagtype hadde ingen statistisk signifikant assosiasjon med PSF i denne modellen.

DISKUSJON

Prevalensen av PSF

Det var 43,6 prosent som rapporterte om PSF 4–6 uker etter hjerneslaget. Dette tallet samsvarer med prevalensen av PSF fra tidligere studier (12, 13). Studier viser at PSF kan være tiltakende over tid. En studie fant at prevalensen av PSF økte fra innleggelsestidspunktet til tre måneder etter hjerneslaget (7). En annen studie viste at prevalensen ved innleggelse, seks og tolv måneder etter hjerneslaget var henholdsvis 52, 64 og 70 prosent (22).

Måletidspunktet 4–6 uker etter hjerneslaget kan forklare den middels til lave prevalensen i vår studie sammenliknet med tidligere studier, men det kan også bety at tidligere studier kan ha brukt andre kriterier for PSF.

Definisjonen av PSF er ikke entydig i forskningslitteraturen, og det finnes ingen spesifikke måleinstrumenter for PSF (3). At det foreligger store prevalenssprik for PSF fra tidligere studier (3), kan skyldes at begrepet «post-stroke fatigue» er definert og operasjonalt forskjellig.

Fatigue betegnes ofte som tretthet eller mangel på energi, som er assosiert med både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (11). Tidligere studier presiserer at begrepet PSF burde defineres mer enhetlig ved for eksempel å skille mellom fysisk og mental fatigue (23). Prevalensen av PSF kan se ut til å være noe lavere i for eksempel Asia (35 prosent) enn i Europa (13), noe som

indikerer at sosiale faktorer kan henge sammen med opplevelsen av fatigue.

Andre sykdommer før hjerneslaget økte oddsen for PSF

I denne studien fant vi at det å rapportere om andre sykdommer før hjerneslaget ga nesten fem ganger høyere odds for å rapportere om PSF. Foreløpig er det ikke godt nok utforsket hvilke typer sykdommer som kan predikere PSF, men både depresjon og pre-stroke fatigue er faktorer som har vist seg å ha sammenheng med PSF (24, 25). Det har lenge vært kjent at pre-morbide faktorer kan ha sammenheng med PSF.

En studie fra 2005 fant at pre-stroke fatigue var den faktoren som ga høyest odds for å oppleve PSF, men at også høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget og opplevd depresjon etter

hjerneslaget var blant de viktigste faktorene for å oppleve PSF (24). At både høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget og depresjon etter hjerneslaget viste sammenheng med PSF, samsvarer med våre funn.

Pre-stroke fatigue kan være en viktig faktor for PSF, men studien vår viser ikke et signifikant funn om at pre-stroke fatigue har sammenheng med PSF, da vi ikke målte pre-stroke fatigue som en egen faktor.

Høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget ga høyere odds for PSF

Tidligere forskning tyder på liten sammenheng mellom alvorlighetsgrad og PSF (3). Funnt fra vår studie viste at slagets alvorlighetsgrad var en signifikant faktor som økte oddsen for PSF, hvor hvert poeng høyere på NIHSS økte oddsen for PSF med 1,16. Flere

tidligere studier trekker imidlertid i liten grad frem at medisinske og kliniske faktorer er viktige for opplevelsen av PSF (3, 8).

En norsk systematisk litteraturgjennomgang konkluderte med at hjerneslagets alvorlighetsgrad har ingen eller tvilsom assosiasjon til PSF; det var ingen av de inkluderte studiene i denne systematiske litteraturgjennomgangen som fant noen signifikant sammenheng mellom hjerneslagets alvorlighetsgrad og PSF (3). På den annen side fant en studie at slagets alvorlighetsgrad viste seg å være en faktor som hadde signifikant sammenheng med PSF (24).

Disse motstridende funnene kan skyldes ulikheter i studienes design, operasjonalisering av fatigue eller utvalgsstørrelsen. Funnene i vår studie indikerer at høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget kan ha betydning for PSF.

ANNONSE



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser er et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup, bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutenegrenser.no.

Kontonummer: **5005 06 36728**
Vipps til **2177**

Merk innbetalingen med navn på jublant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



Tabell 2. Beskrivelse av utvalgets medisinske og kliniske karakteristika

	Post-stroke fatigue (n = 140)	Pre-stroke fatigue (n = 35)	Ingen fatigue (n = 146)	Total (n = 321)
Hjerneslagtype (n = 288)				
Blodpropp/infarkt	116 (44,3)	28 (10,7)	118 (45,0)	262 (91,0)
Hjerneblødning	11 (4,2,3)	2 (7,7)	13 (50,0)	26 (9,0)
Hjerneslagets symptomlokalisasjon (n = 276)				
Venstre side	67 (46,9)	14 (9,8)	62 (43,4)	143 (51,8)
Høyre side	47 (39,2)	16 (13,3)	57 (47,5)	120 (43,5)
Dobbelt-sidedig	8 (61,5)	0 (0)	5 (38,5)	13 (4,7)
Hjerneslagets alvorlighetsgrad (NIHSS*) (n = 238)				
Median (IQR**)	4 (2–8)	3 (1–6)	2 (1–5)	3 (1–6)
Selvrappert tidligere sykdom (n = 321)				
Ingen	20 (32,3)	2 (3,2)	40 (64,5)	62 (19,3)
Hypertensjon	60 (44,4)	17 (12,6)	58 (43,0)	135 (42,1)
Hjertesykdommer	32 (36,4)	13 (14,8)	43 (48,9)	88 (27,4)
Muskel- og skjelett lidelser	25 (58,1)	10 (23,3)	8 (8,6)	43 (13,4)
Diabetes	19 (44,2)	4 (9,3)	20 (46,5)	43 (13,4)
Revmatiske sykdommer	19 (61,3)	6 (19,4)	6 (19,4)	31 (9,7)
Andre sykdommer	18 (62,1)	4 (13,8)	7 (24,1)	29 (9,0)
Hjerneslag	18 (36,7)	7 (14,3)	24 (49,0)	49 (15,3)
Kreft	17 (40,5)	4 (9,5)	21 (50,0)	42 (13,1)
Gastrointestinale sykdommer	13 (56,5)	4 (17,4)	6 (26,1)	23 (7,2)
Depresjon	11 (37,9)	11 (37,9)	7 (24,1)	29 (9,0)
Lungesykdommer	9 (50,0)	3 (16,7)	6 (33,3)	18 (5,6)
Depresjon (Yale) (n = 321)				
Ja	43 (59,7)	17 (23,6)	12 (16,7)	72 (22,4)
Rehabiliteringstjenester 4–6 uker etter hjerneslaget (n = 321)				
Ingen	40 (36,4)	12 (10,9)	58 (52,7)	110 (34,3)
Fysioterapi	87 (47,3)	22 (12,0)	75 (40,8)	184 (57,3)
Ergoterapi	67 (50,0)	15 (11,2)	52 (38,8)	134 (41,7)
Hjemmesjepleie	54 (52,9)	11 (10,8)	37 (36,3)	102 (31,8)
Logoped	28 (49,1)	7 (12,3)	22 (38,6)	57 (17,8)
Annet	17 (47,2)	8 (22,2)	11 (30,6)	36 (11,2)
Psykolog eller psykiater	12 (50,0)	7 (29,2)	5 (20,8)	24 (7,5)
Hjemmehjelp	4 (33,3)	1 (8,3)	7 (58,3)	12 (3,7)

Alle verdier er n (%) med mindre noe annet er spesifisert. *NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale
**IQR = interkvartilbredde (Interquartile Range)

Tabell 3. Faktorer assosiert med fatigue etter hjerneslag (PSF*)

	OR**	95 % KI***	P-verdi
Alder ved innleggelse (kontinuerlig)	0,99	0,95–1,02	0,480
Kjønn (1 = mann)	0,86	0,44–1,65	0,648
Omsorgsansvar (1 = ja)	2,86	1,28–6,36	0,010
Tidligere sykdom (1 = ja)	4,99	2,07–12,01	<0,001
Hjerneslagtype (1 = blødning)	0,55	0,19–1,57	0,262
Hjerneslagets alvorlighetsgrad (NIHSS [†]) (kontinuerlig)	1,16	1,07–1,26	<0,001
Depresjon (1 = ja)	4,47	2,01–9,93	<0,001
Arbeidssituasjon 4–6 uker etter hjerneslaget			
Sykemeldt	1		0,403
Pensjonist/trygdet/arbeidsledig	0,78	0,31–1,99	0,602
I arbeid	0,22	0,02–2,16	0,194

Multivariat logistisk regresjon (n = 209)
Avhengig variabel: 0 = ingen rapportert fatigue, 1 = nylig oppstått fatigue (<3 md.)
Hosmer and Lemeshow goodness of fit: p = 0,962

*PSF = post-stroke fatigue

**OR = odds ratio

***KI = konfidensintervall

[†]NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale

Hjerneslagtype har usikker assosiasjon til PSF (3), og vi fant heller ingen sammenheng mellom hjerneslagtype og PSF i vår studie.

Depresjon var sterkt assosiert med PSF

Resultatene i denne studien viste en sterk sammenheng mellom opplevd fatigue og depresjon 4–6 uker etter hjerneslaget. Det var over fire ganger høyere odds for å rapportere om PSF dersom man også rapporterte om depresjon på samme tidspunkt. Dette funnet samsvarer godt med tidligere forskning, som har vist at depresjon er utbredt hos dem som opplever PSF (14, 26, 27).

Det var totalt 22,4 prosent som rapporterte om depresjon. Andelen som samtidig rapporterte om PSF, var 59,7 prosent, og forekomsten var kun 16,7 prosent blant dem som ikke rapporterte om PSF. Det er formodentlig en sammensatt forklaring på hvorfor depresjon forekom så ofte sammen med fatigue. Fatigue og depresjon er trolig ulike deler av samme spektrum med liknende årsaksforklaringer (11).

Nedsatt energi inngår ofte som et kriterium i ulike definisjoner og målinger av depresjon. Det er derfor mulig at instrumentene måler ulike deler av et fenomen i samme domene. En del av samvariasjonen kan delvis være uttrykk for lingvistiske utfordringer i måleinstrumentene. Fatigue kjennetegnes av reduserte muligheter til å utføre daglige gjøremål, som igjen kan føre til depresjon og svekket livskvalitet (9).

Tilstanden fatigue kan også påvirkes av at pasienten er redd for fremtidsutsiktene, eller noen pasienter kan i utgangspunktet være mer sårbare for å oppleve PSF på grunn av sykdom før hjerneslaget. Både depressive symptomer og pre-stroke fatigue er faktorer som er funnet å kunne være relatert til PSF (25).

Det er interessant å se på sammenhenger med pasientens helse før hjerneslaget og PSF opp mot funnene i denne studien. Funnene viste at forekomsten av depresjon etter hjerneslaget var høyere blant dem som rapporterte at de opplevde fatigue også før hjerneslaget, sammenliknet med dem

som ikke rapporterte om fatigue etter hjerneslaget. Men forekomsten av depresjon etter hjerneslaget var høyest blant dem som rapporterte at de opplevde fatigue mer nylig etter hjerneslaget (tabell 2). Det er et utydelig skille mellom de tre fenomenene fatigue, depresjon og angst etter et hjerneslag (14).

Sammenheng mellom livssituasjon og PSF

PSF kan ha en viktig sammenheng med psykososiale faktorer. I studien vår fant vi at det å ha omsorgsansvaret for andre, var en signifikant faktor som økte oddsen for å oppleve PSF. At omsorgsansvar for andre var assosiert med PSF, kan forklares med at det er belastende å ivareta seg selv i en akutt sykdomsfase og samtidig ha omsorgsansvaret for andre personer, enten for barn, ektefelle eller andre nærstående.

Denne assosiasjonen indikerer at PSF burde ses i sammenheng med slagrammedes livssituasjon (21). Arbeidssituasjon hadde for øvrig ingen betydning for opplevelsen av PSF for utvalget i studien vår.

Betydningen av alder for opplevelsen av PSF er tidligere undersøkt, men sammenhengen er uklar (3). En studie fant at eldre opplever PSF oftere enn unge (22), og det er også funnet at forekomsten var høyere blant yngre slagrammede (28). Funnene våre viser ingen sammenheng med alder.

Det at tidligere sykdommer før hjerneslaget, og det at hjerneslagets alvorlighetsgrad økte oddsen for PSF i denne studien, peker mot at biologiske faktorer kan øke oddsen for PSF. En sosial faktor som å ha omsorgsansvaret for andre samt opplevd depresjon etter hjerneslaget økte oddsen for PSF. Dette viser at PSF kan være et sammensatt fenomen. Det er uklart om PSF først og fremst har en medisinsk årsaksforklaring, eller om det er psykososiale faktorer og omgivelser rundt pasienten som bidrar til opplevelsen av PSF (11).

Styrker og begrensninger ved studien

Operasjonalisering av fatigue

Instrumentet og spørsmålsformuleringen vi har valgt til å operasjonalisere fatigue, legger føringer for hvordan PSF tolkes i denne studien. Det kan være

vanskelig å velge ett svaralternativ på strukturerte spørreskjemaer, noe som kan ha ført til over- eller underrapportering. Spørsmålsformuleringen kan i sin tur ha betydning for om hvorvidt PSF måles korrekt i forhold til hvordan fenomenet faktisk arter seg for pasienten.

Måten vi definerte varigheten på fatigue-symptomene på, kan være en svakhet ved studien vår, da svaralternativene som pasienten fikk, ikke avgrensner nøyaktig til «før» eller «etter» hjerneslaget. Vi kunne oppnådd større nøyaktighet dersom svaralternativene om varigheten hadde vært flere.

Definisjon og operasjonalisering av begrepet PSF kan være en utfordring i og med at det ikke finnes et validert instrument for å måle fenomenet PSF, altså fatigue etter et hjerneslag. PSF kan arte seg annerledes i andre sammenhenger enn etter et hjerneslag. I studien vår var det hensiktsmessig å skille ut pasientene som rapporterte tydelig om langvarig fatigue (>3 måneder), i og med at vi ville undersøke fatigue som oppsto etter hjerneslaget. Vi kan ikke utelukke at de som rapporterte om fatigue med lengre varighet, tolket spørsmålet om fatigue på samme måte som dem som opplevde nylig oppstått fatigue. Vi kan heller ikke utelukke at resultatene hadde blitt annerledes dersom vi hadde brukt andre instrumenter.

Selv om det fortsatt er usikkert hvordan PSF best kan måles, kan denne studien bidra til ny kunnskap om hvem som opplevde fatigue 4–6 uker etter hjerneslaget, og dermed hvem som kan være i risiko for å få nedsatt livskvalitet etter hjerneslag (6, 9, 10).

De rapporterte konfidensintervallene (95 % KI) fra den logistiske regresjonsanalysen (tabell 3) er relativt brede. Variasjonsbredden skyldes sannsynligvis at et lite utvalg gir større variasjon rundt det sanne estimatet. Det innebærer at selv om resultatene er statistisk signifikante, vil den estimerte oddsratioen for hver av variablene måtte tolkes med forsiktighet.

Utvalgets representativitet

Det var utfordringer med å følge rekrutteringsprotokollen ved hvert sykehus. Det kan ha bidratt til at enkelte pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene,

ikke har blitt forespurt om å delta, noe som kan ha ført til utilsiktede skjevheter i utvalget. Noen pasienter ønsket ikke å være med i studien, blant annet fordi de følte seg for syke. De pasientene som hadde mer alvorlige utfall og mer uttalt fatigue, kan ha valgt ikke å delta i studien fordi de anså det som for krevende.

En annen begrunnelse for at pasienter ikke ville delta i denne studien, var at de følte seg for friske. Når pasienter føler seg for syke til å delta i en studie, kan det føre til at vi får en skjevhet i utvalget, eller at det er de friskeste som er representert i studien. Sammenliknet med populasjonen som er registrert i hjerneslagregisteret (29), er deltakerne i studien vår i gjennomsnitt 10 år yngre. Andelen kvinner er 5 prosent lavere, og andelen med lette hjerneslag (NIHSS <6) er 5 prosent høyere.

Datainnsamling med strukturert spørreskjema i individuelle intervjuer kan senke pasientens terskel for å gjennomføre spørreskjemaet, noe som gir større gjennomføringsprosent. En slik tilnærming bidrar til å samle mer komplette data og forhindrer manglende data. I tillegg reduseres muligheten for å misforstå spørreskjemaet.

En av styrkene ved denne studien er at den benytter data fra en multisenterstudie som har rekruttert pasienter fra flere forskjellige sykehus i landet. Videre inkluderer vi et stort antall deltakere i studien. Disse momentene øker resultatenes generaliserbarhet til hjerneslagpasienter for øvrig.

KONKLUSJON

I studien vår var forekomsten av fatigue hos pasienter 4–6 uker etter hjerneslag 43,6 prosent. Følgende faktorer økte oddsen for PSF i utvalget: tidligere sykdommer før hjerneslaget, opplevelse av depresjon etter hjerneslaget, omsorgsansvar for andre nærstående samt høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget (målt med NIHSS).

Sykepleiere og helsepersonell trenger å vite hvem som er spesielt sårbare for å oppleve PSF, slik at disse pasientene kan få riktig oppfølging til riktig tid. Da er det viktig å vite hvor stor forekomsten av PSF er, og hvilke faktorer som

assosieres med PSF. Det er imidlertid behov for mer forskning på PSF.

Takk til statistiker **Manuela Zucknick** på Avdeling for biostatistikk ved Universitetet i Oslo for hjelp til å kvalitetssikre statistiske analyser og fortolkninger.

Studien vår er finansiert med støtte fra Helse Sør-Øst (prosjektnummer 2013086) og Den europeiske unions sjunde rammeprogram (FP7-PEOPLE-2013-COFUND) (avtalenummer 609020 – Scientia Fellows). Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, Ullevål har bidratt med forskningstid og administrativ støtte til å gjennomføre studien. ●

REFERANSER

1. Ellekjær H, Selmer R. Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskr Nor Legeforen. 2007;127:740–3.
2. Kirkevold M, Christensen D, Andersen G, Johansen S, Harder I. Fatigue after stroke: manifestations and strategies. Disabil Rehabil. 2012;34(8):665–70.
3. Schilling A, Becker F. Fatigue/utmattelse etter traumatisk hjerneskade og hjerneslag. Tidsskr Nor Legeforen. 2015;135:331–5.
4. Loge JH, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. J Psychosom Res. 1998;45(1):53–65.
5. Elf M, Eriksson G, Johansson S, von Koch L, Ytterberg C. Self-reported fatigue and associated factors six years after stroke. PLoS One. 2016;11(8):e0161942.
6. Lerdal A, Gay CL. Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. Neurology. 2013;81(18):1581–7.
7. Delva II, Lytvynenko NV, Delva MY. Post-stroke fatigue and its dimensions within first 3 months after stroke. Wiad Lek. 2017;70(1):43–6.
8. Ponchel A, Bombois S, Bordet R, Hénon H. Factors associated with poststroke fatigue: a systematic review. Stroke Res Treat. 2015;2015:347920.
9. Mandliya A, Das A, Unnikrishnan JP, Amal MG, Sarma PS, Sylaja PN.

- Post-stroke fatigue is an independent predictor of post-stroke disability and burden of care: a path analysis study. Top Stroke Rehabil. 2016;23(1):1–7.
10. Wu S, Barugh A, Macleod M, Mead G. Psychological associations of poststroke fatigue: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2014;45(6):1778–83.
 11. Ormstad H, Eilertsen G. A biopsychosocial model of fatigue and depression following stroke. Medical Hypotheses. 2015;85(6):835–41.
 12. Nadarajah M, Goh HT. Post-stroke fatigue: a review on prevalence, correlates, measurement, and management. Top Stroke Rehabil. 2015;22(3):208–20.
 13. Cumming TB, Packer M, Kramer SF, English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. Int J Stroke. 2016;11(9):968–77.
 14. Galligan NG, Hevey D, Coen RF, Harbison JA. Clarifying the associations between anxiety, depression and fatigue following stroke. J Health Psychol. 2015;21(12):2863–71.
 15. Mead G, Lynch J, Greig C, Young A, Lewis S, Sharpe M. Evaluation of fatigue scales in stroke patients. Stroke. 2007;38(7):2090–5.
 16. Kutlubaev MA, Mead GE, Lerdal A. Fatigue after stroke – perspectives and future directions. Int J Stroke. 2015;10(3):280–1.
 17. Kirkevold M, Bragstad LK, Bronken BA, Kvigne K, Martinsen R, Gabrielsen EH, et al. Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. BMC Psychol. 2018;3(1):12.
 18. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, et al. Development of a fatigue scale. J Psychosom Res. 1993;37(2):147–53.
 19. Watkins C, Lightbody C, Sutton C, Holcroft L, Jack C, Dickinson H, et al. Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke: a cohort study. Clin Rehabil. 2007;21(9):846–52.
 20. Adams Jr HP, Davis PH, Leira EC, Chang K-C, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke. Neurology. 1999;53(1):126–31.
 21. Martinsen R, Kirkevold M, Sveen U. Younger stroke survivors' experiences of family life in a long-term perspective: a narrative hermeneutic phenomenological study. Nurs Res Pract. 2012;2012(Article ID 948791):11.
 22. Schepers VP, Visser-Melly AM, Ketelaar M, Lindeman E. Poststroke fatigue: course and its relation to personal and stroke-related factors. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87(2):184–8.
 23. Hubacher M, Calabrese P, Bassetti C, Carota A, Stöcklin M, Penner I-K. Assessment of post-stroke fatigue: the fatigue scale for motor and cognitive functions. Eur Neurol. 2012;67(6):377–84.
 24. Choi-Kwon S, Han SW, Kwon SU, Kim JS. Poststroke fatigue: characteristics and related factors. Cerebrovasc Dis. 2005;19(2):84–90.
 25. Lerdal A, Bakken LN, Rasmussen EF, Beiermann C, Ryan S, Pynten

- S, et al. Physical impairment, depressive symptoms and pre-stroke fatigue are related to fatigue in the acute phase after stroke. Disabil Rehabil. 2011;33(4):334–42.
26. Kim JS. Post-stroke mood and emotional disturbances: pharmacological therapy based on mechanisms. J Stroke. 2016;18(3):244–55.
 27. Kouwenhoven SE, Kirkevold M, Engedal K, Kim HS. Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. Disabil Rehabil. 2011;33(7):539–56.
 28. Lerdal A, Gay C, Lee K. Curvilinear relationship between age and post-stroke fatigue among patients in the acute phase following first-ever stroke. Int J Phys Med Rehabil. 2013;(5).
 29. Fjærtoft H, Indredavik B, Mørch B, Phan A, Skogseth-Stephani R, Varmdal R. Årsrapport 2016 – med plan for forbedringstiltak. 2017; St. Olavs hospital HF: Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagregister. Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, Norsk Hjerneslagregister. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/Medisinske-kvalitetsregistre/Norsk-hjerneslagregister/%C3%9B%85%rappo%rt2016-Norsk-hjerneslagregister.pdf> (nedlastet 13.10.2018).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

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

Wima® produkter

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



68.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien Sykepleien

Ble nysgjerrig på fatigue

Hvert år rammes rundt 15 000 nordmenn av hjerneslag. Mange av disse får også fatigue – en lite synlig lidelse for dem som er rundt.

Tekst **Elin Marie Fredriksen** • Foto **Stig M. Weston**

Fatigue etter et hjerneslag kan beskrives som en langvarig eller stadig tilbakevendende tretthetsfølelse. Man er utmattet og tom for energi uten at man egentlig har gjort noe spesielt.

– Vi kan tenke på det som et batteri som aldri blir helt fulladet. Pasientene går med redusert ladekapasitet, eller de må hvile mer, forteller Silje Christin Wang Linnerud, høgskolelektor på Lovisenberg diakonale høgskole.

I mai publiserte hun og medforfatter Line Kildal Bragstad artikkelen «Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag».

BRATT LÆRING

Da Linnerud var ferdig utdannet sykepleier i 2014, fikk hun sommerjobb på akuttmottak. Samtidig jobbet hun et år som nestleder i NSF Student, og allerede i 2015 gikk hun i gang med sin master i sykepleievitenskap. Tjuefireåringen ville ta mer utdanning, og hun ville forske.

Parallelt med masterstudiet fortsatte hun å jobbe på akuttmottak, og på Universitetet i Oslo ble hun vitenskapelig assistent og dermed en del av en større studie på hjerneslag, «Promoting psychosocial well-being following stroke». Masteroppgaven ble knyttet opp til dette prosjektet, og som masterstudent måtte hun velge seg et undertema.

Hun hadde hittil bare jobbet med hjerneslag i akuttfasen, og i likhet med mange i helsevesenet hadde hun knapt hørt om fenomenet fatigue etter hjerneslag. Det

Silje Christin Wang Linnerud

Høgskolelektor på Lovisenberg diakonale høgskole.

Står bak forskningsartikkelen «Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag» sammen med Line Kildal Bragstad ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

ble en bratt læringskurve. Og det ble etter hvert flere og flere grunner til at hun ville forske på fatigue.

– Noe av det som er spennende med fatigue som forskningsfelt, er at det er et subjektivt fenomen, som i forskningslitteraturen ofte både måles og defineres helt forskjellig. Det er en kompleks situasjon for pasientene, og det er også relativt utbredt. Det er mange som opplever fatigue, også lenge etter hjerneslaget. Fatigue etter hjerneslag fører gjerne med seg angst og depresjon, nedsatt mestring og livskvalitet, sier Linnerud.

Fatigue er en sykdomsopplevelse som ofte er usynlig for andre. Forskingen viser at man vet for lite om fenomenet, om hvem som er i risikosonen, hva årsaken er, og hvordan fatigue skal behandles. Også de nærmeste pårørende ser heller ikke alltid at pasienten er utmattet.

«Det er mange som opplever fatigue, også lenge etter hjerneslaget.»

Silje C. Wang Linnerud

– Å oppleve fatigue kan være utfordrende i pasientens hverdag. Det kan være vanskelig å beskrive og kommunisere sine utfordringer til andre, sier hun.

FATIGUE ELLER FATIGUE

Det finnes ifølge Wikipedia 25 forskjellige sykdommer og sykdomsgrupper som alle kan føre til fatigue, blant annet autoimmune sykdommer, kreft, fibromyalgi,



gulfkrigsyndrom og irritabel tarm. Men fatigue og fatigue er ikke alltid det samme.

– Det er ofte man hører om fatigue i forbindelse med kreftsykdommer, men fatigue etter et hjerneslag kan oppleves annerledes, sier Linnerud.

Og man vet ikke nøyaktig hvem som er i faresonen for å få fatigue etter hjerneslag.

I den store hjerneslagstudien oppsøkte de over 300 personer fire til seks uker etter at de hadde hatt hjerneslag. Med seg hadde de et omfattende spørreskjema.

Responsen på to av spørsmålene brukte Linnerud til sin egen studie: «Føler du deg ofte sliten, uopplagt med mangel på overskudd?» Og: «Føler du deg ofte trist eller deprimeret?» Det var også tilleggsspørsmål knyttet til sosiodemografiske, kliniske og medisinske data.

Masteroppgaven ble levert i 2017, og funnene ble bearbeidet videre og publisert som en forskningsartikkel rundt halvannet år senere, etter en periode som fagutviklingssykepleier i hjemmesykepleien og deretter som lektor på nåværende arbeidssted, Lovisenberg diakonale høgskole.

Et av funnene var at 43,6 prosent av alle som hadde hatt hjerneslag som var med i studien, opplevde fatigue i etterkant av slaget. Videre identifiserte de fire faktorer som øker sannsynligheten for å oppleve fatigue etter hjerneslag: tidligere sykdommer, depresjon, omsorgsansvar for andre og alvorlighetsgrad av hjerneslaget.

SYKDOM OG DEPRESJON

Slagpasienter som har en sykdom i forkant av slaget, har fem ganger høyere risiko for fatigue enn dem som var friske før hjerneslaget.

– Er det noen sykdommer som peker seg ut?

– Vi har ikke analysert spesifikke sykdommer alene i denne studien. Det vi har sett, er at pasienter med tidligere sykdommer hadde større sannsynlighet for å oppleve fatigue. Men det hadde absolutt vært interessant å se nærmere på om det er noen sykdommer som i særlig grad kan assosieres med fatigue, sier Linnerud.

– Depresjon skiller seg likevel ut som en tydelig faktor. Undersøkelsen viser en sterk sammenheng mellom opplevde symptomer på fatigue og depresjon målt etter hjerneslaget: De som er deprimerte, har over fire ganger så høy sannsynlighet for også å oppleve fatigue. Men det er usikkert hvordan depresjon og fatigue hører sammen og påvirker hverandre.

– Er det mulig å si hvor mye av fatigue som er fysisk, og hvor mye som er mentalt?

– Det er et godt spørsmål, og det har vi ikke noe svar på foreløpig. Vi ser at dette er noe det burde forskes mer på, sier hun.

OMSORGSANSVAR OG ALVORLIGHETSGRAD

Det er tøft å skulle ha omsorg for en familie etter et hjerneslag, når man selv er syk og trenger omsorg.

– Vi fant at dersom en pasient hadde omsorgsansvar



VILLE FORSKE PÅ FATIGUE: – Noe av det som er spennende med fatigue som forskningsfelt, er at det er et subjektivt fenomen, som i forskningslitteraturen ofte både måles og defineres helt forskjellig, sier Linnerud.

for barn eller andre nærstående, så hadde vedkommende nesten tre ganger høyere sannsynlighet for å oppleve fatigue. Vi har ikke funnet en sammenheng mellom alder og fatigue, men det vi fant, var at det å ha omsorgsansvar for andre nærstående økte sannsynligheten, sier Linnerud.

Alvorlighetsgrad av hjerneslaget er også en faktor som øker risikoen for fatigue. I akuttfasen vurderes slagets alvorlighetsgrad med National Institutes of Health Stroke

«Vi vet ikke nok, verken om årsaken eller anbefalt behandling.»

Silje C. Wang Linnerud

Scale (NIHSS), som består av elleve kliniske observasjoner som summeres på en skala fra 0 til 42. Jo høyere sum, desto høyere funksjonsnedsettelse.

– For hvert poeng på NIHSS-skalaen øker sannsynligheten i vår studie med 1,6. Det er ganske mye, og sjansen øker betraktelig for hvert poeng høyere på skalaen, forklarer Linnerud.

– Kan det være andre faktorer som kan spille inn, som dere ikke har sett på?

– Det hadde også vært interessant å undersøke flere faktorer som vi ikke har sett på i vår studie, blant annet å måle det vi kaller pre-stroke fatigue. Det vil si opplevelse av fatigue før hjerneslaget, sier hun.

HYPPIGSTE ÅRSÅK TIL FUNKSJONSNEDETTTELSE

Hjerneslag er den hyppigste årsaken til funksjonsnedsettelse hos eldre. Men adekvat og tidlig rehabilitering styrker mulighetene til å få funksjoner tilbake.

Målet med Linnerud og Bragstads studie er å hjelpe sykepleiere og annet helsepersonell med å identifisere hvem som kan trenge oppfølging knyttet til fatigue etter hjerneslag.

– Opplever du at helsepersonell kan, for lite om fatigue etter hjerneslag?

– Jeg tror at helsevesenet, både i Norge og i resten av verden, har for lite kunnskap om fenomenet. Vi vet ikke nok, verken om årsaken eller anbefalt behandling, og da er det jo heller ikke enkelt for oss sykepleiere eller avdelingene der ute å få fastsatt faste rutiner for rehabilitering og behandling, sier Linnerud. ●

Lunixen[®]

Bedre søvn - hele natten!

Lunixen[®] 500 mg (valerianarot) er et reseptfritt legemiddel som forbedrer søvnkvaliteten og søvnlengden. Legemidlet har klinisk dokumentert effekt på søvnproblemer, som urolig søvn eller for tidlige oppvåkninger. Brukes daglig for optimal effekt. Det er ingen påvist avhengighet ved bruk.

NYHET!



- ✓ Bedrer søvnkvalitet
- ✓ Forbedrer søvnlengde
- ✓ Ingen avhengighet påvist

✚ Fås reseptfritt på apoteket

Ta 1 tablett 1/2 til 1 time før leggetid.

Dersom symptomene forverres eller ikke blir bedre etter 2 ukers daglig bruk, bør lege kontaktes. Lunixen anbefales ikke til gravide eller ammende. For barn under 12 år kun i samråd med lege.

F. Hypnotika og sedativa - farmakoterapeutisk gruppe

TABLETTER, filmdrasjerte 500 mg: Reseptfritt. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av valerianarot (*Valeriana officinalis* L.) 500 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. **Dosering:** For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett ½-1 time før leggetid. Ved behov tas også 1 tablett tidligere på kvelden. Lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig. Maks. daglig dose er 4 tabletter. **Administrering:** Daglig bruk over tid anbefales, det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Lege/apotek kontaktes hvis symptomene vedvarer eller forverres etter 2 uker med kontinuerlig bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner:** Ingen rapportert. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kontraindisert under amming. Fertilitet: Ingen kliniske data. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Magetarmsymptomer (feks. kvalme, magekramp) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC sist endret: 14.11.2018

ATC-nr.: N05C M09

HOVEDBUDSKAP

«Leve hele livet»-reformen slår fast at helsetjenestene skal bidra til at eldre kan bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen.

Vi ønsker med denne artikkelen å vise betydningen av tilrettelagt fysisk aktivitet og trening for beboere på sykehjem og gi noen praktiske råd for tilrettelegging og gjennomføring av aktiviteter.

NØKKELOD:

- ▶ Sykehjem ▶ Fysisk aktivitet
- ▶ Trening

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75017

Slik kan beboere på sykehjem bli mer aktive

Beboere på sykehjem har godt av å være i aktivitet, og noen trenger også å trene seg opp etter for eksempel et slag. Gode rutiner for å aktivisere beboere, samt opplæring av ansatte, er viktig for at beboerne skal få være i aktivitet hver dag.

Stortingsmelding nr. 25 «Mestring, muligheter og mening» (1) vektlegger aktiv omsorg med kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Viktigheten av aktivitet blir også løftet frem i den nye kvalitetsreformen for eldre, «Leve hele livet», som regjeringen arbeider med i disse dager (2). Den nye kvalitetsreformen har som overordnet mål at personer over 65 år som bor hjemme eller i institusjon, skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet og til å ha en god og innholdsrik hverdag.

BRA Å VÆRE AKTIV

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert for befolkningen generelt og for eldre personer. Dessuten har det vist seg at stillesitting i seg selv er en risikofaktor for dårlig helse. Økt satsing på hjembaserte tjenester har resultert i at de som nå får en sykehjems plass, er eldre enn tidligere, de har flere sykdommer og ofte et mer komplekst sykdomsbilde.

Konsekvenser av denne utviklingen er at beboere i

FORFATTERE


Elisabeth Telenius
Fysioterapeut, Fagområde demens, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse



Randi Granbo
Fysioterapeut og førstelektor, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Jorunn Helbostad
Fysioterapeut, professor og instituttleder, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Birgitta Langhammer
Fysioterapeut og professor, Institutt for fysioterapi, Oslomet – storbyuniversitetet

sykehjem i mindre grad klarer å ivareta sine grunnleggende behov for bevegelse og fysisk aktivitet. Flytting fra eget hjem til sykehjem medfører dessuten store endringer i hverdagsrutinene, og mange oppgaver som personen tidligere måtte greie selv, blir plutselig tatt over av andre. Resultatet blir et ytterligere funksjonstap som skjer raskere enn nødvendig på grunn av en passiv og inaktiv livsstil (3).

Å kunne bevege seg er et grunnleggende behov – også for sykehjemsbeboere. Dette behovet ivaretas best gjennom deltakelse i daglige gjøremål og gjennom til-

rettelagte aktiviteter (4).

«Forskrift om en verdig eldreomsorg» slår fast at tjenestene skal bidra til at eldre kan bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen (5). Det er derfor viktig å ha fokus

«Å kunne bevege seg er et grunnleggende behov – også for sykehjemsbeboere.»

på bevegelse og fysisk funksjon hos beboere i sykehjem.

Vi ønsker med denne artikkelen å løfte frem



MOSJON: Eldre har godt av å være i aktivitet. Bevegelse styrker kroppen og gir økt velvære. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FAKTA

Trening eller fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet defineres i internasjonal faglitteratur som all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå.

Trening defineres som fysisk aktivitet i fritiden som gjentas regelmessig over tid med målsetting å forbedre for eksempel form, prestasjon eller helse. (27)

Aktiviteter i dagliglivet

Aktiviteter i dagliglivet, forkortet ADL, er meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder.

Kilde: Store medisinske leksikon

kunnskapsgrunnet som viser betydningen av tilrettelagt fysisk aktivitet og trening for denne gruppen og gi noen praktiske råd for tilrettelegging og gjennomføring av fysisk aktivitet.

I forbindelse med trykksikkerhetsstandardprosjektet har Helsedirektoratet gitt HiOA (nå OsloMet – storbyuniversitetet) og NTNU i oppdrag å lage en kunnskapsbase som skal beskrive effekt av fysisk aktivitet og trening, aktivitetsnivå og indikatorer opp mot funksjonsnivå. Gjennom et omfattende søk etter relevante forskningsartikler har vi laget en oppdatert kunnskapsbase som gir en oversikt over dokumentert effekt og belyser betydningen av fysisk aktivitet og trening for sykehjemsbeboere. Rapporten kan leses i sin helhet på <https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/86/85> (6).

INAKTIVITET FÅR KONSEKVENSER

«Det å gjøre noe krever energi, og hvis du ikke beveger deg, så får du stadig mindre energi. Det er en ond sirkel.» (Beboer i sykehjem)

Aktivitetsnivået til beboere i sykehjem har ikke blitt undersøkt systematisk i Norge, men ifølge Helsedirektoratet

«Dødeligheten etter et brudd er nær 80 prosent.»

har hjemmeboende eldre over 70 år lavere fysisk aktivitetsnivå sammenliknet med yngre hjemmeboende (8). Det er nærliggende å tro at personer i sykehjem, som er syke, mer skrøpelige og mindre selvstendige, er enda mer inaktive. Denne inaktiviteten får store fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser. Tap av fysisk funksjon fører til nedsatt livskvalitet, økt risiko for fall, brudd, depresjon, større omsorgsbehov og høyere utgifter til helsetjenester (9).

Eldre som bor i sykehjem, faller tre ganger så ofte som hjemmeboende eldre (10). Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehjem fører til alvorlige skader. Tidligere fall både med og uten skader kan føre til frykt for nye fall og dermed en vegring mot å bevege seg, med det resultat at fallfaren øker ytterligere. Smerter og plager i muskler og skjelett bidrar også til lavere aktivitetsnivå og kan lede til en ond sirkel der man ikke beveger seg



fordi det gjør vondt, og man får mer vondt fordi man ikke beveger seg. I en rapport fra Buskerud oppga 45–55 prosent av sykehjemsbeboere fysisk smerte, lokalisert til ledd, muskler og bindevev (11).

Fysisk aktivitet og trening spiller en viktig rolle for å opprettholde eller bedre fysisk funksjon. I tillegg kan fysisk aktivitet bedre fysisk og mental helse, sosialt liv og livskvalitet. En norsk studie har funnet en sammenheng mellom god fysisk funksjon og høyere livskvalitet hos beboere i sykehjem (12). Studier basert på intervjuer av beboere i sykehjem har gjentatte ganger vist at uansett diagnose og funksjonsproblem, synes beboerne det er viktig å beholde evnen til å være mobil, og at det å kunne forflytte seg selv gir en følelse av selvstendighet, frihet og autonomi (7).

SPESIELT SÅRBARE BEBOERE

Man antar at omtrent 80 prosent av personer som bor i sykehjem, har demens, og mange lever med senskader etter hjerneslag (13, 14). Beboere med disse sykdomstilstandene er spesielt sårbare for funksjonstap. Tilrettelegging for fysisk aktivitet og tilbud om opptrening er derfor ekstra viktig.

Sykehjemsbeboere med demens er en av de gruppene med størst hjelpebehov. Demenssykdom gir ofte symptomer på tre ulike områder: kognisjon, atferd og mobilitet. Inaktivitet hos denne gruppen fører til raskere nedgang i fysisk funksjon og mer uttalte atferdssymptomer (som apati, uro og depresjon) enn hos kognitivt friske personer (15).

Fysisk aktivitet og trening er effektive virkemidler for å opprettholde og forbedre ADL-funksjon, balanse og mobilitet hos personer med demens og kan også ha positiv effekt på atferdssymptomer (16, 17). Studier i sykehjem har vist at personer med demens kan motta tilrettelagt instruksjon, og de kan være motiverte for å delta på regelmessig trening over en lengre periode (18).

Med en økende aldrende befolkning vil antallet personer med hjerte-/karlidelser, inklusive hjerneslag, øke. Rehabilitering etter hjerneslag har alltid som mål å optimalisere gjenværende funksjon, og de med størst prosentvis reduksjon i funksjon har bedre rehabiliteringspotensial enn de med mindre funksjonstap (19).

Pasienter med store utfall etter slaget blir ofte ikke prioritert for deltakelse i videre trening etter at den initiale rehabiliteringen er ferdig. I stedet blir de ofte utsatt for «godhet» i form av mer hjelp enn de har behov for, noe som gjør personen til en passiv mottaker av pleie i stedet for en aktiv deltaker. Den følgende inaktiviteten øker risikoen for at bedringsprosessen stopper opp. Funksjoner man har trent opp umiddelbart etter slaget, tapes da fort.

Det enkle prinsippet «use it or lose it» gjelder for alle, men spesielt for de med dårligst funksjon der en treningsinnsats gir prosentvis større uttelling enn hos mer funksjonsdyktige (19, 20). Daglig fysisk og kognitiv aktivitet er nødvendig for å vedlikeholde gjenvunnet fysisk funksjon. Det er derfor viktig at også personer med hjerneslag i sykehjem blir tilbudt deltakelse i dagligdagse oppgaver og i generell fysisk aktivitet og utholdenhets- og styrketrening.

FALL KAN FOREBYGGES

Det er mange grunner til at eldre faller, og årsakene er ofte sammensatte. Det skilles gjerne mellom indre og ytre risikofaktorer for fall.

De indre faktorene ser ut til å spille den viktigste rollen. Disse har med pasientens fysiske og mentale helse og atferd å gjøre, for eksempel balansefunksjon, beinstyrke og syn.

Av ytre risikofaktorer i fellesarealer kan nevnes manglende støttehåndtak og tilgang til hvilemuligheter samt uhensiktsmessig plassering av møbler og utstyr, glatte gulv og dårlig belysning. Sammensatte tiltak som inneholder blant annet opplæring av ansatte og beboere, gjennomgang av medikamentbruk og fysisk trening med vekt på styrke og balanse, kan forebygge fall i sykehjem (21).

Den alvorligste fallskaden hos eldre som overlever et fall, er lårhalsbrudd. Det er cirka 9000 lårhalsbrudd i Norge per år (22). Lårhalsbrudd hos personer som allerede bor i sykehjem, er alvorlig, og dødeligheten etter et brudd er nær 80 prosent (23). Det er derfor viktig å forebygge at personer i sykehjem faller.

Prognosen for å gjenopprette tidligere funksjon er også dårligere for sykehjemsbeboere enn for dem som bor hjemme. Beboere i sykehjem som pådrar seg hoftebrudd, blir ofte sendt tilbake til sykehjemmet få dager etter hofteoperasjonen, og ansvaret for tidlig mobilisering og rehabilitering faller dermed på sykehjemmets ansatte.

Beboere i sykehjem trenger lang rehabiliteringstid etter et hoftebrudd. Det er viktig å motivere den eldre personen

Konsekvenser av inaktivitet

Redusert muskelstyrke
Redusert utholdenhet
Nedsatt sirkulasjon
Tap av beinmasse
Leddene blir stive
Trykksår
Redusert hostekraft
Tregere fordøyelse
Urininkontinens

Funksjonsvurdering

Personlig hygiene:

Kan stå ved vasken

På- og avkledding:

Kan ta på og av seg klær i sittende eller stående stilling?

Toalettbesøk:

Kan gå til og fra toalettet med eller uten ganghjelpemiddel

Forflytning:

Kan forflytte seg ut og inn av seng

Greier å reise seg opp fra stol

Bevege seg innendørs

Kan gå i avdelingen med eller uten hjelpemiddel

Bevege seg utendørs:

Kan forsere dørsterskler

Kan gå i trapp med eller uten hjelpemiddel

Kan gå utendørs (forsere kantsteiner, ujevnt underlag)

Rangeres 1: selvstendig 2: med tilsyn 3: med hjelp 4: kan ikke utføre

dagsordenen.

Det er nødvendig med en plan for hvordan den enkelte beboer kan delta i daglige gjøremål ut fra sine ressurser og forutsetninger. Ansvaret for dette ligger fremfor alt hos ledelsen på sykehjemmet, men også hos hver enkelt ansatt. Rutiner for hvordan fysisk aktivitet skal ivaretas, bør utarbeides av ledelsen i samarbeid med de ansatte (25).

Det er naturlig å introdusere og informere om syke-

«Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehjem fører til alvorlige skader.»

hjemmets vektlegging av fysisk aktivitet også ved rekruttering av nye omsorgsarbeidere, for å sikre at nyansatte vil legge til rette for daglig fysisk aktivitet for beboerne.

SMARTE VERKTØY

Sykehjemsbeboere er en heterogen gruppe. Av den grunn er det ikke mulig å foreskrive ett aktivitets- og treningsprogram som vil møte alles behov. Tilrettelegging av fysiske aktiviteter må individualiseres og skreddersys. For å motivere til aktivitet må den ansatte kjenne beboeren godt.

til mobilisering så raskt som mulig etter et hoftebrudd. Risikoen for komplikasjoner og sjansene for å få tilbake funksjon reduseres for hver dag i senga. For personer som trengte assistanse til mobilisering allerede før bruddet, øker risikoen for død med nesten 20 prosent dersom tiden i sengen forlenges (24).

LEGG TIL RETTE FOR AKTIVITETER

Beboere i sykehjem med redusert fysisk kapasitet er avhengig av hjelp fra omgivelsene for å ivareta sine grunnleggende bevegelsesbehov. Bevegelse er viktig både for å ivareta fysiologiske prosesser i kroppen og for velvære. Det er derfor nødvendig å iverksette strategier som legger til rette for økt bevegelse og aktivitet hos denne målgruppen. Dette vil kreve tilrettelegging og muligens endring av sykehjemmets og den enkelte avdelingens daglige rutiner.

En bevissthet rundt, og kunnskap om, betydningen av daglig fysisk aktivitet hos de ansatte er helt sentralt. Fysisk aktivitet og trening hos eldre dekkes i variert utstrekning på de forskjellige helseprofesjonsutdanninger, så det er av avgjørende betydning at sykehjemmene selv setter dette på

FAKTA

Vi gir følgende råd

- Individuell vurdering av fysisk funksjon ved innkost og ved endringer i funksjonsnivå.
- Innføring av rutinemessige tiltak som begrenser inaktivitet i dagliglivet for alle beboere.
- Tilbud om rutinemessig opptrening ved en del kroniske tilstander / akutte hendelser.
- Økt kompetanse hos omsorgspersonalet og bevisstgjøring av betydningen av fysisk aktivitet.

Vurdering av fysisk funksjon ved innflytting til sykehjemmet og kartlegging av interesser og tidligere aktivitetsnivå vil gjøre det enklere å legge til rette for individuell og tilpasset aktivitet. Ny vurdering vil være nødvendig ved endring i funksjonsnivået, eksempelvis etter akutt sykdom eller en fallhendelse. En slik rutine vil gi ansatte mulighet for bedre innsikt i hva den nye beboeren faktisk greier å utføre selv, og dermed bidra til at beboerne ikke fratras mulighetene for egenaktivitet.

En funksjonsvurdering må bestå av en observasjon av hva personen er i stand til å gjøre på egen hånd og eventuelt hvilken grad av bistand som trengs for å utføre aktiviteten. For å få et realistisk bilde av den enkelte beboers funksjonsnivå ved innkost i sykehjem/eller ved endring av funksjonsnivå, er det nødvendig å observere hvordan personen er i stand til å gjennomføre noen praktiske oppgaver og aktiviteter og ikke bare innhente slik informasjonen gjennom å stille spørsmål.

Forslag til aktiviteter som bør kartlegges ved observasjon av selve utførelsen:

Med utgangspunkt i kartleggingen og samtalen om hva slags aktiviteter beboeren foretrekker, bør det utarbeides en ukeplan over hva slags aktiviteter personen skal delta i

«Det er nødvendig med en plan for hvordan den enkelte beboer kan delta i daglige gjøremål.»

eller på. Planen for aktiviteter kan med fordel henges opp på rommet til den enkelte beboer for å være synlig for personen selv, pårørende og andre besøkende, og ikke minst omsorgspersonalet.

Det kan også være en god idé å innføre bruk av en aktivitetsdagbok hvor aktivitetene som beboeren har vært med på, skrives ned. Både planen og boka kan være kilde til samtale tema og motivasjon, og vil dessuten kunne veilede personalet, for eksempel i valg av hjelpemiddel som rullator eller rullestol når beboer skal følges til spisesalen.

RÅD OM AKTIVITET OG TRENING

Som påpekt i den nye kvalitetsreformen for eldre, «Leve hele livet» (2), er deltakelse i alle typer aktiviteter viktig for å oppleve mestring, fellesskap, meningsfull hverdag, livskvalitet og opprettholde fysisk funksjon. Ifølge stortingsmeldingen bør eldre få tilbud om minst én time aktivitet daglig med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov. Aktiviteten skal gi gode opplevelser og øyeblikk i hverdagen og stimulere sanser og minner, bevegelse og deltakelse i sosialt fellesskap. Fysisk aktivitet er med og opprettholder fysisk funksjon og er derfor vesentlig også for deltakelse i andre aktiviteter.

I tråd med anbefalinger gitt i USA og en rekke europeiske

land (26) gir vi råd på to nivåer om hvordan opprettholde fysisk funksjon hos beboere i sykehjem. Nivå 1 har som formål å begrense inaktiv livsstil for alle sykehjemsbeboere. Nivå 2 inneholder råd om fysisk trening for spesielt sårbar gruppe av sykehjemsbeboere.

Nivå 1: Opprettholde daglige aktiviteter for å begrense inaktivitet

Motivasjon og glede er viktige nøkkelord når en skal bidra til mer aktivitet blant beboerne. Dessuten vil det for mange være viktig å ha en hensikt

med aktiviteten, for eksempel å ta en tur for å se på blomstene eller en kunstutstilling på en annen avdeling, drikke kaffen i en annen salong enn den nærmeste, gå ned i resepsjonen for å se på folk som kommer og går, og sørge for så aktiv deltakelse som mulig i stell og av- og påklædning.

Aktivitetene som er foreslått til bruk i funksjonsvurdering (tekstboks ovenfor), er eksempler på tiltak som bør inkluderes i hverdagsrutinen. Personalet må la personene få delta i enkle, daglige gjøremål som å dekke bord, brette håndklær og liknende. Det er også fint å oppmuntre pårørende som er på besøk, til å være fysisk aktive sammen med beboeren. Gå en tur – gjerne ut i frisk luft og lys. Organiserte gruppeaktiviteter, for eksempel tur i sansehage eller innendørs bowling, er også viktige bidrag for å øke det fysiske aktivitetsnivået og redusere stillesittingen.

Nivå 2: Fysisk trening

Personer med forhøyet fallrisiko og personer med en demenssykdom bør få tilbud om tilpasset trening for å bedre styrken og balansen sin som et ledd i det fallforebyggende arbeidet. Dessuten bør personer som gjennomgår akutte hendelser som påvirker fysisk funksjonsnivå, for eksempel hoftebrudd eller hjerneslag, bli tilbudt tilrettelagt og målrettet trening for å gjenvinne så mye funksjon som mulig. Vi anbefaler både sammensatt trening (styrke-, kondisjons- og balanse trening) og styrketrening alene. Intensiteten bør være av moderat grad og vare i 30 til 60 minutter og gjennomføres to ganger i uken. ●

REFERANSER

1. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/> (nedlastet 18.01.2019).
2. Meld. St. nr. 15 (2017–2018) Leve hele livet-reformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/#> (nedlastet 18.01.2019).
3. Hawkins RJ, Prashar A, Lusambili A, Ellard DR, Godfrey M. 'If they don't use it, they lose it': how organisational structures and practices shape residents' physical movement in care home settings. *Ageing & Society*. 2017;1–26.
4. Granbo R, Helbostad JL. Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006;151:26:1934–6.
5. Regjeringen. Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien) [Internett]. Oslo: Helse-



og omsorgsdepartementet 15.11.2010. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/>

6. Telenius EW, Langhammer B, Helbostad JL, Granbo R. Fysisk aktivitet og trening på sykehjem. Rapport utarbeidet ifm. pilotprosjekt trykksstandard på sykehjem, regi Helse-direktoratet. 2017. Tilgjengelig fra: <https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/86/85>
7. Olsen CF, Telenius EW, Engedal K, Bergland A. Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia—a qualitative study. *BMC health services research*. 2015;15(1):379.
8. HelseDirektoratet. Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge Nasjonal kartlegging 2014–15. Oslo: HelseDirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helseDirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-sedat-tid-blant-voksne-og-eldre-i-norge-nasjonal-kartlegging-201415> (nedlastet 18.01.2019).
9. Toney KM, Sowers MR. Assessment of physical functioning: a conceptual model encompassing environmental factors and individual compensation strategies. *Phys Ther*. 2009;89(7):705–14.
10. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Annals of internal medicine*. 1994;121(6):442–51.
11. Gran SV. Eldre og smerter – en studie av eldres opplevelse av smerter: et samarbeidsprosjekt mellom kommunehelsetjenesten i Nedre Buskerud og Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag. Rapport Høgskolen i Buskerud 2009 nr. 72. ISBN 978-82-91116-95-2
12. Telenius EW, Engedal K, Bergland A. Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 desember 4;(12):6672–86.
13. Bergh S, Holmen J, Saltvedt I, Tamba K, Selbæk G. Dementia and neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients in Nord-Trøndelag County. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2012;132(17):1956–9.
14. Brown RD Jr, Ransom J, Hass S, Petty GW, O'Fallon WM, Whisnart JP, Leibson CL. Use of nursing home after stroke and dependence on stroke severity: a population-based analysis. *Stroke*. 1999;30(5):924–9. PubMed PMID: 10229721
15. Kang H. Correlates of social engagement in nursing home residents with dementia. *Asian nursing research*. 2012;6(2):75–81.
16. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 desember 4;(12):CD006489
17. De Souto Barreto P, Demougeot L, Pillard F, Lapeyre-Mestre M, Rolland Y. Exercise training for managing behavioral and psychological symptoms in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2015 november;24(Pt B):274–85.
18. Telenius EW, Engedal K, Bergland. Effect of a high-intensity exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: an assessor blinded randomized controlled trial. *PLoS One*. 2015 mai 14;10(5):e0126102.
19. Langhammer B, Lindmark B. Functional exercise and physical fitness post stroke: the importance of exercise maintenance for motor control and physical fitness after stroke. *Stroke Research and Treatment*. vol. 2012, Article ID 864835
20. Lee K, Cho E. Activities of daily living and rehabilitation needs for older adults with a stroke: a comparison of home care and nursing home care. *Japan Journal Of Nursing Science*. 2017;4(2):103–11.
21. Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Delbaere K, Cambier D, Dejaeger E. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63(2):211–21.
22. Sogaard AJ, Holvik K, Meyer HE, Tell GS, Gjesdal CG, Emaus N, Grimnes G, Schei B, Forsmo S, Omsland TK. Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. *Osteoporosis International*. 2016 juli;27(7):2217–22.
23. Neuman MD, Silber JH, Magaziner JS, Passarella MA, Mehta S, Werner RM. Survival and functional outcomes after hip fracture among nursing home residents. *JAMA Intern Med*. 2014;174(8):1273–80.
24. Siu AL, Penrod JD, Boockvar KS, Koval K, Strauss E, Morrison RS. Early ambulation after hip fracture: effects on function and mortality. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(7):766–71.
25. Shield RR, Looze J, Tyler D, Lepore M, Miller SC. Why and how do nursing homes implement culture change practices? Insights from qualitative interviews in a mixed methods study. *J Appl Gerontol*. 2014 september;33(6):737–63.
26. De Souto Barreto P, Morley JE, Chodzko-Zajko W, H Pitkala K, Weening-Dijksterhuis E, Rodríguez-Mañas L, Barbaggio M, Rosendaht E, Sinclair A, Landi F, Izquierdo M, Vellas B, Rolland Y. Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: a taskforce report. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 mai 1;17(5):381–92.
27. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. England: Human Kinetics Publishers; 1994. s. 77–88.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.
Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
18–21 NOVEMBER 2019

Member of  MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

MEDICA 2019 – Always a heartbeat ahead!



Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Susanne Hawkins
Tel. +47 22 12 82 31
hawkins@handelskammer.no _ www.handelskammer.no


Messe
Düsseldorf

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Elisabeth Telenius

Fysioterapeut, Fagområde demens, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Vi som har forfattet denne fagartikkelen, er opptatt av at eldre mennesker skal få muligheten til å være fysisk aktive på sykehjem.

Dette er viktig for å opprettholde fysisk funksjon og derved legge til rette for deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter hele livet. Ved å være fysisk aktiv kan man også redusere risikoen for fall og andre uheldige konsekvenser av for mye stillesitting.

AKTIV DELTAKELSE

Det er viktig at sykepleiere som arbeider på sykehjem, er klar over fordelene eldre har ved å være fysisk aktive, og at de tilrettelegger for aktiv deltakelse i

stell og aktivitet. Mange sykepleiere innser dette, men i en travel hverdag kan kjappe løsninger få store konsekvenser.

FUNKSJON OG SELVSTENDIGHET

Ved å øke bevisstheten om dette temaet blant både ledere og an-

«I en travel hverdag kan kjappe løsninger få store konsekvenser.»

satte på sykehjem håper vi å inspirere til innføring av rutiner som sikrer at sykehjemsbeboere får mulighet til å beholde funksjon og selvstendighet så lenge som mulig. ●

FAGGRUPPENE



NSFs landsgruppe av sykepleieledere (NSF LSL)

Landsgruppen av sykepleieledere er faggruppen for deg som brenner for lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Totalt har vi 1148 medlemmer fra hele helsetjenesten. Mer enn 6000 sykepleiere er ledere innen helse- og omsorgstjenesten i Norge, og de fleste er medlemmer i NSF.

Faggruppen jobber primært med fag- og helsepolitikk som bygger på NSF's overordnede formål, prinsipper og prioriteringer. Utviklingen og endringene i Helse-Norge stiller krav til ledelse og ledere, og NSF LSL vil være en pådri-

ver for å sikre godt lederskap inn i en ny tid.

I kommune- og spesialisthelsetjenesten ledes komplekse organisasjoner, og vi er i en posisjon hvor ledere har myndighet og kan påvirke. NSF LSL skal bidra til gode helsetjenester for befolkningen og best mulig arbeidsvilkår for de ansatte.

NSF LSL er en faggruppe for deg som vil dele av din erfaring og hente inspirasjon og gode tips i samspill med andre lederkolleger. Som medlem vil du få tilgang til et nettverk av gode lederkolleger. Du kan søke om midler til kurs og

stipend, og delta på våre digitale plattformer og bidra til å fremme god sykepleieledelse.

NSF's årlige nasjonale lederkonferanse arrangeres i samarbeid med NSF LSL og er en viktig møteplass. I 2018 deltok 500 ledere på konferansen i Bergen. Her kan du som medlem delta til subsidierte priser.

Vil du bli med på laget, send kodeordet LSL til 02409, og du registreres automatisk i medlemssystemet.

Du kan følge oss på Facebook, søk på NSF LSL - Landsgruppen av sykepleieledere.

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldesjermer og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no



HOVEDBUDSKAP

Samhandlingsreformen pålegger kommunene å forebygge fremfor å reparere. I Bamble kommune får alle 77-åringer tilbud fra Helsestasjon for voksne om å delta i helsefremmende aktiviteter. Artikkelen handler om hvilke tilbud helsestasjonen gir for å forebygge sykdom og bidra til at voksne mennesker får bedre helse.

NØKKELOD:

- Forebygging
- Helseopplysning
- Diabetes
- Lungesykdom
- Hjerter- og karsykdommer

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74574

Slik jobber vi på Helsestasjon for voksne i Bamble

Helsestasjon for voksne i Bamble kommune skal sikre voksne mennesker god helse. Seminarer for 77-åringer og samtaler hjemme hos de eldre er en del av tilbudet.

Ny lov om folkehelse og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (1) legger større ansvar på kommunene når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid for innbyggerne i kommunen. Samhandlingsreformen hadde som mål å styrke innsatsen for å forebygge sykdom og starte behandling tidligere i forløpet av kronisk sykdom. Tiltak som motiverer til helsefremmende livsstil, kan bidra til å forebygge sykdom og sikre voksne mennesker flere leveår med god helse (2).

Bamble kommune har gjennom tiltakene i Helsestasjon for voksne fulgt opp samhandlingsreformen ved å forebygge sykdom, gjøre tidlige intervensjoner, bedre pasientforløp og ha et godt samarbeid med fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Behovet i befolkningen er møtt med omprioritering av ansattressurser i flere kommunale virksomheter og endring av drift. Tiltakene er grundig evaluert.

HVEM FÅR HJELP?

Målgruppen for helsefremmende og forebyggende arbeid er friske mennesker. Det er viktig å sette i verk forebyggende

FORFATTERE



Grethe Oksholen
Spesialist i geriatrisk fysioterapi,
Bamble helsehus – Helse og omsorg



Trine Solstad
Geriatrisk sykepleier,
Bamble helsehus – Helse og omsorg



Jorunn Holth
Diabetessykepleier,
Bamble helsehus – Helse og omsorg



Lene Skolem
Ergoterapeut,
Bamble kommune – Helse og omsorg

tiltak før den eldre personens «reservkapasitet» avtar, slik at personen har krefter til å være med på tiltakene. I Bamble kommune er det 77-åringene som får tilbud om forebyggende helsesamtaler, nettopp fordi mange i denne gruppen har god nok helse til å ha utbytte av helseforebyggende tiltak.

Pasientgrupper som samhandlingsreformen omhandler, er også viktige mottakere av tjenesten, herunder pasienter med kols, diabetes, hjerte- og karsykdommer, overvekt, kreft, demens og lettere psykiske lidelser.

SLIK KOM VI I GANG

Prosjektgruppen som startet Helsestasjon for voksne, besto av spesialist i fysioterapi for eldre fra Virksomhet rehabilitering, geriatrisk sykepleier fra hjemmetjenesten, sykepleier med diabetesutdanning fra Virksomhet spesialiserte tjenester, sosionom fra Virksomhet for psykisk helse og avhengighet, helsesøster fra Virksomhet kultur og oppvekst og folkehelsekoordinator for voksne. Fysioterapeuten var leder for gruppen. Prosjektperioden gikk fra 1. november 2012 til 1. oktober 2013. Det var månedlige møter for prosjektgruppen.

Det ble opprettet samarbeid med en kulturkontakt fra



LÆRER OM PSYKISK HELSE: Geriatrisk sykepleier og kols-kontakt Trine Solstad holder foredrag om psykisk helse på seniorseminaret for 77-åringer i Bamble i februar i år. Foto: Grethe Oksholen

Virksomhet kultur og oppvekst. Alle 77-åringer som etter forebyggende helsesamtale ønsker kontakt med lag og foreninger i kommunen, kan få det gjennom kulturkontakten.

Det ble skaffet tillatelse fra Skatteetaten/Folkeregisteret om å hente ut årlige lister over 77-åringene i kommunen.

Ansatte har deltatt på erfaringskonferanser. Konferansene ble arrangert i Tønsberg i 2013, i Drammen i 2014 og i Bergen i 2015. Konferansene hadde temaer som omhandlet forebyggende og helsefremmende samtaler, individuelt og i grupper. Trondheim, Hamar og Gjøvik var blant kommunene vi hentet kunnskap fra i startfasen (3).

HVA GJØR VI?

Helsestasjonen for voksne er en lavterskel oppfølgingsinstans. Helsestasjonen erstatter ikke eksisterende tilbud som Frisk Bris, Friskvern, Frisklivssentral, balansegrupper, psykisk sykepleier, fastleger og sykehus, men er et supplement som kan sikre rett behandling på rett sted til rett tid. Tilbudet består av helseundersøkelser, forebyggende helsesamtaler, undervisning, råd og veiledning. Det er personalet i Helsestasjon for voksne som henviser videre til eksempelvis trening og røykeslutt.

Helsestasjon for voksne ble offisielt åpnet 3. oktober 2013. Helsestasjonen er åpen en dag i uken. Det er fire ansatte, som arbeider i 20 prosent stilling hver. Ansatte er geriatrisk sykepleier / kols-kontakt, diabetessykepleier, ergoterapeut og spesialist i fysioterapi for eldre. Det er tilbud om drop-in hos

ergo- eller fysioterapeut to timer hver uke. Det er mulighet for ettermiddagstimer ved behov.

I januar hvert år får kommunens 77-åringer et brev om helsestasjonens forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre. De får informasjon om at det i løpet av våren blir arrangert et seniorseminar. I mars samme år får 77-åringene invitasjon til seniorseminaret. Det er mulig å velge mellom to datoer, og senioren må selv melde seg på hos Servicetorget i kom-

«Å rekruttere til frivillig innsats er i dag nødvendig for kommunen, og vil bli enda viktigere i fremtiden.»

munen. De som ikke ønsker å delta på seminaret, får tilbud om individuell samtale. Det sendes ut tilbudsbrev om samtale i hjemmet, og hver enkelt blir ringt opp uken etter for å gjøre avtale.

Helsestasjon for voksne sitt forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre i Bamble har ført til følgende tilbud:

FOREBYGGENDE HELSESAMTALER

En sjekkliste for helsesamtaler og rammer for besøkene ble utarbeidet av arbeidsgruppen i prosjektperioden 2012–2013. Sjekklisten består av punkter som gjelder livskvalitet og helse, og som kan bidra til refleksjon om egen hverdag og egne valg. Samtalen starter gjerne med spørsmålet «Hvordan opplever du å være 77 år?» eller «Hvordan opplever du din

FAKTA

livskvalitet?». 77-åringene blir også spurt om de har ubrukte ressurser de ønsker å bruke. En informasjonsmappe med kommunens tilbud og folkehelseopplysninger ble standardisert. Informasjonsmappen deles ut til hver enkelt og inneholder blant annet brosjyrer fra Friskvern, fakta om trygghet i hjemmet for eldre, Helsedirektoratets kostråd, informasjon om sanseetap og tilbud om røykeslutt. Samtalene er berammet til 1,5 time.

Folkehelsekoordinatoren ble med på gjennomføringen av forebyggende helsesamtaler innledningsvis.

Til å begynne med gjennomførte en sykepleier og en fysio- eller ergoterapeut besøkene sammen for å lære av hverandres fagbakgrunn og fokus. Besøksprosent var om lag 20 i 2014.

Etter omtrent ett år ble besøkene hovedsakelig gjennomført av én person. Samtidig endret vi tilbudet, slik at 77-åringene kunne velge å ha samtalen på helsestasjonen eller i hjemmet som tidligere. Fra 2016 kunne seniorene velge mellom et gruppebasert seniorseminar og individuell samtale. Med dette økte andelen som takket ja, til nesten 60 prosent.

INDIVIDUELL SAMTALE

De individuelle samtalene omhandler temaene bolig, fysisk og psykisk helse og aktivitet, kosthold, sosialt nettverk, transport, økonomi med mer. Samtalen styres etter hva den enkelte opplever som viktig, og hensikten er å skape refleksjon og bevisstgjøring rundt egen helse og hverdag. Den eldre får informasjon om kommunens tilbud om blant annet trening, hjemmetjenester og aktivitetstilbud.

Helsearbeideren vurderer i løpet av samtalen om personen bør få tilbud om en kommunal tjeneste eller kan delta på en aktivitet. Henvisning blir i så fall gjort etter samtykke fra personen. Det er viktig å kartlegge om personen har ressurser han eller hun ikke bruker. Å rekruttere til frivillig innsats er i dag nødvendig for kommunen, og vil bli enda viktigere i fremtiden.

Fra høsten 2017 har geriatrisk sykepleier hovedansvaret for gjennomføringen av samtalene. Vi ønsker å gjennomføre en brukerundersøkelse om hvorvidt seniorene gjør endringer i hverdagen etter samtalene. Det er foreløpig ikke berammet tid og form til det.

Samtidig foregår det utprøving av samarbeid med forebyggende brannvern, som arbeider systematisk og forebyggende mot personer i risikoutsatte grupper etter nasjonalfaglig retningslinje (4, 5). Det gjennomføres felles besøk til seniorer som ønsker det, i første omgang 77-åringene som får helsesamtale.

SENIORSEMINAR

Seniorseminarene gjennomføres etter mal fra Gjøvik og Hamar kommuner, som har utarbeidet Håndbok for gjennomføring av gruppemøter for seniorer (6). De arrangeres på

Tilbudet ved Helsestasjon for voksne

- Forebyggende og helsefremmende samtale ved hjemmebesøk eller på helsestasjonen.
- Råd og veiledning rundt livskvalitet og helse
- Diabetessykepleier, geriatrisk/kolsykepleier, ergoterapeut, spesialist i geriatrisk fysioterapi
- Fysio- eller ergoterapeut er tilgjengelig uten timeavtale torsdager i tidsrommet 13.30–15.30
- Formidling av enkle hjelpemidler
- Avklaring av hjelpebehov
- Informasjon om aktivitet og enkle øvelser

Kilde: www.bamble.kommune.no

kommunens rådhus, med alle ansatte til stede og maksimalt 20 deltakere på hvert seminar. Innledningsvis foregår seminaret i plenum, men deltakerne sitter i grupper på cirka fem personer, for erfaringsutveksling og refleksjon. Temaene er bolig og nærmiljø, kosthold, fysisk aktivitet og psykisk helse. Hvert tema har 30 minutters varighet, med innledning av en ansatt. Sekvensen avsluttes med en kort oppsummering i plenum.

Hoveddelen inneholder altså diskusjon og refleksjon med stikkord fra et aktuelt tema. 77-åringene evaluerer seminaret umiddelbart etter at det er slutt. En representant fra forebyggende brannvern

underviste på seniorseminarene våren 2018.

LYST PÅ LIVET

Lyst på livet er en «livscafé», der deltakerne møtes månedlig, totalt seks ganger, og er hovedsakelig drevet av frivillige sirkelledere. Det er en kort faglig innledning for hvert livsområde. Tilbud om deltakelse går ut til alle over 65 år i kommunen. Ergoterapeuten leder prosjektet innenfor arbeidstiden i Helsestasjon for voksne. Prosjektet ble avsluttet i desember 2018 og rapportering pågår.

Å delta på Lyst på livet er en mulighet for personer som ønsker å jobbe videre med livsområdene som har vært temaer i helsesamtale eller på seminar. Deltakerne arbeider systematisk i grupper, og gjør endringer ut fra hva som er viktig for hver enkelt. De bruker et arbeidshefte og en arbeidsmetode kalt Livshjulet (7). Konseptet Lyst på livet handler om å gjøre

«Personer med diabetes går til samtaler hos diabetessykepleier.»

endringer i eget liv som styrker helsen og gir livsglede. Hvordan gjøre forbedringer og få nye vaner?

Det er planer om å sette Lyst på livet i permanent drift. Seniorseminar og helsesamtaler er i så fall gode arenaer for rekruttering av nye deltakere. Ergoterapeuten ved Helsestasjon for voksne fortsetter som kontaktperson for tiltaket.

TILBUD TIL KOLSPASIENTER

Sentralt i arbeidet på helsestasjonen står forsterket innsats overfor kronikergrupper som for eksempel kolspasienter. Personalet fra Helsestasjon for voksne deltok i kols-nettverket i Telemark, et samarbeidsprosjekt mellom kommunene i fylket og Sykehuset Telemark HF ut 2016 (8). Det ble ledet av fagutviklingssykepleier og besto av 55–60 personer med ulike yrkesbakgrunn. På nettverksmøtene ble det utvekslet erfaringer, og viktige temaer ble belyst.

Arbeidet i Helsestasjon for voksne drives i et tverrfaglig team som består av ergoterapeut, fysioterapeut og geriatrisk sykepleier / kols-kontakt. Teamet er bindeledd mellom

sykehus, fastleger, hjemmetjenesten, privat fysioterapeut på fysikalsk institutt og Bamble helsehus. Kols-kontaktens rolle er veiledning og oppfølging av egenbehandlingsplan, riktig medisiner, trygging med mer. På korttidsavdelingen ved Bamble helsehus arbeider det to sykepleiere som kols-kontakten samarbeider med. Samarbeidet gir personer med nyoppdaget eller langt kommen kols et tverrfaglig tilbud med jevnlig individuell oppfølging. Målet er å redusere innleggelses og reinnleggelses (9).

Geriatrisk sykepleier / kols-kontakt på helsestasjonen følger opp personer med kols, både hjemmeboende og pasienter som skrives ut fra rehabiliterings- og korttidsavdeling. Oppfølgingen foregår ved hjemmebesøk eller samtale på helsestasjonen. Pårørende er velkommen til å delta. Til hjelp i kartleggingsarbeidet ble det utarbeidet en sjekklister for nye pasienter. Sjekklister finnes i to deler. Del 1 blir brukt ved øyeblikkelig hjelp-opphold hvor pasienten er innlagt i maksimalt tre døgn (10). Del 2 er mer utfyllende og brukes ved opphold på korttidsavdeling eller oppfølging hjemme (11).

Alle kolspasienter får en informasjonssmappe som inneholder telefonnumre og viktige brosjyrer:

- Telefonnummer til kols-linjen
- Telefonnummer til kols-teamet
- «Hvordan leve med kols» (12)
- «Aktiv med kols». Nettside med pasienthistorier, instruksjonsfilmer, råd og veiledning (13)
- Instruksjon om leppepest (14)
- Informasjon om bruk av mini-pep (14)
- Tips om trening til deg som er lungesyk

Henvisninger til kols-teamet kommer fra personer selv, fra leger, hjemmetjenesten og avdelingene ved Bamble helsehus. Kols-kontakten tar ukentlig kontakt med korttids- og øyeblikkelig hjelp-avdelingen (KAD) (15) ved Bamble helsehus for å høre om det er personer som kan ha nytte av samtale og videre oppfølging etter utskriving.

Som ressurspersoner kan teamet benytte seg av fysioterapeut ved Frisk Bris vedrørende personer i yrkesaktiv alder. Dårlige pasienter kan henvises til fysioterapeut ved fysikalsk institutt. Der tilbys individuell behandling, gruppetrening og hjemmebesøk. I tillegg kan det henvises til treningsgrupper i kommunal regi. Deltakerne på gruppene blir delt inn etter funksjonsnivå. Det henvises også til røykesluttkurs ved Frisklivssentralen. I tillegg holder sykepleier kurs i «hvordan leve med kols» i samarbeid med Frisk Bris (12).

HJELP TIL SELVHJELP

Selvhjelp Norge er et nasjonalt kompetansesenter drevet av Norsk selvhjelpsforum på oppdrag fra Helsedirektoratet (16). Som ledd i vårt tilbud om forebyggende og helsefremmende arbeid til befolkningen i Bamble ble Helsestasjon for voksne kontaktpunkt for etablering av selvhjelpsgrupper i 2015.

Alle som ønsker det, kan gå i en selvhjelpsgruppe, forutsatt at man har et problem og et behov eller ønske om å gjøre en endring. Selvhjelp Norge tilbyr igangsetterkurs for dem som ønsker det, og både igangsetterkurs og deltakelse



GIR NYTTIGE TIPS: Kursholder for seniornett Ketil Klingberg og lokal representant og pådriver for seniornett i Bamble kommune Inger Lise Nordgård holder kurs for 77-åringer i Bamble kommune. Foto: Grethe Oksholen

i selvhjelpsgrupper er gratis. De ansatte ved helsestasjonen er tilgjengelig for råd og veiledning.

VEILEDNING OM DIABETES

Det er diabetessykepleier til stede på helsestasjonen to dager i uken. Her tilbyr diabetessykepleierne veiledning i kosthold og opplæring i bruk av medisinsk utstyr. Det gjøres hudsensibilitetstester og fotsjekk med mer. Diabetessykepleier samarbeider med kommunal sårpoliklinikk, fastlegene og diabetespoliklinikken ved Sykehuset Telemark HF vedrørende medikamentoppstart, medikamentendringer, individuelle motivasjonssamtaler og ved behov for generell rådgivning fra spesialisthelsetjenesten. Nasjonalfaglig retningslinje for diabetes er retningsgivende for arbeidet (17).

Personer med diabetes går til samtaler med ulikt intervall hos diabetessykepleier. De fleste har type 2 diabetes. Disse er henvist fra fastlege, diabetespoliklinikken, Frisk Bris eller de tar kontakt selv. Pasienter kan også få hjemmebesøk, eller time på ettermiddagstid ved behov.

Diabetessykepleier har regelmessig hospitering på poliklinikken to ganger per år og jevnlig deltakelse på faglige møter. Diabetessykepleier har rådgivningsfunksjon overfor annet helsepersonell i kommunen i form av opplæring, kurs og individuell rådgivning om enkeltpasienter.

God kontakt og dialog med fastleger er en forutsetning i arbeidet. På de tidlige lærings- og mestringkursene hadde vi flere forelesere fra spesialisthelsetjenesten (18). I dag bruker vi forelesere fra Helsestasjonen og Frisk Bris, i tillegg til våre fastleger for å bedre samarbeidet ytterligere (18, 19).

SAMARBEID MED FRISK BRIS

Frisk Bris er en naturlig samarbeidspart for Helsestasjon for voksne, da begge instanser jobber med helsefremming, mestring og livsstilsendring. Vi holder felles informasjonskvelder for pasienter med diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer og kreft. Først er det felles forelesning om kosthold og aktivitet,

FAKTA

deretter undervisning i grupper. Gruppe-
ne er delt inn etter hvilken diagnose del-
takerne har, og undervisningen er tilret-
telagt for hver gruppe. Vi har arrangert
slike informasjonskvelder siden 2015.
For personer med diabetes og kols sam-
arbeides det tett for å skreddersy opp-
følging for den enkelte. Vi samarbeider
også med Porsgrunn og Skien kommuner
om slike kurs. Det siste året har kur-
sene vært arrangert i Sykehuset Tele-
marks lokaler.

Diabetessykepleier og fysioterapeut
ved Frisk Bris har siden november 2016 fulgt en gruppe
personer med diabetes over lengre tid. Dette innebærer
hyppige samtaler og individuell og tverrfaglig oppfølging.
Samtalene inneholder veiledning om kosthold, aktivitet
og gjennomgang av medikamenter. I tillegg er det fokus på
hvordan personen opplever hverdagen med diabetes, og
hvor krevende den enkelte synes det er å leve med kronisk
sykdom. Det brukes ulike parametere som HbA1c, vekt, BT,
kondisjonstest, livvidde og kolesterol. Testene tas ved opp-
start, etter tre, seks og tolv måneder. Målet er varig livs-
stilsendring og bedre egenopplevd helse ved hjelp av hyp-
pigere oppfølgingssamtaler.

HJEMMEBESØK ERSTATTET POLIKLINIKK

På forespørsel fra Sykehuset Telemark HF ble det i januar 2016
opprettet geriatrisk poliklinikk i helsestasjonen. Forsøksvis
ble det satt en prøveperiode på tre måneder med forlengelse.
En lege fra sykehuset arbeidet ved kommunens poliklinikk, og
kommunen omprioriterte følgende ressurser: 20 prosent sy-
kepleier med utdanning i demens, 20 prosent ergoterapeut,
spesialist i allmenntilleggsmedisin og 10 prosent fysioterapeut, i til-
legg til det eksisterende tilbudet i helsestasjonen. Hensvinnin-
gene til teamet gjaldt kognitive utredninger, kjørekortvurde-
ringer ved mistanke om kognitiv svikt, kontroll av igangsatt
behandling, fallutredning, medikamentjustering og vurdering
av polyfarmasi. Poliklinikken var åpen for henvisning og time-
bestilling to dager i måneden.

Geriatrisk poliklinikk ble avsluttet i juni 2018 og erstattet
med kartlegging og vurdering i hjemmet, i pasientens kjente
miljø. En ergoterapeut ble ansatt som demenskoordinator i
full stilling i 2017. Det ble supplert med en sykepleier i 10 pro-
sent stilling i 2018. Begge har videreutdanning innenfor dem-
ens. Nasjonalfaglig retningslinje har vært, og er, styrende
for arbeidet (20).

Samtidig med oppstart av poliklinikken ble de ansatte i Hel-
sestasjon for voksne bedt om å arrangere pårørendeskole om
demens (21). Ergoterapeut og sykepleier planla, gjennomførte
og evaluerte pårørendeskolen. Det ble brukt både interne og
eksterne forelesere og flere interne gruppeledere. Pårørende-
skolen er et tilbud til kommunens befolkning som fra høsten
2018 arrangeres hvert halvannet år.

Bamble kommune har gjennom tiltakene i Helsestasjon for
voksne fulgt opp sentrale føringer. Driften er grundig evaluert

Kols-sykepleieren jobber med:

- Forebygging
- Opplæring, råd og veiledning i bruk av inhalasjonsmedikamenter og O2
- Kartlegging av hjelpebehov
- Hvordan leve godt med kronisk sykdom?
- Hjemmebesøk etter avtale
- Samarbeid med Frisk Bris, fastlege, Sykehuset Telemark, lungepoliklinikken

Kilde: Bamble.kommune.no

og kontinuerlig endret, samtidig som an-
sattressurser er omprioritert for å ivare-
ta tiltakene rettet mot behovene i befol-
kningen. ●

REFERANSER

1. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 17.12.2018).
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted- til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
3. Klungerbo B, Bredland E, Sødal AB, Nervik T. Samtaleguiden for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Trondheim: Infoseret for seniorer; 2013. Tilgjengelig fra: http://www.utviklingscenter.no/getfile.php/2341239.1875.ydpaxvrawq/Samtaleguide+2012%2C+Trondheim_ny.pdf (nedlastet 17.01.2019).
4. Helsedirektoratet. Veileder. Samarbeid mellom kommunale tjenesteytere om brannikkerhet for risikoutsatte grupper. Oslo: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/veiledere-handboker-og-informasjonsmaterieill/veiledere/samarbeid-mellom-kommunale-tjenesteytere-om-brannikkerhet-for-risikoutsatte-grupper.pdf> (nedlastet 17.12.2018).
5. Forskrift 1. januar 2016. Veiledning til forskrift om brannforebygging. Versjon 1.0. Tilgjengelig fra: <http://www.tjenestekatalog.no/vis/80060409/Veiledning+til+forskrift+om+brannforebygging.pdf> (nedlastet 03.05.2018).
6. Utviklingscenter for sykehjem. Oppland. Utviklingscenter for hjemmetjenester. Hedmark. Håndbok for gjennomføring av gruppemøter til 77-åringer. Helsefremmende og forebyggende tilbud til eldre. Utviklingscenter for sykehjem: Hamar og Gjøvik; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.gjovik.kommune.no/globalassets/dokumenter/helse-og-omsorg/65/handbok.pdf> (nedlastet 17.12.2018).
7. Folkehelseinstituttet. Om Lyst på livet [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 13.11.2015 [oppdatert 06.11.2018; sitert 03.05.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/lyst/om-lyst-pa-livet/>
8. Sykehuset Telemark. Kols – Kronisk obstruktiv lungesykdom [internett]. Skien: Sykehuset Telemark [oppdatert 06.12.2017; sitert 03.05.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.sthf.no/behandlinger/kols-kronisk-obstruktiv-lungesykdom>
9. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Kols. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2029. Tilgjengelig fra: <https://helseidirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalfaglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols> (nedlastet 07.02.2019).
10. Solstad T. Sjekklister for KOLS, del 1. Utarbeidet av Trine Solstad. Bamble: 2015. Upublisert
11. Solstad T. Sjekklister for KOLS, del 2. Utarbeidet av Trine Solstad. Bamble: 2015. Upublisert
12. Solstad T. Hvordan leve med KOLS? Forelesning utarbeidet av Trine Solstad, Bamble: 2015. Upublisert.
13. Boehringer Ingelheim Norway KS. Brosjyre. Aktiv med kols. 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.aktivmedkols.no> (nedlastet 03.05.2018).
14. Kleven-Skrettingland SA. Instruksjon om leppepust og bruk av mini-pep. Informasjonsmaterieill utarbeidet av Siv Aina Kleven-Skrettingland. Bamble: 2015. På bakgrunn av brosjyren: Å leve med lungesykdom fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Tilgjengelig fra: <https://www.lhl.no/globalassets/brosjyrer-og-dokumenter/informasjonsbrosjyrer/a-lev-med-lungesykdom.pdf> (nedlastet 03.05.2018).
15. Norsk forening for allmenntilleggsmedisin. Den norske legeforening. Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). Oslo: 2014. Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/PageFiles/176624/1405079%20KAD%20veileder.pdf> (nedlastet 03.05.2018).
16. Selvhjelp Norge. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp. Oslo: Selvhjelp Norge. Tilgjengelig fra: <http://www.selvhjelp.no/> (nedlastet 03.05.2018).
17. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 12.09.2018; sitert 03.05.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helseidirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
18. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Lærings- og mestringssentre i helsefor-
etaken [internett]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse; 15.03.2013 [opp-
datert 10.12.2018; sitert 03.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laerings-og-mestringssentre-i-helseforetakene/>
19. Holth J. Hvordan leve med diabetes? Forelesning utarbeidet av Jorunn Holth, Bamble: 2016. Upublisert.
20. Helseidirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo: Helseidirektoratet; 18.08.17. IS-2658. Tilgjengelig fra: <https://helseidirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalfaglig-retningslinje-om-demens> (nedlastet 03.05.2018).
21. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. Demens. Sem: 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/> (nedlastet 03.05.2018).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett
til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke
telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Grethe Oksholen

Spesialist i geriatrisk fysioterapi,
Bamble helsehus – Helse og omsorg

A skrive en fagartikkel gir mulighet til videreutvikling av kommunens tjenester ved at man tar et tilbakeblikk på endringer man selv har bidratt til. Å publisere artikkelen gjør systematisk, godt arbeid kjent blant andre faggrupper.

SE HELE INDIVIDET

For å nå frem med fag- og tjenesteutvikling må vi samhandle med andre. Vi kommer ingen vei ved å arbeide alene, verken som fagpersoner eller innenfor tjenesteområdene i kommunen. For sykepleiere er det viktig å se hele individet de jobber

med, og å hen vise til andre når de selv kommer til kort – det gjelder jo oss alle!

KOMPETANSEUTVIKLING

I dag arbeider jeg blant annet med et utkast til en ny artik-

«Vi kommer ingen vei ved å arbeide alene.»

kel. Den omhandler kompetanseutvikling i Bamble kommune, og beskriver hvordan man, med knappe ressurser, har gått frem for å øke kompetansen til ansatte i en kommunal hverdag. ●

sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer i
forfatter-
veiledningen



FAGGRUPPENE

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Er du faglig oppdatert innen geriatri og demens?

Å være sykepleier er en livslang reise på vei mot ny kunnskap. NSF's faggruppe for sykepleiere i fagområdet geriatri og demens ønsker å hjelpe sykepleiere til å tilegne seg mest mulig kompetanse. Faggruppen er slagkraftig, med over 2500 medlemmer med et stort engasjement for eldreomsorg.

Vi ønsker å bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Det blir arrangert konferanser, fagseminarer og fagkvelder for å bidra til engasjement og kunnskapsutvikling i sykepleiefaget på nasjonalt og lokalt nivå. Vi har lokalgrupper eller kontaktpersoner i alle landets fylker.

Vi ønsker å bidra til at de beste og mest kompetente sykepleierne velger å arbeide i

geriatrien for å sikre en god og trygg eldreomsorg. Den geriatriske pasienten har ofte et komplekst og atypisk symptombilde på grunn av redusert reservekapasitet i organene og flere kroniske sykdommer.

Faggruppen gir ut fagtidsskriftet *Geriatrisk sykepleie*, som formidler relevant forskning og gode prosjekter. I tidsskriftet finner man blant annet fagfelleverderte artikler innen geriatri, som bidrar til å øke kompetansen.

Vi deltar på høringer fra Helsedirektoratet og er ofte representert sammen med bruker- og interesseorganisasjoner i fora der fremtidens helsetjenester utformes. På nasjonalt nivå formidler vi forsknings- og erfaringsbasert kunnskap på konferanser, og lokalt er fagseminarer viktige møteplasser for engasjerte medlemmer. I helsedebatten er din og min stemme

viktig, og gjennom medlemskap i faggruppen kan du sammen med oss være med på å opplyse, påvirke og utvikle et helsetilbud vi i fremtiden kan være stolte av.

INSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens kan alle NSF's medlemmer som har interesse for eldreomsorg og eldrehelse, bli medlem. Prisen er 400 kroner per år for vanlige medlemmer, 200 kroner per år for pensjonistmedlemmer og gratis for bachelorstudenter ut det året de er ferdig med studiene.

Som medlem får du fagtidsskriftet *Geriatrisk sykepleie* tilsendt i posten to ganger i året, og du vil også motta et nyhetsbrev med aktuelle saker fire ganger i året og tilbud om fagseminarer og konferanser som er gratis eller til en svært gunstig pris. Du melder deg enkelt inn ved å sende kodeordet GERIATRI til 02409.

ANNONSE



Pascoflair®
425 mg

Lindrer mild uro - letter innsovning

- Ingen påvist fysisk avhengighet
- Ingen residualeffekt (hangover) rapportert
- Godkjent for ungdom over 12 år

Pascoflair® kan dempe mild uro og lette innsovning. **Virkestoff:** Ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) - hele 425 mg per tablett. Virker i løpet av 30 minutter. Pakning på 30 tabletter. Pascoflair® kan kjøpes reseptfritt på apoteket. For mer informasjon se: www.pascoflair.no

Reseptfritt legemiddel

Dosering:
Søvnproblemer: 1–2 tab. en halvtime før leggetid
Stress og uro: 2–3 tab. jevnt fordelt utover dagen
Maksimum 3 tabletter pr. døgn.

vitusapotek+ APOTEK 1

Pascoflair 425 mg anbefales ikke til gravide og ammende, eller til barn under 12 år. Oppbevares utilgjengelig for barn. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. For ytterligere informasjon henvises det til apotek eller lege. Markedsføres av Norges NaturmedisinSentral as, Terminalen 9 - 3414 Lierstranda - Telefon: 32 24 05 50.

HOVEDBUDSKAP

Verdighetscenterets etterutdanning Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME) har til hensikt å øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell i møte med akutt og alvorlig syke gamle. Det ble utført en evalueringsstudie tre måneder etter fullført utdanning. Resultatene viste blant annet at deltakerne følte seg tryggere, både faglig og i utførelsen av praktiske prosedyrer. Den samlingsbaserte, tverrfaglige etterutdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

NØKKELORD:

► Tverrfaglighet ► Akuttmedisin ► Etterutdanning ► Eldreomsorg ► Prosedyretrening

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2018.74579

Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere

Verdighetscenterets etterutdanning Akuttmedisinsk eldreomsorg skal øke kompetansen til fagutdannet helsepersonell. Denne undersøkelsen viser at utdanningen har høy relevans for ansatte i eldreomsorgen.

Hensikten med Verdighetscenteret er å skape en verdig alderdom for sårbare gamle. Det er en grov krenkelse av verdigheten at gamle syke og døende blir transportert til og fra sykehus i deres siste levetid (1, 2). En viktig forutsetning for å forebygge at dette skjer, er at kompetansen blant de ansatte i eldreomsorgen blir styrket.

Verdighetscenteret foretok i 2015 en evaluering av etterutdanningen «Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom» (OLS). OLS hadde til hensikt å styrke kompetansen til ansatte i eldreomsorgen innen palliasjon og demens. Evalueringen viste blant annet at deltakerne ble tryggere på å ivareta pasienter og pårørende ved livets slutt, men at de ønsket å lære mer om akutt og alvorlig sykdom hos eldre (ikke publiserte data).

Dette gjenspeiler også konsekvensene ved innføring av samhandlingsreformen (3). Den har ført til at pasienter utskrives tidligere fra sykehus, og at flere dør på sykehjem (4). De gamle er sykere, har økt behov for medisinsk behandling og har mer sammensatte problemer ved utskrivelsen til kommunehelsetjenesten enn for bare få år siden (4, 5).

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

I tillegg øker generelt andelen eldre i befolkningen. Eldre

FORFATTERE


Gro Helen Dale
Faglig leder, Verdighetscenteret



Silje Bergliot Eikemo
Leder, Avdeling Helse & Omsorg, Verdighetscenteret

er ofte multimorbide og bruker flere legemidler enn tidligere (6–8). Dette har medført et økt krav til kompetanse blant helsepersonell på sykehjem og i hjemmetjenesten. Bing-Jonsson og medarbeidere påviste i 2016 store kunnskapshull innen flere områder i kompetansen til ansatte i eldreomsorgen (9). Samlet sett har dette resultert i at Verdighetscenteret valgte å utvikle en

ny etterutdanning for fagutdannet helsepersonell: Akuttmedisinsk eldreomsorg (AME).

Vi foretok fortløpende evaluering av AME som blant annet viste at vi traff med hensyn til faglig nivå og innhold. Vi ønsket i tillegg å belyse hvilken effekt utdanningen hadde på lengre sikt for deltakerne og foretok derfor en ytterligere evaluering tre måneder etter avsluttet utdanning. Resultatene av denne sluttevalueringen presenteres her.

UTFØRTE EN EVALUERINGSSTUDIE

Målet med evalueringsstudien var å undersøke om deltakerne på AME hadde hatt nytte av etterutdanningen på lengre sikt når det gjelder både faglig og praktisk kompetanse, herunder å avdekke eventuelle utilsiktede effekter av utdanningen.

Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både



POSITIVE EFFEKTER: Økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben var en av de uventede positive effektene av AME, ifølge artikkelforfatterne. Illustrasjon: Mostphotos

kvantitative og kvalitative data. Det ble brukt et elektronisk spørreskjema bestående av obligatoriske, lukkede spørsmål med graderte svarmuligheter. Det var åpne og valgfrie spørsmål, og det var mulig å svare i utfylende setninger.

Svarene på de åpne spørsmålene ble gjennomgått systematisk for å identifisere eventuelle overordnede temaer som gikk igjen blant deltakernes ordvalg og formuleringer, som for eksempel ord som «tryggere» og «trygghet». Skjemaet ble sendt deltakerne cirka tre måneder etter avsluttet etterutdanning, og svarene var anonyme. Totalt 122 personer fullførte AME i 2017. Alle ble tilsendt evalueringsskjemaet, og det ble oppnådd en svarprosent på 80 prosent.

KARTLEGGING GJENNOM SPØRRESKJEMA

Siden AME var tverrfaglig, ønsket vi å kartlegge deltakernes utdanning i spørreskjemaet. Vi ba dem om å svare på utsagn omkring faglig trygghet og trygghet ved praktiske prosedyrer etter fullført utdanning. De hadde også anledning til å kommentere utsagnene. Vi spurte dessuten om deltakerne hadde begynt å utføre noen prosedyrer oftere enn før som følge av AME, og i så fall hvilke.

Videre spurte vi om deltakelsen på AME hadde fått noen spesielle konsekvenser for deltakerne og/eller jobben, og om de kunne komme med konkrete eksempler på situasjoner hvor de hadde hatt nytte av utdanningen. Vi spurte

også om nytten av utlevert studiemateriell, om de ville anbefale AME til andre, og om deltakerne fikk dekket utgiftene i forbindelse med etterutdanningen. Svarene på disse spørsmålene blir ikke presentert her.

KUNNSKAPSBASERT UNDERVISNING

Akuttmedisinsk eldreomsorg ble startet i januar 2017 og besto av to samlinger à tre dager som foregikk over ett semester i Bergen. To tredjedeler av undervisningen var teoretisk, med forelesninger, visning av film og gjennomgang av pasienthistorier med påfølgende diskusjon. Sentralt sto også etisk refleksjon om blant annet behandling kontra overbehandling.

En tredjedel av undervisningen var praktisk prosedyretrening. Foreleserne var intensivsykepleiere og en lege med bred og lang klinisk erfaring. Det ble også samarbeidet tett med erfarne spesialsykepleiere fra intensiv- og overvåk-

«Vi utførte en evalueringsstudie med innhenting av både kvantitative og kvalitative data.»

ningsavdelinger ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland universitetssjukehus. Spesialsykepleierne var med som veiledere i prosedyretreningen.

Det ble lagt stor vekt på at undervisningen var kunnskapsbasert. De aktuelle temaene og prosedyrene kan ses

i tabell 1. Valget ble foretatt dels på bakgrunn av funn i OLS-evalueringen og studien til Bing-Jonsson og medarbeidere, dels ut fra undervisernes egne kliniske erfaringer og en uformell forespørsel i vårt faglige nettverk. Enkelte prosedyrer var valgfrie (blodsuktermåling og lungestetoskopi), mens resten var obligatoriske. Sykepleiere og helsefagarbeidere fikk samme undervisning og anledning til å øve på samme prosedyrer. Det ble presisert at opplæring i prosedyrer ikke medførte sertifisering.

FUNN FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

Sammensetningen av deltakernes utdanning i evalueringsstudien (n = 98) ses i figur 1. Tabell 2 viser at 93 prosent av deltakerne var delvis eller helt enig i utsagnene om økt faglig trygghet og trygghet på praktiske prosedyrer etter fullførelse av AME. Ordene «tryggere» og «trygghet» ble i tillegg brukt uoppfordret av 36 prosent i de åpne kommentarfeltene. Eksempler på kommentarer fra deltakere: «Tryggere i arbeidsdagen min (som sykepleier), da vi ikke har lege på sykehjemmet og må ta en del vurderinger selv før lege tilkalles» og «I min jobb som hjelpepleier føler jeg meg tryggere og sikrere når jeg skal assistere sykepleieren i praktiske prosedyrer».

50 prosent svarte «ja» på spørsmålet: «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før som følge av AME?» Seks prosent svarte «vet ikke», men nevnte likevel flere prosedyrer. Figur 2 viser hvilke prosedyrer det dreide seg om. 75 prosent av respondentene var sykepleiere/spesialsykepleiere, mens resten var hjelpepleiere/helsefagarbeidere med eller uten spesialisering.

De tre mest brukte prosedyrene var for sykepleierne måling av blodtrykk (BT) og oksygenmetning i blodet (saturasjon, SpO₂), innleggelse av permanent urinkateter og nevrologisk undersøkelse. De tilsvarende prosedyrene for helsefagarbeiderne var BT- og SpO₂-måling, 12-avlednings-EKG og nevrologisk undersøkelse/blodsuktermåling (delt tredje plass).

DELTAKELSE FØRTE TIL DISKUSJONER

På spørsmålet «Har deltakelsen på AME hatt noen spesielle konsekvenser for deg og/eller jobben din?» rapporterte 30 prosent at de nå utførte grundigere undersøkelser før de kontaktet lege eller AMK. De hadde bedre kommunikasjon med lege og AMK og opplevde å bli tatt mer på alvor av lege og AMK.

Tjuefem prosent hadde bidratt til direkte og/eller indirekte spredning av kunnskap på arbeidsplassen, for eksempel undervisning av kolleger, økt rådgivning/veiledning og faglige diskusjoner. Eksempel på utsagn fra en deltaker: «Vi har hatt undervisning til resten av personalet i infeksjoner, sepsis og hjertesvikt. Det var godt motatt. UVI, pneumoni og hjerneslag er kommet på plakaten til neste undervisning.»

En annen deltaker sa dette: «Vi er flere i min avdeling som har deltatt, eller deltar nå. Vi har viktige diskusjoner nesten daglig!» og «Økt kompetanse i avdelingen har ført

til at pasientene behandles lenger i avdelingen før eventuell overflytting til sykehusavdelingen [...]»

ØKT YRKESSTOLTHET OG MOTIVASJON

Seks prosent rapporterte at deltakelsen på AME hadde medført økt yrkesstolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Andre konsekvenser av deltakelsen på AME var lønnsøkning, økt tillit som helsefagarbeider, innføring av palliativ plan / beslutningsnotat på alle pasienter på sykehjemmet, deltakelse i kommunens palliative gruppe og nettverksbygging.

Et par respondenter rapporterte at arbeidsgiveren hadde ment at utdanningen ikke var relevant for deltakerens

«En deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.»

jobb på sykehjemsavdelingen, og at ønsket om større ansvar på arbeidsplassen ikke ble imøtekommet. En deltaker foreslo at utdanningen burde bli delt opp med sykepleiere og helsefagarbeidere hver for seg.

På spørsmålet «Var det noen temaer du savnet i undervisningen?» ble blodprøvetaking og hjerte-lunge-redning spesielt fremhevet (7 prosent).

NYTTEVERDIEN AV AME

På spørsmålet «Kan du gi et konkret eksempel på en situasjon hvor du har hatt nytte av det du lærte på AME?» rapporterte 12 prosent at de hadde oppdaget tegn på sepsis tidlig. Sju prosent ga som eksempel at de hadde utført lungestetoskopi og avdekket tidlige tegn på pneumoni. Andre ga som eksempel at de hadde lagt inn PVK (7 prosent) eller utført nevrologisk undersøkelse og funnet tegn på hjerneslag (3 prosent).

Noen deltakere (3 prosent) opplyste at etterutdanningen hadde satt søkelyset på korrekt utførelse av prosedyrer på arbeidsplassen. En annen konsekvens var tildeling av en ny arbeidsoppgave: nedleggelse av nasogastrisk sonde. Denne prosedyren ble tidligere kun utført av en lege. Noen hadde brukt kunnskapen fra utdanningen i forbindelse med terminalpleie eller assistanse på palliativ avdeling (3 prosent). En rekke andre eksempler ble også gitt.

FLERTALLET FØLTE SEG TRYGGERE I ARBEIDET

Et klart flertall av deltakerne følte seg tryggere, både faglig og ved praktiske prosedyrer etter gjennomføringen av AME. Dette var en ønsket effekt og tyder på at undervisningen var relevant og lagt på et passende nivå.

Femti prosent svarte at de – som følge av AME – hadde begynt å utføre prosedyrer oftere enn før. Dette har sannsynligvis sammenheng med økt oppmerksomhet på tidlig identifisering av sykdomsforverring og rask iverksetting av tiltak og behandling for å forhindre komplikasjoner.

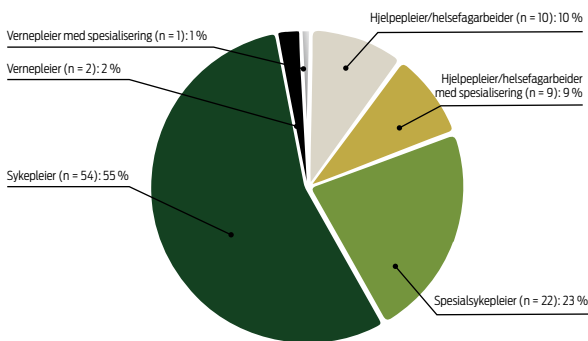
Blant deltakerne som svarte på spørsmålet «Har du begynt å utføre noen praktiske prosedyrer oftere enn før, som

Tabell 1. Oversikt over oppbygningen av etterutdanningen

	TEORETISK UNDERVISNING	PRAKTISK PROSEDYREØVING
SAMLING 1 (3 dager)	Antibiotikabehandling og anafylaksi Forhåndssamtale og palliativ plan Infeksjoner Oksygenbehandling Respirasjons- og sirkulasjonsvikt Teoretisk gjennomgang av prosedyrer: Iv. antibiotikabehandling Stell av SVK	Permanent urinkateter (mann/kvinne) 12-avlednings-EKG, BT- og SpO2-måling, volumpumpe PVK
SAMLING 2 (3 dager)	Diabetes, type 1 og 2 Ernæring Hjerneslag og epilepsi ALS og MS Nyresvikt Væskebehandling og elektrolyttforstyrrelser Smarter og smertebehandling	Blodsukkermåling (valgfri prosedyre) Ernæringspumpe Nasogastrisk sonde Neurologisk undersøkelse Im. og sc. injeksjoner Smertepumpe, bruk av butterfly Lungestetoskopi og PVK (valgfrie prosedyrer)

Forkortelser: ALS = amyotrofisk lateral sklerose; BT = blodtrykk; EKG = elektrokardiogram; Im. = intramuskulær; Iv. = intravenøs; MS = multiplett sklerose; PVK = perifer venekanyle; sc. = subkutan; SpO2 = saturasjon; SVK = sentralt venekateter.

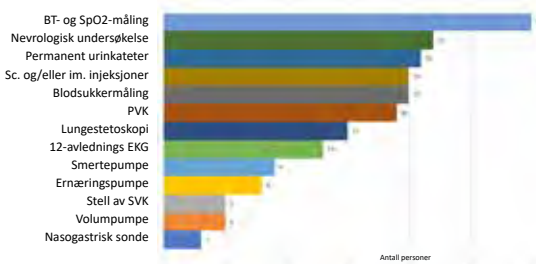
Figur 1. Sammensetning av deltagerne i evalueringsstudien (n = 98) utdanning



Tabell 2. Oversikt over deltakernes (n = 98) svar på utsagn om faglig trygghet og trygghet på praktiske prosedyrer

SPØRSMÅL	SVARMULIGHET				
	Helt uenig	Delvis uenig	Verken/eller	Delvis enig	Helt enig
«Jeg føler meg faglig tryggere i jobben min etter å ha fullført AME.»	0 (0%)	0 (0%)	7 (7%)	49 (50%)	42 (43%)
«Jeg føler meg tryggere på praktiske prosedyrer i jobben min etter å ha fullført AME.»	0 (0%)	0 (0%)	7 (7%)	50 (51%)	41 (42%)

Figur 2. 50 prosent (n = 55) av deltakerne hadde begynt å utføre prosedyrer oftere enn før som følge av AME. Figuren viser hvilke prosedyrer det dreide seg om (hver deltaker kunne velge å markere flere prosedyrer)



Forkortelser: BT = blodtrykk; EKG = elektrokardiogram; im. = intramuskulær; PVK = perifer venekanyle; sc. = subkutan; SVK = sentralt venekateter.

følge av AME?», var 75 prosent sykepleiere eller spesialsykepleiere. En mulig forklaring på denne fordelingen er at sykepleiere i større grad enn helsefagarbeidere konsentrerer seg om å utføre systematiske observasjoner og aktuelle prosedyrer etter AME.

Samtidig kan det være at helsefagarbeidere hadde fått et bedre klinisk blikk og tidligere avdekket sykdomsforverring og varslet sykepleiere, uten nødvendigvis å ha utført prosedyrer som for eksempel BT-måling først. Dette forholdet ble ikke kartlagt i studien, men hadde vært interessant å se nærmere på.

BLE BEDRE PÅ PROSEDYRER

Prosedyren som i størst grad ble utført oftere som følge av AME, var BT- og SpO2-måling. Dette er ikke overraskende siden BT- og SpO2-måling er en grunnleggende undersøkelse ved enhver akutt og alvorlig sykdom. Det vitner om mer oppmerksomhet rundt tidlig oppsporing av sykdomsforverring.

Neurologisk undersøkelse var også blant de tre hyppigst utførte prosedyrene. Dette er heller ingen overraskelse siden de fleste ikke kunne utføre en neurologisk undersøkelse i forveien. Deltakerne på AME jobber med en pasientgruppe som er utsatt for hjerneslag (10), og prosedyren hadde derfor høy relevans.

Ved evaluering av utdanninger vil man vanligvis konsentrere seg om å undersøke de forventede effektene, men også uventede, viktige effekter kan oppstå (11). De forventede positive effektene av AME handlet om økt trygghet, både faglig og praktisk. Videre handlet de om utførelse av grundigere undersøkelser før kontakt av lege/AMK, bedre kommunikasjon til og opplevelse av å bli tatt mer på alvor av lege/AMK.

I tillegg kunne deltakerne ved gjennomført etterutdanning oppdage sykdomsforverring tidligere, og de reflekterte mer over etiske problemstillinger omkring behandlingsnivå.

UVENTEDE POSITIVE EFFEKTER

De uventede positive effektene var for eksempel uoppfordret spredning av kunnskap på egen arbeidsplass som mulig har økt kompetansen til flere ansatte i eldreomsorgen, og ikke kun deltakerne på AME.

Andre uventede positive effekter blant deltakerne på AME var økt yrkes stolthet og motivasjon til å fortsette i jobben. Dette er viktig i en tid hvor tendensen er at ansatte i helsevesenet er utsatt for et stort press med høy arbeidsbelastning og stort sykefravær (12). Lønnsøkning og større tillit som helsefagarbeider var også positive uventede effekter, som kan tyde på økt verdsetting av ansatte i eldreomsorgen og et mulig styrket tverrfaglig samarbeid.

Blant uventede negative effekter ble det sett at enkelte arbeidsgivere ikke anerkjente deltakernes beslutning om å ta etterutdanningen, og deltakerne fikk ikke mer ansvar eller nye oppgaver selv om de følte seg klar for dette. Slike tilbakemeldinger kan skyldes ulike forhold, både

på individ- og systemplan, som for eksempel ulik prioritering av ressurser i kommunene, og vil ikke bli diskutert nærmere her.

NYTTIGE TILBAKEMELDINGER

Det ble nevnt at Verdighetsenteret burde tilby separat utdanning for henholdsvis sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi erkjenner at det er ulik oppgave- og ansvarsfordeling mellom disse yrkesgruppene. Men slik bemanningen er i eldreomsorgen, er tverrfaglig samarbeid avgjørende for at pasienten skal kunne bli godt ivaretatt (13, 14). Dette samarbeidet vil, etter vår mening, bedres hvis de forskjellige faggruppene har innsikt i og forståelse for hverandres oppgaver og ansvar.

Et eksempel er innleggelse av perifer venekanyler (PVK) og administrering av intravenøse (iv) medikamenter og væske. Selv om dette er sykepleieroppgaver er det nødvendig at helsefagarbeideren også kan identifisere infeksjonstegn fra innstikkssted, for eksempel under stell. Av evalueringen fremkom det dessuten at helsefagarbeiderne ikke syntes det faglige nivået var for høyt, og de hadde stort utbytte av utdanningen.

Det ble ikke kartlagt hva deltakerne mente om at utdanningen var tverrfaglig sammensatt. Ut fra en samlet vurdering av besvarelsene på evalueringsskjemaet og muntlige tilbakemeldinger fikk vi et klart inntrykk av at den tverrfaglige deltakelsen var verdifull.

ET NASJONALT TILBUD

I denne studien ble det ikke systematisk samlet inn opplysninger om ansettelsessted og arbeidserfaring. Slike opplysninger kunne blant annet ha avdekket om relevansen av AME varierte mellom ulike arbeidssteder, og om det var sammenheng mellom interessen for AME og deltakernes arbeidserfaring.

Det ble imidlertid foretatt en muntlig presentasjonsrunde på første samling, hvor disse opplysningene delvis ble kartlagt: De fleste var ansatt på sykehjem og/eller i hjemmesykepleien, men enkelte var ansatt i spesialisthelsetjenesten, og både nyutdannede og personer med over 30 års erfaring deltok uten noen klar tendens til overrepresentasjon.

Hvis effekten av AME hadde vært gjort som del av en intervensjonsstudie, kunne man blant annet ha avdekket eventuelle reduksjoner i antall sykehusinnleggelse og økt bruk av intravenøs væske og antibiotikabehandling i kommunehelsetjenesten, slik Romøren og medarbeidere har gjort (15).

AME ble tilbudt på et nasjonalt plan. Fordelen med denne modellen var at utdanningen ble lettere tilgjengelig for helsepersonell, og dermed fikk et større nedslagsfelt. Deltakerne kom da også fra hele landet: 67 kommuner fordelt på 17 fylker.

ET NYTTIG TILBUD

Evalueringen av AME i 2017 viste at fagutdannet helsepersonell ansatt i eldreomsorgen følte seg tryggere og bedre rustet til å håndtere de akutt og alvorlig syke

gamle. Verdighetsenteret har nå opprettet AME som et fast tilbud og jobber kontinuerlig med videreutvikling og forbedring.

Det ble blant annet holdt et to dagers oppfølgingsseminar høsten 2018 med gjennomgang av nye temaer og prosedyrer (hjerne-lunge-redning, etikk og scenarietrening i akutt og alvorlig sykdom), som tidligere deltakere hadde etterspurt. Forhåpentligvis fortsetter ansatte og arbeidsgivere i eldreomsorgen å se AME som et nyttig tilbud og som passende for dem som ikke ønsker eller har mulighet for å ta en videreutdanning eller master på fagområdet.

Sykepleien opplyser om at Silje B. Eikemo og Gro Helen Dale er ansatt ved Verdighetsenteret.

REFERANSER

1. Husebø S, Husebø B. Omsorg ved livets slutt. I: Husebø S, Sætrang M, red. En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt. 1. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s. 21–35.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Regjeringen.no; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/> (nedlastet 11.02.2019).
3. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 11.02.2019).
4. Bruvik F, Drageset J, Abrahamson JF. Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepl. Forsk. 2017 aug;(60613):e-60613. DOI: 10.4220/Sykepleief.2017.60613
5. Helsetilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Oslo; 2016. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter/2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf (nedlastet 11.02.2019).
6. Tønnessen M. Aldring i Norge. Sosiologi i dag. 2015;45(3):7–23.
7. Husebø B, Flo E. Leder – Alders- og sykehjemsmedisin. Omsorg. 2015;(1):3–4.
8. Maher, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):1–11.
9. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing; 2016;15(1). DOI: 10.1186/s12912-016-0124-z
10. Wyller TB. Hjerneslagsykdommer. I: Geriatri En medisinsk lærebok. 2. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 320–45.
11. Guskey TR. Evaluating professional development. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000.
12. Norsk Sykepleierforbund. Arbeidsmiljø i helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/113675/17073/Generell-artikkel-om-arbeidsmiljo-i-helsetjenesten> (nedlastet 04.05.2018).
13. Gautun H, Bratt C. Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Velferdsforskningssinstituttet NOVA; 2014. NOVA-rapport 14/2014.
14. Norsk senter for menneskerettigheter. Menneskerettigheter i norske sykehjem. Oslo: Nasjonal institusjon for menneskerettigheter ved UiO; 2014. Temarapport 2014.
15. Romøren M, Gjelstad S, Lindbæk M. A structured training program for health workers in intravenous treatment with fluids and antibiotics in nursing homes: A modified stepped-wedge cluster-randomised trial to reduce hospital admissions. PLoS One. 2017;12(9):1–21.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Gro Helen Dale

Faglig leder,
Verdighetsenteret

Kollega Silje Bergliot Eikemo og jeg skrev denne fagartikkelen fordi vi syntes det var viktig å vise nytten av den nye etterutdanningen i akuttmedisinsk eldreomsorg for ansatte i eldreomsorgen. *Sykepleien* har mange lesere som kunne være interessert i en slik artikkel.

HØYERE STATUS

De sårbare gamle er en kompleks pasientgruppe, preget av blant annet multimorbiditet, polyfarmasi og et stort behov for pleie og omsorg.

Sykepleiere og helsefagarbeidere trenger høy faglig kompetanse for best mulig å kunne ivareta disse pasientene.

Det bør knyttes høyere status til det å jobbe med sårbare gamle i primærhelsetjenesten.

PALLIATIV PLAN

Jeg er opptatt av at enda flere får øynene opp for bruken av for-

«De sårbare gamle er en kompleks pasientgruppe.»

håndssamtaler og palliativ plan på sykehjem. Dette er verktøy som kan være med på å bidra til en verdig alderdom og en god avslutning på livet for den gamle, og samtidig være en beslutningsstøtte for helsepersonellet omkring pasienten og dennes pårørende. ●



KLINISK BAKGRUNNSINFORMASJON: Når en akutt syk sykehjemspasient skal undersøkes og behandles av leger som ikke kjenner pasienten, er det viktig at tilstrekkelig pasientinformasjon er tilgjengelig. Illustrasjonsfoto: Syda Productions / Mostphotos



FORFATTERE

Ingrid Rolfsjord
Fastlege,
Harbitzalléen legesenter

Ibrahimu Mdala
Statistiker, Allmennmedisinsk
forskningsenhet, Avdeling for
allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Jørund Straand
Professor og avdelingsleder,
Allmennmedisinsk forskningsenhet,
Avdeling for allmennmedisin,
Universitetet i Oslo

NØKKELORD

- ▶ Sykehjem ▶ Journal ▶ Legevakt
- ▶ Behandlingsintensitet ▶ Sykebesøk

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.75498

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I Oslo er Allmennlegevaktens ansvarlig for sykebesøk når sykehjemlegen er utilgjengelig. Vaktlegene har meldt tilbake at det er svært variabelt hvilke pasientopplysninger de mottar om pasientene.

Hensikt: Å kartlegge pasientopplysninger som vaktleger mottar ved sykebesøk på sykehjem. Vi ønsket også å identifisere faktorer assosiert med fremlagt pasientjournal, opplysninger om behandlingsavklaring eller iverksatt aktiv behandling.

Metode: I en tremånedersperiode i 2013 fylte vaktlegene ut et spørreskjema for hvert sykebesøk til sykehjemspasienter i Oslo. Vi analyserte dataene som en tverrsnittstudie med binær logistisk regresjon.

Resultat: I alt registrerte vi 362 sykebesøk. I mer enn halvparten av besøkene fikk ikke vaktlegen tilgang til pasientjournalen. Pasientalder under 80 år var positivt assosiert med journaltilgang. Forhold negativt assosiert med journaltilgang var sykebesøk på dagtid utenom helg, eller der legen oppfattet at pleiepersonellet hadde lite kjennskap til pasienten. Vaktlegene ble informert om avgjørelser knyttet til redusert terapeutisk intensitet for et fåtall av pasientene: innleggelse på sykehus, intravenøs behandling og forsøk på hjerte-lunge-redning. Forklaringsvariabler som var positivt assosiert med å få slik informasjon, var at pasienten hadde reduserte kommunikasjonsvevner, eller at sykebesøket skjedde på dagtid. At legen iverksatte aktiv behandling på sykehjemmet, skjedde sjeldnere hos pasienter på skjermet versus åpen enhet.

Konklusjon: At legevaktleger regelmessig ikke mottok eller tilegnet seg relevant klinisk bakgrunnsinformasjon om akutt syke sykehjemspasienter, representerte et kvalitetsproblem for diagnostikk og behandling. Uhenksommessig behandling og unødvendige innleggelser på sykehus er mulige konsekvenser.

Sykebesøk på sykehjem: Får vaktlegen nok pasientinformasjon?

I vel halvparten av sykebesøkene på sykehjem i Oslo fikk ikke vaktlegen formalisert pasientinformasjon. Det kan utsette pasientene for uhensiktsmessig behandling og unødvendig innleggelse på sykehus.

Når sykehjemslegen ikke er tilgjengelig, tilkalles legevakten ved akutt sykdom, skade eller dødsfall hos sykehjemsbeboere. I Oslo er det Allmennlegevakten som er ansvarlig for å organisere sykebesøkene. Sykebesøkene blir koordinert av en erfaren sykepleier på telefonsentralen. Sykepleierkoordinatoren på telefonsentralen ved Allmennlegevakten avgjør om tilstanden er akutt, eller om den kan vente til neste virkedag når sykehjemslegen er til stede.

Veilederen for legetjenester på sykehjem sier at en sykehjemslege skal ha inntakssamtale med pasienten og/eller pårørende og skrive en inntakstjournal (1–2). I inntakstjournalen skal det blant annet finnes informasjon om pasientens diagnoser, medisiner i bruk og beskrivelse av pasientenes fysiske og psykiske funksjonsevne.

Mange pasienter på sykehjem befinner seg i livets slutfase, der ulempene ved aktiv medisinsk behandling og innleggelse på sykehus kan være større enn gevinstene. Derfor anbefales sykehjemsleger å dokumentere i pasientjournalen eventuelle vurderinger og avgjørelser om behandlingsintensitet ved fremtidig akutt forverring eller sykdom (3).

Må avklare livsforlengende behandling

For å sikre en god og individuelt tilpasset behandling er det sykehjemslegens ansvar å sørge for at pasientens verdier og ønsker rundt livsforlengende behandling avklares. De må også sikre at informasjon om slike verdier og ønsker skal være lett tilgjengelig hvis pasienten skal undersøkes og behandles

av leger som ikke kjenner pasienten, og der innleggelse på sykehus kan være aktuelt (4).

God behandlingsavklaring innebærer å drøfte med pasienten og/eller pårørende om når det vil være riktig å avstå fra intravenøs væske- eller antibiotikaterapi, sykehusinnleggelse ved akutt sykdom eller forsøk på hjerte-

«Behandlingsavklaring er spesielt nyttig informasjon for vaktleger som blir tilkalt til akutt syke sykehjemsbeboere.»

lunge-redning (HLR) ved hjertestans.

Behandlingsavklaring er spesielt nyttig informasjon for vaktleger som blir tilkalt til akutt syke sykehjemsbeboere: for det første fordi legen ikke kjenner pasienten fra før av. For det andre er det nyttig fordi en så stor andel av sykehjemspasientene har kognitiv svikt og reduserte evner til å gjøre rede for seg. For det tredje er slik informasjon viktig fordi pasienter på sykehjem vanligvis har kort forventet levetid.

Pårørende kan ha urealistiske forventninger

Ønsker fra pårørende innvirker trolig på vaktlegens avgjørelse om behandlingsintensitet og om pasienten skal legges inn eller ikke (5). Tidligere studier viser at pårørendes synspunkter og deltakelse i samtaler vedrørende behandlingsintensitet kan gå ut over

pasientens ønsker og det som klinisk anses som forsvarlig livsforlengende behandling (6, 7).

Pårørende som ikke har fått anledning til å diskutere tiltaksgrad ved akutt sykdom mens pasienten fremdeles er i en stabil fase, er ofte uforberedte på akutte forverringer. Selv om den akutte forverringen varsler at pasienten egentlig er i ferd med å dø, kan uforberedte pårørende ha urealistiske forventninger til medisinsk behandling og derfor insistere på at pasienten legges inn på sykehus.

Vaktlegen trenger korrekte pasientopplysninger

Vaktlegens avgjørelse om innleggelse på sykehus, iverksetting eller seponering av behandling gjøres på bakgrunn av tilgjengelige medisinske pasientopplysninger og legens kliniske vurdering. En vaktlege som er tilkalt til en akutt syk sykehjemspasient, kan ha problemer med å vurdere hva som er riktig ambisjonsnivå for eventuelle behandlingstiltak.

Manglende medisinske opplysninger om pasientens habitualtilstand og ønsker, eventuelt også informasjon fra pårørende, kan gjøre det vanskelig å treffe gode behandlingsvalg og øker trolig sannsynligheten for overbehandling og uønskede innleggelse (5, 8). Innleggelse kan være nyttig for diagnostisk avklaring og behandling som kan gi bedre overlevelse eller funksjon (9).

Personell på sykehjem er usikre på palliasjon

Men for fysisk skrøpelige pasienter med alvorlig demenssykdom og kort

forventet levetid vil det ofte være lite hensiktsmessig med akutt innleggelse på sykehus, spesielt hvis god, lindrende behandling kan gis på sykehjemmet (10). På Allmennlegevakten har de erfart at personell på sykehjem ofte er ufaglærte og usikre på å administrere lindrende behandling.

Utenom vanlig arbeidstid og i helgene er det mest vanlig å mangle utdanned personell på sykehjem. Da er andelen av ufaglært personell høyest (11). På helge- og nattevakter har vakthavende sykepleiere ofte ansvaret for flere avdelinger hvor vedkommende ikke kjenner alle sykehjemsbeboerne.

Ved en akutt forverring av kronisk tilstand vil det være hensiktsmessig og ressurs sparende at behandlingsintensiteten og tiltakene allerede er avklart og dokumentert lett tilgjengelig i journalen. Når de skal utføre lindrende behandling, opplever sykepleiere en større trygghet når det allerede foreligger en tiltaksplan ved akutt forverring (12).

I en spørreskjemaundersøkelse som nylig er gjennomført, rapporterte to tredeler av norske sykehjem at de «alltid» eller «som oftest» gjennomførte forberedende samtale med pasientene (7). Dette er langt flere enn i en liknende studie fra 2007, hvor svært få praktiserte slike samtaler (13). Vi vet imidlertid lite om hvordan innholdet i slike samtaler blir dokumentert.

Hensikten med studien

Ved Allmennlegevakten har vaktleger meldt tilbake at det er svært variabelt hvilke pasientopplysninger legen får presentert på sykehjem de er tilkalt til. Hensikten med studien vår var å kartlegge hvilke medisinske opplysninger legevaktleger fra Allmennlegevakten fikk presentert ved sykebesøk til sykehjemspasienter i Oslo. Vi har også spurt vaktlegene om mulige konsekvenser manglende pasientopplysninger kunne ha for deres diagnostikk og behandling av pasientene.

METODE

Spørreskjema

Fast ansatte leger ved Allmennlegevakten i Oslo foretar sykebesøk på dagtid (n = 48), mens fastleger som deltar i

vaktturnus, kjører sykebesøk kveld og natt (n = 311). I forbindelse med sykebesøk på sykehjem i perioden 21. mai–20. august 2013 fylte leger fra Allmennlegevakten ut et spørreskjema. Spørreskjemaet ble fylt ut både for sykebesøk til korttids- og langtidsbeboere, uavhengig av om pasienten bodde på skjermet eller åpen enhet. Sykebesøk der oppdraget gikk ut på å utferdige dødsattest, ble ikke inkludert i studien.

Del en av spørreskjemaet gir en generell beskrivelse av pasienten (kjønn, alder, kognitiv funksjon, ak-

«På Allmennlegevakten har de erfart at personell på sykehjem ofte er ufaglærte og usikre på å administrere lindrende behandling.»

tuell diagnose og type avdeling). I del to dokumenteres hvilken pasientinformasjon som ble gjort tilgjengelig under sykebesøket (innkomstjournal og årskontroll), og hvorvidt det forelå opplysninger vedrørende behandlingsavklaring (innleggelse eller antibiotika ved akutt sykdom, eller HLR ved hjertestans).

I del tre anga besøkslegene hvilke tiltak som ble utført (aktiv behandling, innleggelse eller ingen tiltak), og sykebesøkslegens vurdering av indikasjon for behandling (klar eller uklar), vurdering av relevante journalopplysninger og pleiepersonellet's kjennskap til pasienten.

Informasjon til deltakerne

Førsteforfatteren holdt informasjonsmøter for fast ansatte leger og sykepleiere ved Allmennlegevakten i forkant av registreringsperioden. Koordinatorer på legevaktsentralen delte ut registreringsskjemaer og ga informasjon om studien til vaktlegene når de møtte opp før vaktstart. I tillegg ble legevakts faste sjåfører informert om studien og tildelt registreringsskjemaer. De ble oppfordret til å gjøre skjemaene lett

tilgjengelige for vaktlegen ved sykebesøk på sykehjem. Vi inkluderte kun data i de tilfellene registreringsskjemaet var fylt ut.

Analyse

Vi valgte å analysere besøkene som uavhengige enkelthendelser uten å ta hensyn til mulig ujevn fordeling av antall sykebesøk til de forskjellige sykehjemmene. Vi benyttet binær logistisk regresjon for å identifisere mulige forklaringsvariabler som er assosiert med faktorer som at pasientjournalen er gjort tilgjengelig, informasjon om behandlingsavklaring er gitt, eller aktiv behandling er iverksatt.

Den logistiske regresjonen ble gjennomført i tre trinn der utgangspunktet var ujusterte analyser. Deretter fulgte full modell (modell 1) med alle variabler inkludert. Fra full modell laget vi så to nye modeller, den ene (modell 2) for variabler med $p < 0,20$ i den fulle modellen. Den andre (modell 3) inkluderte bare variabler fra full modell der signifikansnivået var $< 0,05$.

For hvert trinn i modelljusteringen (modell 1–3) i den logistiske regresjonen brukte vi Akaike Information Criterion (AIC) (14) til å sjekke om det forbedret tilpasningen av modellen hvis vi inkluderte en eller flere variabler. Modellen med lavest AIC-verdi antas å være den som passer best. Derfor legger vi denne til grunn for resultatpresentasjonen. Vi utførte alle analysene ved å anvende Stata/SE 13. Vi satte signifikansnivået til 5 prosent.

Godkjenninger

Prosjektet ble lagt frem for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som meldte tilbake at denne kvalitetsstudien ikke var fremleggelsespliktig. Vi anser det ikke som nødvendig å innhente godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) siden vi ikke registrerte noen personidentifiserbare data, verken for pasienter eller leger.

RESULTATER

I inkluderingsperioden på 92 dager ble det foretatt i alt 610 sykebesøk fra Allmennlegevakten til pasienter

på sykehjem i Oslo. Femti besøk gjaldt dødsfall, og av de resterende 560 besøkene fikk vi inn registreringsskjema fra vaktlegene i 362 (64,6 prosent) tilfeller. Enkelte skjemaer var mangelfullt utfylt, slik at nevneren for noen av variablene er mindre enn 362.

Karakteristika ved de 362 sykehjemsbeboerne som mottok sykebesøk av lege fra Allmennlegevakten, er vist i tabell 1. Flertallet av de besøkte pasientene (60,2 prosent) var kvinner med snittalder på 86 år. Vaktlegene oppfattet at 68,5 prosent av beboerne hadde kognitiv svikt eller demenssykdom. Flertallet (56,1 prosent) hadde bodd på sykehjemmet i mer enn tre måneder (tabell 1).

Vel halvparten av pasientene ble diagnostisert med infeksjoner med videre i urin- eller luftveiene (henholdsvis 26,8 og 25,7 prosent) (figur 1).

Av pasientene var det 18,5 prosent som ble lagt inn akutt på sykehus. I 52,5 prosent av besøkene mottok ikke vaktlegen skriftlig pasientinformasjon på sykehjemmet (tabell 2). Faktorer positivt assosiert med at legen fikk tilgang til pasientjournalen, var pasientalder under 80 år [odds ratio (OR) 1,68 (1,07–2,81), $p = 0,05$].

Faktorer som var negativt assosiert med tilgang til pasientjournalen, var at sykebesøket skjedde på dagtid utenom helger [OR 0,49 (0,25–0,97), $p = 0,04$], eller der legen oppfattet at pleiepersonellet hadde lite kjennskap til pasienten [OR 0,23 (0,11–0,48), $p < 0,01$].

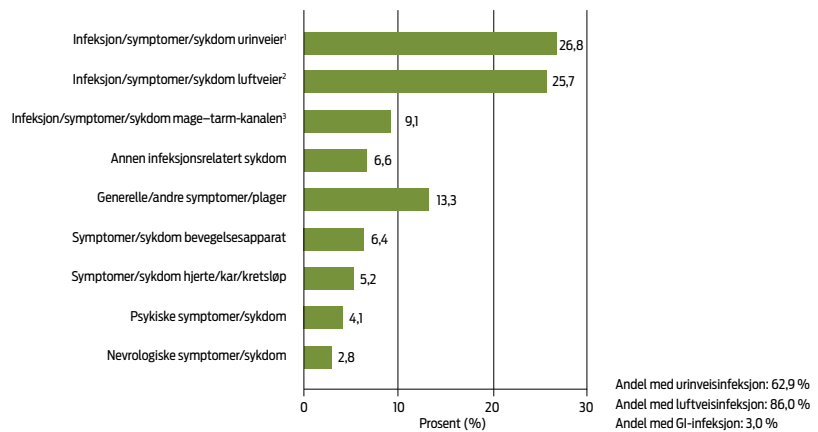
Vaktlegene ble bare informert om avgjørelser knyttet til redusert terapeutisk intensitet for et fåtall av pasientene: innleggelse på sykehus (21,3 prosent), intravenøs behandling (17,1 prosent), forsøk på hjerte-lunge-redning (19,6 prosent) (tabell 2).

Forklaringsvariabler som er positivt assosiert med slik informasjon, var at pasienten hadde liten eller ingen kommunikasjonsevne [OR 2,13 (1,31–3,46), $p < 0,01$], eller at sykebesøket skjedde på dagtid [OR 1,97 (1,3–3,76), $p = 0,04$].

Det at legen iverksatte aktiv behandling, for eksempel intravenøs væske og/eller antibiotika, på sykehjemmet, skjedde sjeldnere hos pasienter på skjermet versus åpen enhet [OR 0,46 (0,23–0,95), $p = 0,04$].

Til tross for at under halvparten av

Figur 1. Fordeling (prosent) av kontakårsaker for 362 sykebesøk på sykehjem i Oslo



Tabell 1. Patient- og institusjonskarakteristika

Karakteristikk	Antall svar (n = 100 %)	Svarfordeling (%)	
Besøk hverdag vs. kveld/natt/helg	359	Hverdag: 13,4	Kveld/natt/helg: 86,6
Pasienters kjønn (og gjennomsnittlig alder)	362	Kvinner: 60,2 (86 år)	Menn: 39,8 (80,7 år)
Type sykehjemsenhet	274	Skjermet enhet: 19,3	Ikke skjermet enhet: 80,7
Varighet av opphold	345	≤3 md. 41,1	>3 md. 58,9
Legens opplevelse av at pasienten har demenssykdom	354	Demens: 70,1	Ingen demens: 29,9
Legens opplevelse av pasientens kommunikasjonsevner	348	Ingen/dårlig: 44,8	Middels/god: 55,2

Sykebesøk fra Oslo kommunale legevakt til 362 sykehjemspasienter i Oslo.

Tabell 2. Opplysninger mottatt av lege og tiltak iverksatt av lege

Opplysninger mottatt av lege	Antall svar (n = 100 %)	Svarfordeling (%)	
Mottok vaktlegen skriftlig pasientinformasjon under sykebesøket?	358	Ja (53,1)	Nei (46,9)
Opplysninger om ikke å gi intravenøs antibiotika ved infeksjon	356	Ja (17,4)	Ikke opplyst (82,6)
Opplysninger om ikke å legge inn på sykehus ved akutt sykdom	357	Ja (21,6)	Ikke opplyst (78,4)
Opplysninger om å avstå fra hjerte-lunge-redning ved hjertestans	356	Ja (19,9)	Ikke opplyst (80,1)
Vaktlegens totalvurdering av pasientinformasjon mottatt på sykehjem	358	God (82,1)	Lite god / Ingen (17,9)
Tiltak iverksatt av legen			
Ble pasienten innlagt akutt på sykehus?	359	Ja ¹ (18,7)	Nei (81,3)
Ble det gitt intravenøs antibiotika eller annen aktiv behandling?	361	Ja (51,2)	Nei (48,8)

¹6/67 pasienter fikk iverksatt aktiv behandling på sykehjemmet før innleggelsen på sykehus (2/6 fikk antibiotika peroralt, 1/6 fikk antibiotika intravenøst, 1/6 fikk væske intravenøst, og 2/6 fikk annen behandling).

Opplysninger mottatt av lege og tiltak iverksatt av lege under sykebesøk fra Oslo kommunale legevakt til sykehjemspasienter i Oslo.

sykebesøkslegene hadde sett skriftlig, oppdatert pasientinformasjon, mente likevel flertallet (81,2 prosent) av vaktlegene at de fikk tilstrekkelig informasjon til å kunne avklare diagnosen og iverksette behandling.

DISKUSJON

I vel halvparten av sykebesøkene på sykehjem ble ikke formalisert pasientinformasjon fremlagt for vaktlegen. Informasjon knyttet til behandlingsavklaring ble lagt frem i kun en femdel av sykebesøkene. De fleste sykebesøkslegene mente likevel at de hadde nok informasjon til å kunne gjennomføre forsvarlig diagnostisering og behandling.

Når en sykehjems pasient får en akutt forverring i helsetilstanden, er det ikke sjelden tegn på at vedkommende er i ferd med å dø en naturlig død. Denne situasjonen kan være vanskelig å vurdere faglig for en vaktlege som ikke kjenner pasienten. Derfor er det viktig at klinisk bakgrunnsinformasjon og beslutninger knyttet til terapeutisk intensitet uoppfordret gjøres tilgjengelig for vaktlegene.

I vel halvparten av sykebesøkene var formalisert pasientinformasjon ikke fremlagt for vaktlegen på sykebesøk på sykehjemmet. Det representerer et kvalitetsproblem ettersom det kan vanskeliggjøre både diagnostikk og valg av behandling. Undersøkelsen vår tyder derfor på at det kan være behov for å bedre kvaliteten på samhandlingen mellom sykehjem og legevakt.

Manglet informasjon om HLR–

Ved nær åtte av ti sykebesøk opplyste vaktlegen om at det ikke forelå informasjon om å avstå fra hjerte-lunge-redning (HLR–) ved akutt hjertestans, eller at det var uønsket med intravenøs behandling eller innleggelse på sykehus. HLR utført på multimorbide beboere med kognitiv svikt og kort forventet levetid vil i de fleste tilfeller representere en hensiktsløs overbehandling, noe som i seg selv er etisk diskutabelt.

Sykehjemsbeboere kjennetegnes vanligvis ved demens eller kognitiv svikt. De mangler ofte evne til å uttrykke om de ønsker aktiv behandling eller ei. Det var derfor betryggende at

informasjon om avgjørelser knyttet til behandlingsavklaring oftere var tilgjengelig i de tilfellene der pasienten ikke var i stand til å kommunisere med legen.

Kort forventet levetid og avtakende nytte av aktiv behandling understreker generelt behovet for å ha lett tilgjenge-

«I vel halvparten av sykebesøkene på sykehjem ble ikke formalisert pasientinformasjon fremlagt for vaktlegen.»

lige opplysninger knyttet til behandlingsintensitet og akutt innleggelse på sykehus. Slik kan potensielt skadelig overbehandling og unødvendige og belastende innleggelser forhindres.

Press for å legge inn på sykehus

I en norsk fokusgruppe studie om samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger i forbindelse med spørsmål om innleggelse på sykehus, la sykehjemslegene stor vekt på å unngå unødvendige innleggelser (15). Sykehjemslegene sa at de journalfører i forkant hvis en pasient ikke skal på sykehus, men at tilkalte legevaktlegger likevel ofte la inn pasienten. Sykehjemslegene fremholdt videre at de ofte opplevde press, både fra pårørende og ansatte, om å legge inn akutt syke sykehjems pasienter på sykehus (15).

Pårørende deltar oftere i samtaler om behandlingsintensitet enn sykehjems pasienten selv (7). Det understreker behovet for kunnskap blant helsepersonell om etiske aspekter og gjeldende lovverk om pasient- og brukerrettigheter (6, 16). Et mindretall av norske sykehjem har retningslinjer for slike samtaler, og innholdet i samtaler varierer (7).

Mange ufaglærte og vikarer

Ufaglært personell og vikarer utgjør fortsatt en stor andel av bemanningen på norske sykehjem (11). Det er bekymringsfullt at besøkslegenes tilgang

til pasientjournalen var dårligere ved sykebesøk der de oppfattet det som at pleiepersonellet hadde lite kjennskap til den aktuelle pasienten. Pleiepersonell som ikke har kjennskap til pasienten, er trolig mer usikre i behandlingssituasjoner og vil derfor antakelig i større grad ønske at pasienten blir innlagt.

Vaktlegen fra Allmennlegevakten blir oftest tilkalt på kvelder, netter og i helger når sykehjemslegen ikke er tilgjengelig og andelen ufaglærte er størst (11). Da er det spesielt viktig at opplysninger om begrensninger i aktuelle terapeutiske tiltak ved akutt sykdom er lett tilgjengelige for vaktlegen (1).

Enkelte sykehjem i landet har innført vaktordninger for egne sykehjemsleger for å sikre at pasientene kan få adekvat akuttbehandling på sykehjemmet, og for å unngå unødig transport til legevakten eller innleggelse på sykehus (17).

Forskjell på dem over og under 80?

Det er også tankevekkende at pleiepersonell ved sykehjem oftere la frem pasientjournalen for sykehjemsbeboere under 80 år enn for dem over 80 år. Men her skal det legges til at pasienter under 80 år bare utgjorde 24 prosent av de besøkte sykehjemsbeboerne.

Informasjon om terapeutisk intensitet forelå oftere ved sykebesøk på dagtid, noe som stemmer godt med at det da er økt tilstedeværelse av personell med god kjennskap til pasienten. På den andre siden kan funnet om sjeldnere journaltilgang ved besøk på dagtid utenom helg forklares med at man da vanligvis har fast ansatte til stede med god kjennskap til den aktuelle pasienten.

Tungvint tilgang til journalopplysninger

To tredeler av norske sykehjem gjennomfører forberedende samtaler (7), men vi vet lite om hvordan beslutninger i slike samtaler blir dokumentert. Vår studie kan tyde på at tilgjengeligheten av slik pasientinformasjon ikke samsvarer med gjeldende retningslinjer (1, 16). I tillegg opplever mange leger at Gerica, journalsystemet som brukes

ved sykehjemmene i Oslo, generelt sett er svært tungvint og tidkrevende å finne frem i. Det kan ha gjort tilgangen til journalopplysninger vanskelig. Dette momentet har vi ikke undersøkt spesielt i denne studien.

Da det foreløpige resultatet fra denne studien ble lagt frem for leger ved Allmennlegevakten, fikk vi en viktig tilbakemelding om at ved enkle problemstillinger, for eksempel bytte av blærekateter eller ordinering av peroral antibiotikabehandling for infeksjon i urin- eller luftveier, klarte legene seg bra uten tilgang til nærmere pasientopplysninger. For øvrig hadde de vent seg til ikke å forvente tilgjengelige pasientopplysninger om eventuelle grenser for terapeutisk intensitet, selv om det klart hadde vært ønskelig.

Legene ved Allmennlegevakten beskrev «legevaktlegens natur» som evnen til å stille diagnose og vurdere tiltak uten mye bakgrunnsinformasjon om pasienten. Legene ved Allmennlegevakten mente at faktorer som tilfredshet med egen innsats overfor pasientene og mulighet til å diskutere problemstillingen med vaktstående pleiepersonell trolig hadde påvirket deres evaluering av pasientinformasjonen de hadde mottatt under sykebesøkene.

Begrensninger ved studien

Studien vår har en begrensning ved at vi ikke kartla hvorvidt vaktlegene selv etterspurte pasientinformasjon når slik informasjon ikke uoppfordret ble lagt frem av pleiepersonalet. Er det legen som har ansvar for å etterspørre slik informasjon, eller hviler dette ansvaret primært på sykehjemmet? Eller er dette et felles ansvar? Uansett ansvarsfordeling – denne studien indikerer at det kan være behov for å etablere tydeligere rutiner på området.

Det er viktig å nevne at det finnes geografiske forskjeller ved organiseringen av legevakt- og sykehjemstjenester. Vi har beskrevet utfordringene knyttet til pasientdokumentasjon ved sykebesøk på sykehjem i Oslo, men det er nærliggende å tro at problemstillingen er kjent for vaktleger også utenfor hovedstaden. Et forhold som imidlertid skiller Oslo fra de fleste

andre kommunene i landet, er at Allmennlegevakten har fast ansatte vaktleger som drar på sykebesøk på dagtid. Utenom dagtid og i helgene er det imidlertid fastleger i vaktturnus som fyller denne oppgaven.

Endringer etter studiens slutt

Etter at denne studien ble gjort i 2013, har flere kommuner etablert bedre rutiner for å dokumentere pasient- og/eller pårørendesamtaler om behandlingstintensitet. I Oslo kommune er det iverksatt et eget palliasjonsprosjekt (18) med mål om å formulere riktigst mulig nivå på medisinsk behandling av pasienter med begrenset levetid. Større vekt er nå lagt på samtaler mellom pasient, pårørende og helsepersonell om spørsmål knyttet til livets slutfase samt planlegging og dokumentering av slutfasen.

Siden 2010 har det vært tilgjengelig en egen modul for behandlingsavklaring i journalsystemet Gerica. Mens denne modulen i 2013 bare var tatt i bruk for 0,5 prosent av sykehjemspasientene med fast plass i Oslo, økte andelen til 42 prosent i 2014 og 86 prosent i 2017, ifølge Sykehjemsetaten i Oslo kommune (tall fra Gerica 15. mai 2018 oppgitt muntlig). Med slik dokumentasjon på plass vil det trolig lette både den vaktstående sykepleierens kommunikasjon med vaktlegene og legens beslutninger under sykebesøk på sykehjem.

KONKLUSJON

Hvis legevaktleger ikke gis tilgang til relevant klinisk bakgrunnsinformasjon om akutt syke sykehjemspasienter, representerer det et kvalitetsproblem for diagnostikk og behandling som kan føre til uhensiktsmessig behandling og unødvendige innleggelse på sykehus.

Arbeidet har vært støttet av et stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) i Den norske legeforening. Takk til alle deltagende leger for å ha fylt ut registreringskjemaet.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Veileder IS-1436. Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene. Oslo; 2007.
2. Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. Tidsskr Nor Legeforen. 2005;125(8):1009–10.
3. Engtrø E, Nore SP, Kittang BR, Krüger K. Metodebok for sykehjemslleger. Bergen: Bergen kommune; 2015.

4. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Revidert 2013. Oslo; 2009.
5. Ouslander JG, Naharci I, Enstrom G, Shutes J, Wolf DG, Alpert G, et al. Root cause analyses of transfers of skilled nursing facility patients to acute hospitals: Lessons learned for reducing unnecessary hospitalizations. JAMA. 2016;17(3):256–62.
6. Romøren M, Pedersen R, Førde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. BMC Med Ethics. 2016;17:5. DOI: 10.1186/s12910-016-0088-2.
7. Gjerberg E, Lillemoen L, Weaver K, Pedersen R, Førde R. Forberedende samtaler i norske sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen. 2017;137(6):447–50.
8. von Hofacker S, Naalsund S, Iversen GS, Rosland JH. Akutte innleggelse fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. Tidsskr Nor Legeforen. 2010;130(17):1721–4.
9. Ranhoff AH, Linnund JM. Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? Tidsskr Nor Legeforen. 2005;125(13):1844–7.
10. Björck M, Wijk H. Is hospitalization necessary? A survey of frail older persons with cognitive impairment transferred from nursing homes to the emergency department. Scand J Caring Sci. 2018;32(3):1138–47. DOI: 10.1111/scs12559.
11. Dolonen KA. Ikke etter planen. Sykepleien 12.08.2009. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2009/08/ikke-etter-planten> (nedlastet 20.05.2017).
12. O'Neill B, Parkinson L, Dwyer T. Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: a review of qualitative studies using systematic methods. Geriatric Nursing. 2015;36(6):423–30.
13. Gjerberg E, Førde R, Bjørndal A. Staff and family relationships in end-of-life nursing home care. Nurs Ethics. 2011;18:42–53.
14. Akaike H. A new look at the statistical model identification. IEEE Trans Automat Contr. 1974;356:716–23. DOI: 10.1109/TAC.1974.1100705
15. Romøren M, Pedersen R, Førde R. En pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemslleger og sykehusleger. Tidsskr Nor Legeforen. 2017;137(3):193–7.
16. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 19.05.2017).
17. Bollig G, Husebø BS, Husebø S. Vakttjeneste for leger i sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen. 2008;128(23):2722–4.
18. Sluttrapport palliasjonsprosjektet 2016–2017. Kompetanseheving i lindrende behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende. Sykehjemsetaten.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forundret over hva sykehjem dokumenterer

På mange sykehjem i Oslo mangler viktig informasjon om pasientene, oppdaget Ingrid Rolfsjord da hun var legevaktlege.

Tekst **Ellen Morland** • Foto **Stig M. Weston**

Sykehjem i Oslo slurver med den viktige samtalen om hva som skal skje når en beboer blir akutt syk.

– Den må tas under rolige omstendigheter, det er for sent når pasienten har blitt akutt syk. Og den må dokumenteres.

Ingrid Rolfsjord legger vekt på det siste. Hun blir ivrig i blikket over caffè latte på kafeen på Grünerløkka i Oslo når hun forklarer at sykehjemspasienter i mange tilfeller ikke blir riktig vurdert av legen. For ved sykebesøk i sykehjem kan legen bli møtt av personale som ikke kjenner pasienten. Hvis det i tillegg ikke finnes skriftlig dokumentasjon tilgjengelig, kan vurdering bli vanskelig og behandlingsnivået feil.

– Jeg så dette da jeg jobbet på Legevakten, og det irriterte meg, sier hun.

HVOR MYE BEHANDLING?

Den viktige samtalen hun snakker om, handler om det å ha en plan for hvor stor intensitet det skal være på behandlingen når noe akutt oppstår hos en sykehjemsbeboer.

– Minst 50 prosent av besøkene til sykehjem gjelder akutte infeksjoner, sier Rolfsjord.

Hun beskriver et typisk eksempel: – Et sykehjem kontakter legevakten om en 90 år gammel beboer som trolig har en infeksjon. Hun kan ikke svare adekvat på spørsmål. Utdfordringen er ikke å stille infeksjonsdiagnosen, men å få greie på i hvilken grad

Ingrid Rolfsjord

Fastlege, tidligere legevaktlege.

Står bak forskningsartikkelen «Sykebesøk på sykehjem: Får vaktlegen nok pasientinformasjon?».

det er infeksjonen som gjør pasienten kognitivt påvirket. Hvordan er hennes funksjonsnivå, kognitivt og fysisk, når hun ikke er infeksjonspåvirket? Har hun vanligvis glede av kontakt med familien, å høre på musikk, kan hun spise selv?

– Den bakgrunnsinformasjonen er viktig når legen vurderer innleggelse, understreker Rolfsjord.

– Hvis pasientens funksjonsnivå er drastisk redusert, for eksempel på grunn av en sepsis, kan det være riktig å legge inn pasienten. Men hvis hun vanligvis har en betydelig kognitiv svikt og betydelig redusert livsutsikt, kan det være bedre å behandle med intravenøs antibiotika eller kun lindrende behandling på sykehjemmet, sier Rolfsjord.

«Resultatet bekrefter noe vi har mistenkt på legevakten.»

Ingrid Rolfsjord

At denne informasjonen ikke er tilgjengelig, gjør legen usikker, og dermed blir pasienten ofte overbehandlet og kanskje unødvendig lagt inn på sykehus, mener hun.

PÅRØRENDE PRESSER

Hun mener det er et viss press for å legge inn pasienten på sykehuset. Det kan komme fra pårørende.

– Det er klart, får du en telefon midt på natten med beskjed om at mor er alvorlig syk, sier du: Gjør alt for å få henne frisk. Det er dette som må avklares i



rolige former før en slik situasjon oppstår, påpeker Rolfsjord.

– *Hvorfor er ikke informasjonen om beboerne tilgjengelig?*

– Når man som lege blir tilkalt til en sykehjemspasient, er det ofte en sykepleier som ringer. Men er det kveld og natt, kan det hende sykepleieren er alene med ansvaret for mange avdelinger, og kjenner nødvendigvis ikke denne pasienten, sier Rolfsjord.

– Ofte sitter vaktlegen med informasjon om pasientens diagnoser og medisiner, men dette sier sjelden alt om pasientens fysiske og kognitive funksjon.

HAR IKKE SYKEHJEMSLEGE

– *Hvor er sykehjemslegen?*

– Mange sykehjem i Oslo har ikke sykehjemsleger i bakvaktordning. Da er eneste mulighet å ringe legevakten når noe akutt skjer med beboerne.

Rolfsjord kommer rett fra et foredrag for tidligere kolleger på Oslo legevakt. Det handlet om kartleggingen hun har gjort. Hun ønsket å systematisere det hun hadde erfart, for å få dette problemet frem i lyset.

– Jeg måtte skrive noe om dette, prøve å dokumentere hva vi har erfart.

UNDERSØKTE SYKEHJEMSBEØK

Hun hadde ikke tenkt å forske. Hun har fått to barn i perioden hun har jobbet med kartleggingen. Og nå har hun forlatt legevakten og blitt fastlege.

Rolfsjord undersøkte 362 utrykninger fra Oslo legevakt til sykehjem i en periode på tre måneder i 2013.

– Jeg synes det er viktig å fortelle kollegene fra Legevakten om resultatene av det de har deltatt i, sier hun.

Det viste seg at i hele 53 prosent av besøkene hun kartla, fikk legen ikke tilgang til informasjon om pasienten han eller hun rykket ut til. Rolfsjord beskriver resultatene i forskningsartikkelen «Sykebesøk på sykehjem: Får vaktlegen nok pasientinformasjon?».

– Resultatet bekrefter noe vi har mistenkt på legevakten.

– Tidligere studier viser at mange sykehjem gjennomfører forberedende samtaler, men dette hjelper ikke vaktlegen hvis dette ikke dokumenteres og informasjonen er lett tilgjengelig under sykebesøket.

SYKEHJEMMENE BRUKER IKKE GERICA RIKTIG

– *Hvilken dokumentasjon er det som mangler?*

– I journalsystemet Gerica, som er det sykehjemmene bruker, finnes noe dokumentasjon, men det er ofte lite relevant informasjon. I mange tilfeller er det bare HLR-status som er skrevet inn, ikke vurderinger, innleggelsessamtale, bruk av antibiotika og plan for intensiteten av behandlingen.

I forskningsartikkelen omtaler Rolfsjord en modul i Gerica som skal brukes til å dokumentere



LEGEVAKT: Lege Ingrid Rolfsjord fant slurv med behandlingsplaner på sykehjem i Oslo.

behandlingsavklaring. Den ble lansert i 2010 som en del av en veileder fra Helsedirektoratet. I 2013, da Rolfsjords kartlegging fant sted, hadde modulen bare blitt tatt i bruk for 0,5 prosent av sykehjemspasienter i Oslo med fast plass. Etter det har andelen økt, og i 2017 var den oppe i 86 prosent.

– Dette er bra, men jeg er nysgjerrig på hva som gjemmer seg bak tallene fra 2017. Like viktig som at journalen er tilgjengelig, er kvaliteten på innholdet. Dette skulle jeg gjerne undersøkt nøyere, sier hun.

ETTERLYSER PLAN FRA INNKOMSTEN

Hun mener samtalen om behandlingsplan systematisk må gjennomføres helt fra innkomsten til sykehjemmet.

«Det er klart, får du en telefon midt på natten med beskjed om at mor er alvorlig syk, sier du: Gjør alt for å få henne frisk.» Ingrid Rolfsjord

– I innkomstsamtalen må det tas opp med pasienten, og pårørende hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse, hvor aktiv behandlingen skal være om pasienten blir alvorlig syk. Det må forklares at dette er et tema som følges opp hvert halvår i halvårsnotater som beskriver pasientens funksjonsevne.

Hun forstår at dette temaet kan være noe man kvier seg for å ta opp, men understreker at det er mye mer ryddig å være forberedt når den akutte infeksjonen plutselig er der.

– *Hva gjør legene for å etterspørre informasjonen?*

– Studien har ikke etterspurt i hvilken grad legen har etterlyst informasjonen og behandlingsplanen.

Legen må påpeke når det mangler, og at det vanskeliggjør vurdering.

TROR DET GJØR SYKEPLEIERNE USIKRE

Hun mener dette like mye er et problem for sykepleierne.

– Legene møter dyktige sykepleiere ute i sykehjemmene, som kan ha ansvaret for en annen avdeling enn den de kjenner, for eksempel på natt eller i helgene. Å vite hva som er avtalt om behandling, er nyttig og så for sykepleierne i den jobben de gjør.

At dette mange steder ikke fungerer, tror hun må være frustrerende for sykepleierne.

– Det er sykepleierne som står der og føler på ansvaret. Alle burde hatt sykehjemslegen som bakvakt, som vil kjenne pasienten bedre. Det hadde gitt en tryggere og bedre arbeidshverdag for sykepleierne.

– Godt dokumentert informasjon om pasienten, om hva pasienten selv ønsker og eventuelt hva pårørende

tenker hvis pasienten selv ikke er i stand til å forklare det, er et godt verktøy for primærsykepleierne. Det gi dem trygghet i de beslutningene som skal tas rundt pasienten.

– *Hvordan kan din forskning føre til bedring?*

– Å kartlegge dette og fortelle om funnene vil bevisstgjøre. Dette er et felles ansvar. Vaktlegene må være tydeligere på å etterspørre informasjon, og sykehjemmene må bli mer bevisste på hvor viktig dette er å dokumentere.

Hun påpeker at det har skjedd bedringer siden hennes kartlegging ble gjort.

– Dette handler i stor grad om godt palliasjonsarbeide. Nå satses det midler på kompetanse i palliasjon via et palliasjonsprosjekt i Oslo kommune. To sykepleiere fra hvert sykehjem får opplæring i å implementere og trygge lindrende behandling. Disse sykepleierne vil kunne ta med sin kompetanse tilbake til sykehjemmene og påvirke til bedre og dokumenterte behandlingsplaner, sier Ingrid Rolfsjord. ●

ANNONSE

Har du en medarbeider som fortjener heder?



30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– et kvalitetsbevis
MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no



HOVEDBUDSKAP

SAFE er et verktøy som har til hensikt å avdekke tidlige tegn på subakutt og akutt funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. SAFE er erfarings- og forskningsbasert og utviklet og testet i og for konteksten det skal brukes i. Målgruppen for SAFE er hjemmeboende eldre som står i fare for å utvikle skrøpeligheit, med ytterligere fare for funksjonssvikt. SAFE understøtter systematisk observasjon, vurdering, dokumentasjon og kommunikasjon, og gir klinisk beslutningsstøtte for hjemmesykepleieren.

NØKKELORD:

- ▶ Hjemmesykepleie ▶ Systematikk
- ▶ Funksjonssvikt ▶ Observasjon og vurdering
- ▶ Skrøpelige gamle

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76084

SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre

Sykepleiere kan lettere oppdage endringer i helsen til hjemmeboende pasienter når de bruker SAFE-verktøyet med jevne mellomrom.

SAFE er et verktøy som har til hensikt å avdekke tidlige tegn på subakutt og akutt funksjonssvikt hos eldre. Det er et erfarings- og forskningsbasert verktøy som brukes til strukturert og systematisk observasjon og vurdering av eldre mottakere av langvarige helse- og omsorgstjenester.

SAFE tar hensyn til kompleksiteten som kjennetegner gradvis utvikling av funksjonssvikt eller forverring av tilstand. Verktøyet gir beslutningsstøtte til helsepersonell, styrker vurderingskompetansen, fremmer samhandling ved mer presis beskrivelse av pasientens tilstand og har en struktur som ivaretar kontinuitet.

SAFE er utviklet spesielt for målgruppen eldre som er i fare for å utvikle skrøpeligheit og påfølgende funksjonssvikt. Vi har grunn til å påstå at SAFE er en del av løsningen på de sammensatte utfordringene de kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor.

Å oppdage utvikling eller forverring av sykdom og

FORFATTERE


Edith Roth Gjevjon
Instituttleder, Lovisenberg diakonale høgskole



Silje Christin Wang Linnerud
Høgskolelektor, Lovisenberg diakonale høgskole.



Ellen Andersen
Seksjonssjef, Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Oslo kommune



Mette Sophie Klev
Fagsykepleier og intensivsykepleier, Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Oslo kommune



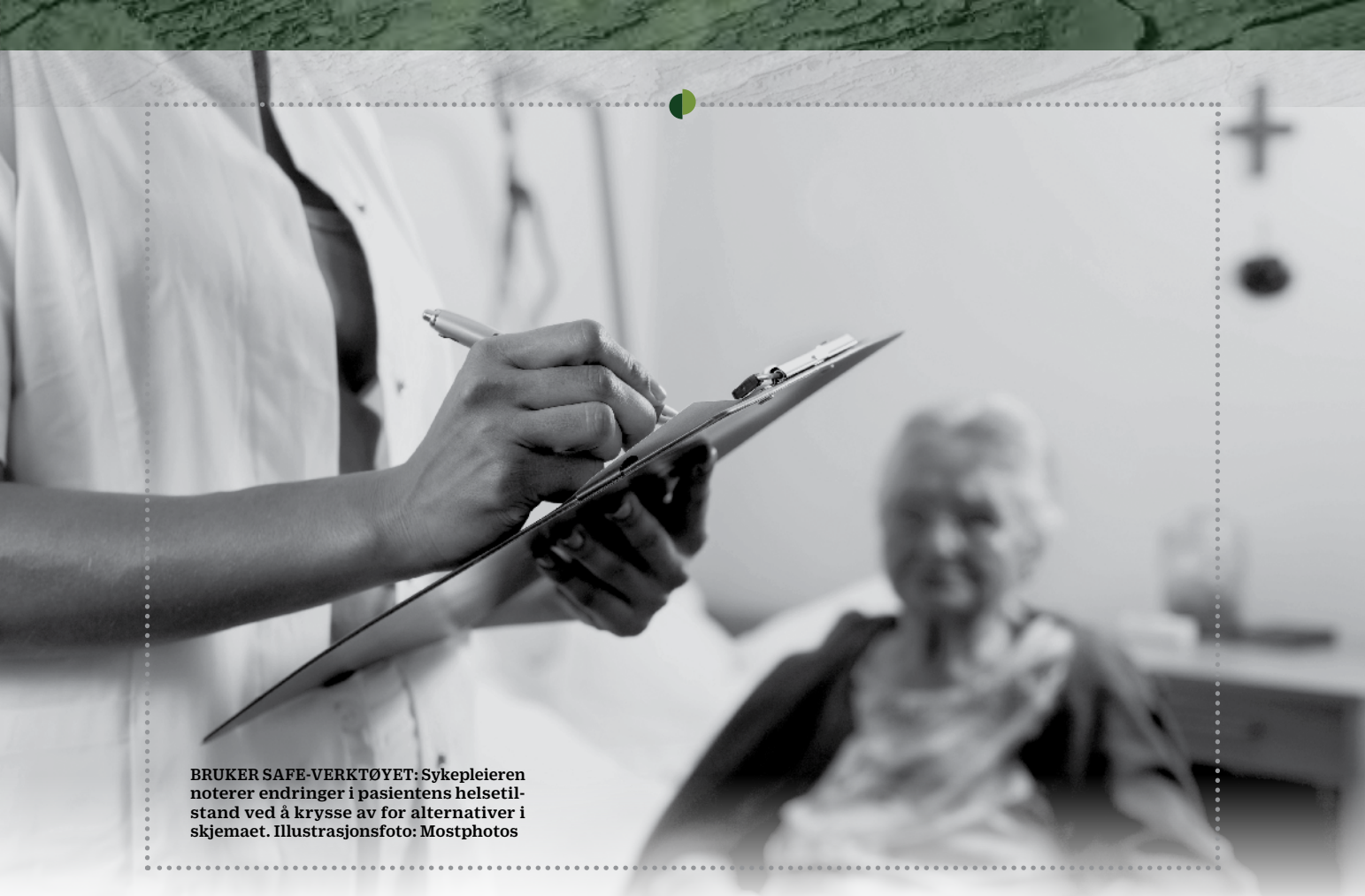
Steinar Johansen
Høgskolelektor, Lovisenberg diakonale høgskole



Gunilla Borglin
Dosent, Institutionen för vårdvetenskap, Malmö universitet

helsetilstand hos hjemmeboende eldre er en utfordring, om i det hele tatt mulig uten aktivt å se etter slike tegn. I motsetning til i en institusjon deler ikke hjemmetjenestenes helsepersonell og pasienter samme fysiske miljø (1), hvor sykepleieren kan gjøre kontinuerlige observasjoner og vurderinger av pasientene over tid. Hjemmesykepleieren arbeider stort sett alene, skal besøke mange pasienter i løpet av en vakt og har begrenset tid hjemme hos pasienten. Med dagens tildeling av tidsressurser, kanskje kun ti minutter til påkledning eller et kvarter til dusj (2). Erfaringsmessig vet vi at også mer komplekse oppgaver, som særstilling og stell av sentralt venekateter, ofte har en begrenset tidsramme. SAFE er utviklet med bakgrunn i disse utfordringene.

Målet med SAFE er å oppdage og identifisere tidlige tegn på funksjonssvikt hos eldre gjennom systematisk og strukturert observasjon og vurdering, for å kunne utsette eller forhindre økt



BRUKER SAFE-VERKTØYET: Sykepleieren noterer endringer i pasientens helsetilstand ved å krysse av for alternativer i skjemaet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

hjelpebehov og hjelpeavhengighet. Forkortelsen SAFE står for Subakutt/Akutt Funksjonssvikt hos Eldre.

AVDEKKER FUNKSJONSSVIKT

Tilsynelatende små, gradvise fysiologiske, fysiske eller kognitive endringer kan gi skrøpelighet og fare for alvorlig fysisk og psykisk helsesvikt med økt behov for langvarige helsetjenester. Skrøpelighet kan forstås som at personen «har en biologisk alder som er høyere enn den kronologiske, og en forventet gjenstående levetid som er kortere enn gjennomsnittet for sine jevnaldrende» (3).

Skrøpelighet er et resultat av sammensatte prosesser som til sammen svekker personens reservekapasitet og motstand mot for eksempel infeksjoner, følgene etter en fraktur eller forverring av eksisterende sykdom. Får disse sammensatte prosessene pågå uoppdaget, kan det føre til alvorlig helse- og funksjonstap, her betegnet som funksjonssvikt (4, 5).

Wyller (4) har kategorisert funksjonssvikt etter tiden det tar for tilstanden å oppstå: Akutt funksjonssvikt oppstår i løpet av en dag eller i løpet av en uke. Subakutt funksjonssvikt oppstår i løpet av to til fire uker. Kronisk funksjonssvikt oppstår over tre måneder eller mer. Vårt fokus er primært å sette sykepleiere i stand til å avdekke tidlige tegn på fortrinnsvis subakutt, men også akutt funksjonssvikt, for å bidra til å utsette eller forhindre ytterligere forverring av tilstand.

De første tegnene på utvikling av funksjonssvikt viser seg ofte som små hendelser, som økt ustøhet, sansereduksjoner (syn og hørsel), glemsomhet og eliminasjonsproblematikk (4). Etter hvert som funksjonssvikten tiltar, kan utfallet bli gjentatte akutte sykehusinnleggelses og økt hjelpebehov, og i ytterste konsekvens død (6). Funksjonssvikt er en påkjenning for den eldre og dennes pårørende, og det er kostbart for samfunnet.

Myndighetene har over tid hatt et uttalt fokus på pasientsikkerhet og tidlig oppdagelse og håndtering av

«Målet med SAFE er å oppdage og identifisere tidlige tegn på funksjonssvikt hos eldre.»

funksjons- og sykdomsforverring gjennom blant annet nasjonale tiltakspakker. Eksempler på dette er pasientsikkerhetsprogrammet (7), reformer som samhandlingsreformen (8) og «Leve hele livet» (9) samt nye roller for sykepleiere som avansert klinisk allmennsykepleie (10).

Det er et dokumentert behov for økt kompetanse hos sykepleiere i kommunehelsetjenesten (11), og det er behov for metoder for å identifisere pasienter med risiko for å utvikle skrøpelighet og slik avdekke tidlige tegn på funksjonssvikt for å kunne igangsette tidlig innsats (12).

Det er bred enighet om at tidlig innsats vil kunne

Om prosjektet

SAFE er revidert og evaluert i hjemmetjenesten i Oslo kommune gjennom et postdoktorprosjekt som er delvis finansiert av Oslo universitetssykehus (støtte til protokollutvikling) og Norsk Sykepleierforbund (forskningsmidler). SAFE ble utviklet i samhandlingsprosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre». Prosjektet ble ledet av Oslo universitetssykehus ved Stab samhandling og internasjonalt samarbeid og gjennomført i samarbeid med Generell indremedisinsk avdeling (OUS) og Geriatrisk akuttavdeling (OUS), Oslo kommune ved hjemmebaserte tjenester og fastleger i Bydel Bjerke, Bydel Nordre Aker og Bydel Øststensjø.



Skann QR-koden og kom rett til SAFE-skjemaet på sykepleieren.no

forhindre, redusere eller forebygge utvikling av alvorlig helsesvikt og omfattende hjelpebehov (12, 13). En nyere kunnskapsoppsummering slår imidlertid fast at det per i dag ikke finnes retningslinjer eller verktøy for å avdekke risiko for økt hjelpebehov blant hjemmeboende eldre (12).

HVORDAN BRUKE SAFE?

Når en pasient mottar hjemmesykepleie, foretas systematisk observasjon og vurdering av pasientens behov, ressurser og baseline funksjonsnivå (her betegnet «normaltilstand») ved hjelp av SAFE. Den strukturerte dokumentasjonen av dette ligger til grunn for å oppdage endringer i helsesituasjonen. Sykepleierne som arbeider i hjemmetjenesten, har ansvar for å følge opp et gitt antall pasienter, enten som primærkontakt, tjenesteansvarlig eller som en del av et arbeidslag. Systematisk bruk av SAFE bidrar til at sykepleierne blir kjent med pasientens normaltilstand og lettere kan avdekke endringer og slik styrke oppfølgingen av pasienten.

SAFE består av 13 hovedområder for observasjon og vurdering.

Sykepleieren, som helst er pasientens primærkontakt eller tjenesteansvarlige sykepleier, gjør regelmessige observasjoner og vurderinger av pasienten ved å følge strukturen i SAFE. Man leter punktvis etter subakutte endringer under gul kategori, og eventuelt akutte endringer i rød kategori. Hvis det ikke er endringer knyttet til de gule eller røde vurderingskategoriene, markeres det for grønn kategori for «ingen endring». En eller flere gule markeringer gir gul status, en eller flere røde markeringer gir rød status. Grønn status gjelder imidlertid kun ved utelukkende grønne markeringer. Til slutt konkluderes det med en SAFE-status basert på forekomsten av gule og/ eller røde, eller grønne markeringer. For å avgjøre om det er en endring eller ikke, tar man med faglig skjønn utgangspunkt i pasientens normaltilstand, dokumentert i journalen eller forrige SAFE-status til sammenlikning og oppfølging.

Hvilke oppfølgingstiltak sykepleieren kan gjøre basert på SAFE-status, for eksempel når lege bør kontaktes, er foreslått til slutt i SAFE.

Observasjoner og vurderinger ved hjelp av SAFE foretas etter oppsatt intervall. I samhandlingsprosjektet (14) hvor SAFE ble utviklet, var intervallet satt til hver 14. dag, noe som opplevdes for ofte av sykepleierne – særlig når pasientene var stabile. Vårt forslag er at intervallet settes som en hovedregel én gang per måned,

men at sykepleieren, gjerne i samarbeid med pasientens fastlege, vurderer kortere intervall på bakgrunn av pasientens tilstand. SAFE bør utføres rutinemessig på dagtid.

Det anbefales også at det foretas SAFE-vurdering ved utskrivelse fra sykehus eller institusjon og ved mistanke om endringer.

De 13 hovedområdene svarte i utgangspunktet til statusområdene i EPJ-systemet Geric, i den hensikt å basere SAFE på noe som for sykepleierne var kjent (14). Det ble foretatt en revisjon av første versjon i forbindelse med forskningsprosjektet som omtales nedenfor. Den første revisjonen besto kun av en tydeliggjøring av språk og begreper. Som vist i figur 1, er rekkefølgen på både de 13 områdene og fargekodene endret fra første og andre versjon til tredje versjon, basert på erfarings- og forskningsbasert evaluering av SAFE.

Evalueringen av SAFE, med påfølgende revisjon, er basert på følgende:

- Fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som tok i bruk SAFE i prosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre» og med sykepleiere som ikke kjente til SAFE.
- Intervjuer med a) seksjonsledere og b) mellomledere i bydeler som har deltatt, og en bydel som ikke deltok i prosjektet.
- En masteroppgave som inkluderte en litteraturstudie og samsvarsanalyser (15).
- Evaluering gjennom utprøving av SAFE i to bydeler som ikke var en del av det nevnte samhandlingsprosjektet, samt fokusgruppeintervjuer med sykepleierne som anvendte SAFE.

Resultater fra de ulike delprosjektene vil bli publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter.

TYDELIGERE TILNÆRMING

Rekkefølgen på hovedkategoriene ble justert for å stemme bedre med ABCDE-vurderingen. ABCDE er i til-

«Funksjonssvikt er en påkjenning for den eldre.»

takspakken for pasientsikkerhetsprogrammet anbefalt som metode for klinisk observasjon og vurdering (7).

Fargerekkefølgen ble endret fra grønn-gul-rød, til gul-rød-grønn, for å tydeliggjøre fokus på de subakutte endringene. Grønn er plassert til slutt for å aktivt kvittere om det er «ingen endring» i stedet for å gjøre dette aller først, før det subakutte eller akutte er vurdert.

Beslutningsstøtten i SAFE er plassert til slutt, ikke først som i de forrige versjonene. Dette for å tydeliggjøre at SAFE-kartleggingen og observasjonene må dokumenteres, og tiltak må igangsettes og følges opp. NEWS – et etablert verktøy for vurdering av akutt tilstand (16) – er nå inkludert som et handlingsalternativ når sykepleieren oppdager akutte endringer eller mistenker akutte endringer utenom SAFE-intervallet (for SAFE, versjon 3, se QR-kode).

BEHOV FOR ANDRE VERKTØY

Det finnes ulike enkeltstående verktøy for å kartlegge funksjonsnivå eller for å avdekke underliggende sykdom og/eller funksjonssvikt – eksemplifisert i tabell 2. Felles for disse er at de benyttes til å observere og vurdere ett eller få områder.

I SAFE tas det hensyn til kompleksiteten som kjenne-tegner eldre pasienters gradvise funksjonssvikt eller forverring av tilstand gjennom observasjon og vurdering av mange og sammensatte områder. Det er imidlertid ofte nødvendig å tegne et tydeligere bilde av eller bidra til mer spesifikk diagnostisering av pasientens tilstand. Gjennom denne systematiske vurderingen vil bruk av SAFE bidra til å avdekke behov for bruk av andre og komplementære observasjons- og vurderingsverktøy. Se tabell 3 for oversikt over SAFE-områdene i dagens versjon, observasjoner som skal gjøres, nødvendig klinisk utstyr samt eksempler på supplerende observasjons- og vurderingsverktøy.

I løpet av arbeidet med SAFE har vi gjentatte ganger mot-tatt spørsmål om forskjellene mellom SAFE og NEWS, og hvorvidt det ene erstatter det andre. Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler både spesialist- og kommunehelsetjenesten å benytte strukturerte verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. I et pasientforløpsperspektiv anser vi det som nyttig å følge opp pasienten i forbindelse med akutt sykehusinnleggelse og i sårbar hjemkomstfase med både SAFE og NEWS. En akutt endring i pasientens tilstand vil utløse at sykepleieren beregner NEWS-skår for å få en videre beslutningsstøtte. NEWS og SAFE er, slik vi ser det, komplementære verktøy.

STRUKTURERT DOKUMENTASJON

Tilgjengelig informasjon om pasientens tilstand, reaksjoner på denne samt helsepersonells relaterte aktiviteter er nødvendig for å sikre kontinuitet, pasientsikkerhet og kvalitet (1, 17). I hjemmesykepleien er det tradisjon for å dokumentere fortløpende og kronologisk. Det vil si at helsepersonellet beskriver hva som har skjedd i løpet av en vakt, og hva de har gjort. Dokumentasjonen nedtegnes kronologisk i pasientjournalen uten en form for fast struktur eller rekkefølge ut over dato og type vakt (18). Dokumentasjonen fremstår da som ustrukturert, og det er vanskelig å følge hva helsepersonellet har observert, vurdert, besluttet og gjort (18).

Bruk av SAFE danner grunnlag for en mer strukturert dokumentasjon, gitt at dokumentasjonen følger verktøystruktur i dokumentasjonssystemet. International

Figur 1. De tre versjonene av SAFE, kronologisk rekkefølge



Tabell 1. ABCDE-vurderingen

- A** Airways (luftveier)
- B** Breathing (respirasjon)
- C** Circulation (sirkulasjon)
- D** Disability (nevrologi)
- E** Exposure (helkroppundersøkelse)

Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet.no

Tabell 2. SAFE-områdene i versjon 3, observasjoner, nødvendig klinisk utstyr samt eksempler på supplerende observasjons- og vurderingsverktøy

SAFE-områder	Subjektive observasjoner	Objektive observasjoner	Supplerende verktøy*, inkludert klinisk utstyr
Kommunikasjon/sanser	Taleevne Språkforståelse Syn Hørsel		NEWS (16) FAST (17)
Respirasjon	Pustebeveger	Respirasjonsfrekvens Oxygenmetring	NEWS Pulsoksimeter
Sirkulasjon	Uregelmessig/ugegnesig puls Væskeansamling i beina/korsryggen	Blodtrykk Puls Temperatur	NEWS Blodtrykksapparat Stetoskop Termometer
Hud/føtt	Farge Grad av fuktighet Sår, utslett Lukt	Størrelse på sår	TIME (18) MEASURE (19)
Eliminasjon	Inkontinens Retensjon Farge og konsistens		Urinstitx (20)
Ernæring	Kvalme Munnørterhet Redusert inntak av næringsmidler Måttyt Svelging Munnhule Tannstatus	Vekt Andel vektapp	Personvekt Målebånd (> 2 meter) BMI (kroppsmasseindeks) MNA (21) NUFFE (22)
Fysisk funksjon	Ustøhet Falltendens Reise/sette seg Gangfunksjon Tremor Stivhet Bevegelighet i ledd Symmetri Kraft		FAST ADL-vurdering IPLDS (23)
Generell egenomsorg	Boevne		ADL-vurdering IPLDS
Personlig hygiene	Evne til kroppstell og påklædning		ADL-vurdering IPLDS
Medisinsk egenomsorg	Inntak av legemidler Følge forordninger		Legemiddelgjennomgang (24)
Søvn/hvile	Grad av våkenhet/tretthet Søvnemønstre		4AT (25) SAMBI (26)
Psykisk/kognitiv funksjon	Stemningsleie Orienteringsevne Bevissthetsnivå Årvåkenhet		4AT (25) MMSE (27)
Smerte	Smerteuttrykk	Smertekartlegging	Numeric Rating Scale (NRS)

*De utvalgte supplerende verktøy er kun eksempler og ikke en uttømmende oversikt. En oversikt over tilgjengelige skåler og tester finnes på aldring-og-helsetilstand.no. Andre anbefalte retningslinjer og verktøy finnes på pasientsikkerhetsprogrammet.no.

Tabell 3. ISBAR

Identifikasjon - Presenter deg, din funksjon og avdeling. Presenter pasientens navn og fødselsnummer
Situasjon - Hva er problemet? Presiser kort kontaktsak «jeg ringer fordi...» (beskriv)
Bakgrunn - Pasientens innleggsdiagnose og et kort resymé av forløpet (allergier, smitte)
Aktuell tilstand - Din vurdering av problemet etter A – B – C – D – E (SAFE-vurdering, evt. NEWS-skår). Før og nå. Endring
Råd - Lag en plan om videre behandling/oppfølging. Avklar ansvar

Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet.no

classification of Nursing Practice (ICNP) er av Norsk Sykepleierforbund og Direktoratet for e-helse anbefalt som fagterminologi for sykepleiepraksis og -dokumentasjon (19). SAFE er gjennom sin sykepleiefaglige struktur kompatibel med bruk av ICNP, noe som styrker nytten av SAFE ytterligere.

Bruk av SAFE danner også et godt grunnlag for å strukturere informasjon til samarbeidende helsepersonell, ofte fastlege eller legevakt. I en strukturert ISBAR-samtale (tabell 3) (7) vil informasjon fra SAFE gi en presis begrunnet fremstilling av endringer i pasientens tilstand, i motsetning til skjønsmessige beskrivelser av subjektive observasjoner.

Det er naturlig at hjemmetjenesten benytter SAFE i sin kliniske praksis, og som grunnlag for samhandling og kommunikasjon med helsepersonell i primærhelsetjenesten, og med pasienter og pårørende. SAFE kan også bidra til mer strukturert samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, innad og på tvers av helsetjenestenivåene.

BEDRE BEHANDLING

SAFE har et betydelig potensial for å muliggjøre at sykepleiere identifiserer tegn på funksjonssvikt hos eldre tidligere enn de gjør i dag. Resultater fra studien som ligger til grunn for revisjonen av SAFE, bekrefter dette. Å identifisere tidlige tegn på funksjonssvikt vil igjen kunne forhindre eller utsette ytterligere funksjonssvikt. Når relevante intervensjoner blir satt i gang tidlig, vil det sikre at pasienten blir lagt inn på sykehus eller får opphold på sykehjem, eventuelt forhindre eller utsette at det skjer.

SAFE er utviklet spesielt for målgruppen hjemmeboende eldre som står i fare for å utvikle skrøpeligheit, men man kan anta at SAFE også kan være nyttig og relevant for bruk i sykehjem.

BØR BLI DIGITAL

Det er et mål å digitalisere og implementere SAFE i klinisk praksis, og forarbeider til dette er i gang. Digitalisering av SAFE, som inkluderer utvikling av algoritmer for standardisering av vurdering og beslutningsstøtte, og som virker i samspill med sykepleierens faglige skjønn – vil forenkle bruken samt styrke verktøyets pålitelighet og de kliniske vurderingenes gyldighet.

Per i dag tas SAFE i papirversjon med ut til pasientene. Resultatene dokumenteres i EPJ (Gerica) etter tjenestens daglige journalføringsrutiner. Vitalia dokumenteres i labjournal. Ved systematisk dokumentasjon av vitale data over tid lages en oversiktlig graf i elektronisk kurve. Om det er endringer eller ikke, jamfør SAFE-kartleggingen, samt hvilke tiltak som settes i gang, dokumenteres etter lokale rutiner på det enkelte tjenestestedet.

Vi er i ferd med å utarbeide opplæringspakker og kan bistå med å implementere SAFE i klinisk praksis. Mer informasjon kan fås ved å kontakte førsteforfatteren, Senter for fagutvikling og forskning eller Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ●

REFERANSER

1. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(1):18–26.
2. Holm SG. Knappt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress. (Doktorgradsavhandling.) Bodø: Nord Universitet; 2017.
3. Wylter TB. Frail – skrøpelig, sårbar eller skjør? Tidsskr Nor Legeforen. 2014 desember; 134(23):2300.
4. Wylter TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
5. Lang PO, Michel JP, Zekry DJG. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. Gerontology. 2009;55(5):539–49.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar; 56(3):M146–56.
7. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Oslo! trygge hender 24-7; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand> (nedlastet 25.03.2019).
8. Meld. St. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. IS-2674. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/> (nedlastet 11.11.2018).
10. Helsedirektoratet. Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivarettatt i fremtiden? Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
11. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC nursing. 2016;15(1):5.
12. Husebø B, Erdal A, Kjellstadli C, Bøe JB. Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Bergen: Sefas; 2017.
13. Næss G, Kirkevold M, Hammer W, Straand J, Wylter TB. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):645.
14. Giattre E, Gjevjon ER, Skredsvig K. Sluttrapport for prosjektet Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012–2013. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2014.
15. Johansen S. Systematisk identifisering av den gamle skrøpelige pasient med risiko for reinleggelse til kommunal akutt døgnenhet – KAD. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2017.
16. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: Royal College of Physicians; 2012.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2001. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (nedlastet 11.11.2018).
18. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. J Clin Nurs. 2010;19(1-2):100–8.
19. Direktoratet for e-helse. Terminologi for sykepleiepraksis. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. Rapport 1028.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Edith Roth Gjevjon

Instituttleder og redaktør,
Lovisenberg diakonale høgskole og
Sykepleien Forskning

Vi skrev fagartikkelen for å gjøre SAFE kjent. Vi jobber med å skrive vitenskapelige artikler fra forskningsprosjektet om SAFE, men det tar ofte lang tid før slike artikler blir publisert. Dessuten skrives disse på engelsk og er ikke like tilgjengelige for alle.

SAFE er etterspurt, men det har ikke funnes andre referanser til det enn rapporten som ble skrevet i samhandlingsprosjektet da første versjon av SAFE ble utviklet. Nå har vi arbeidet med SAFE i noen år, så det var på tide å gjøre det kjent for dem som måtte være interessert i å bruke det eller referere til det.

SYSTEMATISK OG STRUKTURERT

Det er helt avgjørende at sykepleiere arbeider mer systematisk og strukturert, og dokumenterer sine observasjoner, vurderinger, beslutninger og handlinger.

Sykepleiere må kjenne til metoder og instrumenter eller verktøy som kan

benyttes for eksempel for å avdekke tidlige tegn på funksjonssvikt eller forverring av en tilstand hos pasienter. Intuisjon og generelle vurderinger er ikke tilstrekkelig.

NYTT UTDANNINGSPROGRAM

Akkurat nå er jeg opptatt av å slutføre de vitenskapelige artiklene etter postdoktorarbeidet mitt med SAFE. Jeg er også

«Intuisjon og generelle vurderinger er ikke tilstrekkelig.»

opptatt av at vi på Lovisenberg diakonale høgskole utvikler et helt nytt utdanningsprogram for bachelorstudiet i sykepleie fra 2020 etter ny forskrift om retningslinjer for sykepleierutdanningene.

I tillegg til dette er jeg som redaktør opptatt av at *Sykepleien Forskning* publiserer god og relevant forskning som kan bidra til å styrke utøvelsen av sykepleie. ●

HOVEDBUDSKAP

I denne artikkelen beskriver vi hvordan videreutdanningsstudenter i velferdsteknologi benyttet metoden tjenstedesign som tilnærming i et forbedringsarbeid på et sykehjem.

Studentene viser hvordan god involvering av pasienter kan skape endring og gi bedre løsninger i helse- og omsorgstjenestene. Den endelige løsningen vokste frem først når pasienter ble involvert i alle ledd i forbedringsprosessen.

NØKKELOD:

- ▶ Brukermedvirkning ▶ Kommunikasjon
- ▶ Omstilling ▶ Tjenstedesign ▶ Samhandling

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76718

Studentutviklet lydsensor ga bedre kommunikasjon mellom pasient og pleiere

Gjennom tjenstedesign kan man utvikle kreative løsninger i tett samarbeid med pasienter og ansatte i helsetjenestene.

En økende andel eldre med mer komplekse sykdomstilstander, sammen med knapphet på faglige og økonomiske ressurser, stiller stadig større krav til at helse- og omsorgstjenestene må tenke nytt for å løse disse utfordringene (1).

I tillegg har implementeringen av samhandlingsreformen (2) ført til et økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester (3). Pasientmedvirkning løftes frem som viktig for å øke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten (4, 5).

TJENESTEDESIGN

Selv om pasientmedvirkning er lovplagt i pasient- og brukerrettighetsloven (6), har helse- og omsorgstjenestene de senere årene blitt kritisert for ikke å involvere pasienter og brukere i stor nok grad. Tjenstedesign nevnes som en aktuell metodikk i forbedrings- og innovasjonsprosesser for å nå målet om økt pasientinvolvering og mer effektive tjenester (7, 8, 9).

Stickdom, Hormess, Lawrence og Schneider (10) fremhever at tjenstedesign har mest fokus på menneskene som mottar tjenester. Likevel påpekes viktigheten av å involvere alle ansatte i utviklingen av bedre og mer kreative løsninger og tjenester (10).

Helsepersonell har tradisjonelt hatt lite erfaring med

FORFATTERE


Susan Bergset
Vernepleier, Hjemmetjenesten,
Molde kommune



Vibecke Vågøy Nygård
Geriatrisk sykepleier, Glomstua
omsorgssenter, Molde kommune



Mari Mørkeset Sandbakk
Tjenstedesigner,
SafePath



Trude Fløystad Eines
Førsteamanuensis,
Høgskolen i Molde

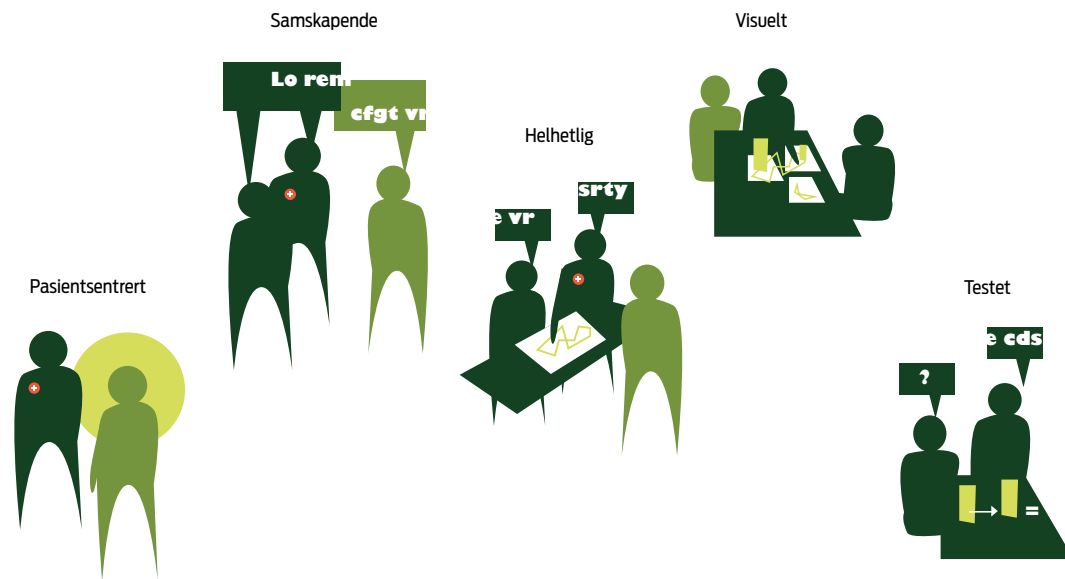
tjenstedesignprosesser, og vi så derfor et behov for å utvikle et studietilbud innen tjenstedesign for helsepersonell. Studietilbudet kom i gang høsten 2015, og er i dag et av fire del-emner i årsstudiet i velferdsteknologi ved Høgskolen i Molde.

FASENE I METODIKKEN

Tjenstedesign er en metode der kompetanse og verktøy fra ulike fagdisipliner blir benyttet (9, 10). Hensikten med tjenstedesign er å utvikle innovative og kreative løsninger i tett samarbeid med pasienter og ansatte i tjenestene.

En modell som kan illustrere arbeidsprosessen innen tjenstedesign, er «den doble diamanten» (11) (figur 1). Som regel starter tjenstedesignere med å undersøke en utfordring eller et problem som skal løses (fasen «Undersøkelse» i diamanten). Ofte benyttes det intervjuer eller observasjon som metoder for å kartlegge pasientenes behov.

Det grundige innsiktsarbeidet som tjenstedesigneren utfører, vil føre til en definerings av problemstillingen i det videre forbedringsarbeidet («Analyse» i diamanten). I denne fasen jobbes det systematisk med å analysere alle funnene fra undersøkelsesfasen før man bestemmer seg for hva det bør jobbes videre med.



PRINSIPPENE FOR PROSESSEN: Dersom helse- og omsorgssektoren skal kunne legge til rette for økt pasientinvolvering i forbedrings- og innovasjonsprosesser, er det vesentlig å følge alle de fem prinsippene som kjennetegner tjenstedesign: pasientsentrert, samskapende, helhetlig, visuelt og testet. Illustrasjon: Monica Hilsen

Tjenstedesignere vektlegger involvering av alle deltakerne i samskapende prosesser når forslag til løsninger skal utarbeides i fase tre, «Idéutvikling».

I den siste fasen, «Konseptualisering», er det viktig med gjentakende testing, evaluering og justering av de foreløpige løsningene som er utviklet. I denne fasen vektlegges det også involvering av alle berørte aktører, slik at de i fellesskap utvikler en best mulig og mest mulig helhetlig løsning i tett samarbeid (9, 10).

KOMMUNIKASJONSVERKTØY FOR PASIENTER UTEN SPRÅK

Case

En av studentgruppene på et årsstudium i velferdsteknologi valgte å ta utgangspunkt i utfordringer knyttet til en pasient som mangler språk og bor på sykehjem. Pasienten har trakealkanyle og kommuniserer via en talekanyle om dagen. Om nettene må pasienten koples til en respirator og kommuniserer da via en babycall.

Pasienten er helt avhengig av nattevaktene om det er behov for hjelp, og han har utfordringer med slimdannelser som gjør det utfordrende å puste i perioder.

Undersøkelse

Studentene støttet seg til anbefalingene fra Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO) og KS FoU (12) om å gå bredt ut i undersøkelsesfasen for å få god innsikt i tematikken de skulle jobbe med. Studentene valgte derfor å snakke med pasienten flere ganger.

I tillegg samarbeidet de tett med pasientens pårørende og flere ulike faggrupper av de ansatte ved institusjonen for å kartlegge både ressurser og utfordringer knyttet til kommunikasjon med pasienter uten språk.

Stickdorn og medarbeidere (10) påpeker at intervjuer bør utføres i det miljøet hvor samhandlingen med den aktuelle tjenesten pågår, for å få den ønskede innsikten. Alle intervjuene med pasient, ansatte og leder ble derfor gjennomført på institusjonen der pasienten bor.

Analyse

Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo og KS FoU (12) påpeker at analysefasen handler om å identifisere problemet og se på behovet og hvilke muligheter det bør arbeides videre med. Etter å ha gjennomført intervjuene tematiserte studentene derfor funnene.

Innsiktsarbeidet viste at det var behov for et bedre verktøy for kommunikasjon mellom pasienter uten språk og de ansatte.

«Helsepersonell har tradisjonelt hatt lite erfaring med tjenstedesignprosesser.»

te på sykehjemmet. Både pasienten, de pårørende og de ansatte fortalte om utrygghet knyttet til om de kunne stole på at babycallen virker når pasienten trenger hjelp.

Funn fra intervjuer med leger, sykepleiere og annet helsepersonell viste at dagens løsning ikke fungerte optimalt, og at den ikke opplevdes som et trygt varslingsystem.

Helsepersonell fortalte at de hadde utviklet personlige

FAKTA

Tjenstedesign

Tjenstedesign er en faglig disiplin med røtter i industridesign. Mens industridesign handler om å utvikle pasientvennlige produkter, handler tjenstedesign om å organisere gode pasientopplevelser på tvers av ulike kontaktpunkter (det kan for eksempel være nettsider og kundesentre). Med bruk av tjenstedesign organiseres tjenestene ut fra pasientens behov og ikke systemets behov.

Kilde: himolde.no

Trakealkanyle

Trakealkanyle er et rør av plast eller metall som settes inn i luftrøret gjennom et hull på forsiden av halsen. Spesielle kanyletyper har åpning i kanyleveggen som gjør at en del av utåndingsluften kan passere videre opp gjennom stemmepalten, og dermed gi pasienten mulighet for å snakke (talekanyle).

Kilde: Store medisinske leksikon

rutiner for hvordan de skulle ivareta pasienten, fordi de ikke stolte på at babycallen virker når han strever med å puste. Andre ansatte fortalte at nattevaktene har ansvar for mange pasienter, og at erfaringer har vist at de ikke mottar signaler fra babycallen når de befinner seg på enkelte rom eller deler av sykehjemmet.

Funn fra samtlige intervjuer viste at både pasienten, de pårørende og de ansatte hadde et ønske om å utvikle en bedre løsning, som de kunne stole på når pasienter uten språk har behov for å kommunisere med de ansatte. Kollegiet på sykehjemmet fortalte i tillegg at det er viktig at deres enhetsleder er innovativ og lydhør for nye forslag, for å løse utfordringene de står overfor.

Somech og Duch-Zahavy (13) løfter frem betydningen av et arbeidsmiljø der medlemmene er trygge på hverandre, fordi trygghet øker sannsynligheten for at nye ideer utvikles og prøves ut.

Stickdorn og medarbeidere (10) er opptatt av å inkludere pasienter eller pårørende i alle faser av en tjenstedesignprosess. Pasienten som var involvert i vårt prosjekt, var interessert i teknologi og ønsket å bidra, og i tillegg var han åpen for nye ideer og løsninger.

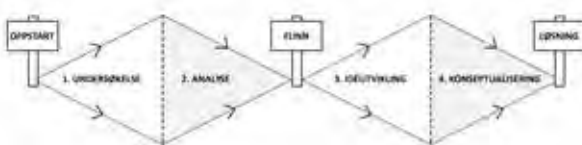
Bekymring

Studentene observerte og kartla hvor ofte pasienten opplevde at det var en utfordring at dagens kommunikasjonsløsning ikke fungerte.

Funnene viste at pasienten søkte kontakt via babycallen to ganger i løpet av tre netter, men måtte gi beskjed gjentatte ganger fordi babycallen var utenfor rekkevidde i forhold til hvor de ansatte befant seg på sykehjemmet. I tillegg viste det seg at babycallen var utenfor rekkevidde mellom 25 og 40 ganger per natt gjennom tre netter.

Pasienten uttrykte stor bekymring: «Det har skjedd at jeg har gitt fra meg lyder uten at noen har kommet, både på dag og natt.»

Figur 1. Den doble diamanten (12)



Idéutvikling

I idéutviklingsfasen (fase 3 i diamanten) er det viktig å skape en felles forståelse for de ideene som skal bidra til nye løsninger. Studentene arrangerte derfor en workshop med en tverrprofesjonell gruppe som jobber tett på pasienter uten språk.

Deltakerne på workshopen jobbet sammen og kom med følgende forslag til ny sensortechnologi som ville kunne dekke denne pasientgruppens behov på en bedre måte:

1. en sensor som utløses av klikkelyder som pasienten er i stand til å lage
 2. en sensor som utløses ved at pasienten blåser luft på den
 3. en sensor som utløses når pasienten beveger blikket og/eller hodet
- Studentene har lært at tverrprofesjonelt samarbeid ofte skaper mer kreative og bedre løsninger (12). De ulike ideene ble senere vurdert i samarbeid med pasienten, de pårørende og de ansatte, og studentene valgte å utvikle en prototype med utgangspunkt i idé nummer tre.

Fortløpende testing

Den første prototypen fungerte ikke da den ble testet av pasienten, fordi han hadde for lite bevegelse i nakke og hode. Testing og evaluering av prototypen bidro derfor til nyttig læring.

Denne erfaringen lærte studentene at det er viktig å involvere brukere eller pasienter i idéutviklingsfasen når

«Intervjuer bør utføres i det miljøet hvor samhandlingen med den aktuelle tjenesten pågår.»

løsningsalternativ skal jobbes frem. Det første løsningsforslaget ble deretter forkastet, før nye ideer ble diskutert og utviklet i tett samarbeid med pasienten.

Aakre og Scarning (14) påpeker at det å forkaste prototyper ikke må vurderes som negativt, men som læring i jakten på bedre og smartere løsninger. Stickdorn og medarbeidere (10) mener testing av prototyper er viktig for å vurdere løsninger og eventuelt forkaste eller justere dem før den endelige løsningen utvikles.

Pasienten, de ansatte og studentene samarbeidet deretter om å utvikle en idé om en teknologi som kan ta imot lyd som en mikrofon. Signaler til mikrofonen utløser en alarm over pasientvarslingsanlegget eller via en smarttelefon.

Bruken av tjenstedesignmetodikk i dette prosjektet førte til at løsningen ble utviklet i en sirkulær prosess. Det er nødvendig å bevege seg frem og tilbake mellom

prosessfasene for å utvikle en best mulig løsning som dekker behovene til brukeren av en tjeneste (14).

Ulike innovasjonsmiljøer har senere blitt koplet på prosjektet for å vurdere om det er mulig å realisere ideen om lydteknologiske sensorer og alarmer for personer uten språk som har behov for assistanse.

DISKUSJON

Det er visse kriterier helse- og omsorgssektoren må innfri dersom den ønsker å legge til rette for økt pasientinvolvering i forbedrings- og innovasjonsprosesser. Ifølge AHO / KS FoU (12) er det vesentlig å følge alle de fem prinsippene som kjennetegner tjenstedesign, for å nå det målet: pasientsentrert, samskapende, helhetlig, visuelt og testet.

I eksempelet med prosjektet som er presentert i denne artikkelen, kan vi se hvordan prinsippene i en tjenstedesignprosess blir fulgt:

- Problemstillingen kommer fra pasienten og de ansatte (pasientsentrert prinsipp).
- Lederforankring har ført til involvering av andre innovasjonsmiljøer og vil ha betydning for videre utvikling (samskapende prinsipp).
- Studentene har fått innsikt i hvordan mange ulike aktører er viktige for å levere en sikker og trygg tjeneste (helhetlig tilnærming).
- Visualisering, blant annet i workshops, har ført til felles forståelse for problemstillingen (visuelt prinsipp).
- I tillegg benyttet studentene tegninger og modeller når de skulle teste de foreløpige løsningsforslagene. Fortløpende testing og justeringer av prototyper fikk stor betydning for det endelige resultatet (prinsippet om testing).

Studentene ville for eksempel ikke fått den samme effekten av pasientintervjuene dersom ikke innsikten fra intervjuer og observasjoner på sykehjemmet ble benyttet i en samskapende prosess med god involvering av ulike aktører, samt at forslagene til løsningene ble testet reelt.

Ledelsesforankring

Det er viktig at arbeidet med å involvere pasienter i endrings- og forbedringsprosesser forankres i ledelsen. Studentene i prosjektet erfarte at enhetslederen ved den aktuelle institusjonen var en innovativ leder som var lydhør for nye forslag.

De ansatte vurderte god ledelsesforankring som viktig når man skal løse utfordringer og finne løsninger som trefler de reelle behovene hos pasientene. En leders innstilling kan være avgjørende for suksessen og implementeringsarbeidet i en tjenstedesignprosess.

AHO / KS FoU (14) påpeker også viktigheten av at ledere og ansatte blant annet må ha evne til å være åpne for innspill fra andre aktører, som for eksempel frivillige, besøkende og pårørende.

KONKLUSJON

Caset i denne artikkelen er et eksempel på hvordan

pasientinvolvering kan bidra til gode løsninger som dekker behovene til pasienter og brukere av norske helse- og omsorgstjenester. Bruk av tjenstedesign i forbedringsprosessen i prosjektet med temaet «kommunikasjon med pasienter uten språk» viser at den endelige løsningen vokste frem først da pasienten ble involvert i alle ledd i prosessen.

Å finne en løsning for bedre kommunikasjon mellom ansatte og pasienter uten språk hadde stor betydning for både pasientens, de pårørendes og de ansattes følelse av trygghet.

Tjenstedesignere opplever ofte at pasienter uttrykker takknemlighet over å bli hørt og få lov til å bidra i en endringsprosess. Pasientene er som kjent de som best kan definere egne behov. Ved bruk av tjenstedesign som tilnærming kan vi løfte frem problemstillingene og gå i dybden for å utvikle gode løsninger basert på reelle pasientbehov.

Bruk av tjenstedesign som tilnærming i forbedringsprosesser i helse- og omsorgssektoren er derfor viktig for å sikre reell bruker- og pasientinvolvering. ●

REFERANSER

1. McCabe T, Sambrook S. Psychological contracts and commitment among nurses and nurse managers: a discourse analysis. *Int J Nurs Stud*. 2013 juli;50(7):954–67. DOI: 10.1016/j.nurstu.2012.11.012
2. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf> (nedlastet 13.09.2018).
3. Lee SM, Olson DL, Trimi S. Co-innovation: convergenomics, collaboration, and co-creation for organizational values. *Management Decision*. 2012;50(5):817–31. DOI: 10.1108/00251741211227528
4. Austvoll-Dahlgren A, Johansen M. Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*. 2013;23(2). DOI: 10.5324/nje.v23i2.1649
5. Jarmtvedt G, Nortvedt MW. Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(2):188–91. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/brukermedvirkning-i-sykepleie> (nedlastet 26.06.2019).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?qpasient%20og%20pasientrettighet> (nedlastet 09.09.2018).
7. Eines TF, Vatne S. Nurses and nurse assistants' experiences with using a design thinking approach to innovation in a nursing home. *Journal of Nursing Management*. 2018 mai;26(4):425–31. DOI: 10.1111/jonm.12559
8. Eines TF, Angelo E, Vatne S. Discourse analysis of health providers' experiences using service design. *Nurs Open*. 2018;1–9. DOI: 10.1002/nop.2191
9. Roberts JP, Fisher TR, Trowbridge MJ, Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthc (Amst)*. 2016 mars;4(1):11–4. DOI: 10.1016/j.hjdsi.2015.12.002
10. Stickdorn M, Hormess M, Lawrence A, Schneider J. This is service design doing. Applying service design thinking in the real world: a practitioners handbook. Canada: O'Reilly Media; 2017.
11. Design Council. The double diamond [Internett]. London: Design Council; 2019 [siteret 10.09.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/design-process-what-double-diamond> (nedlastet 25.06.2019).
12. Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO) / KS FoU. Tiden inne for tjenstedesign? Innføring for kommunale innovasjonsprosesser. Idékatalog for tjenstedesign. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/95012b87175744b0bdeac08893c93402/idekatalogen.pdf> (nedlastet 26.04.2019).
13. Somech A, Drach-Zahavy A. Translating team creativity to innovation implementation: the role of team composition and climate for innovation. *J of Managem*. 2013 mars;39(3):684–708. DOI: 10.1177/0149206310394187
14. Aakre J, Scarning HS. Prosjekthåndboka 3.0. Verktøykasse for kreative team. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



ANSVARSBEVISSTE: Avdelingslederne mente det hadde stor betydning at de brukte lederskapet sitt til å tilrettelegge for studentveiledning. Bildet er fra Vinderen bo- og servicesenter. Foto: Erik M. Sundt

FORFATTER

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

NØKKELOD

- ▶ Sykepleierstudenter
- ▶ Læringsmiljø
- ▶ Holdninger
- ▶ Sykehjem
- ▶ Ledelse

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.77617

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sykepleierutdanningen og praksisfeltet er i endring. Det er også kravene til hva og hvordan sykepleierstudenter skal lære i praksis. Førsteårssykepleierstudentenes evaluering av praksisen på sykehjem avdekket et behov for å se nærmere på læringsmiljøet i sykehjem.

Hensikt: Beskrive og utforske avdelingslederens påvirkning for å utvikle læringsmiljøet til sykepleierstudenter i sykehjem og prøve ut en ny gruppebasert veiledningsmodell.

Metode: Et beskrivende og utforskende design ble benyttet, der kvalitative data ble samlet inn gjennom forskningsintervjuer med fem avdelingsledere i tre sykehjem. Intervensjonen var å prøve ut en ny veiledningsmodell.

Resultat: Selv om alle avdelingene som deltok i dette samarbeidsprosjektet mellom utdanning og praksis, var representert i styrings- eller prosjektgruppen, var avdelingslederne ulikt kjent med og forberedt på den nye veiledningsmodellen for studentenes praksisperiode. Informasjon om og forankring av den nye veiledningsmodellen bar preg av dette. Lederne hadde ulik rolle i arbeidet med å tilrettelegge for veiledningsmodellen, og holdningene til studentene varierte. Veiledningsmodellen bidro til mer faglig engasjement i avdelingene og til en mer positiv innstilling til det å være kontaktsykepleier.

Konklusjon: Avdelingslederne viste seg å ha en betydelig rolle i arbeidet med å utvikle sykepleierstudenters læringsmiljø i sykehjem. Tydeligere rammer, struktur, roller og ansvar i veiledningsmodellen bidro til at ansatte i avdelingene fikk større forståelse for veiledningsansvaret. Modellen med flere sykepleiere og studenter førte til flere faglige diskusjoner i avdelingene.

Avdelingslederens betydning for læringsmiljøet til sykepleierstudenter i sykehjem

Avdelingslederne fikk mer positive holdninger til studentene og ble mer oppmerksomme på fag da de tok i bruk en ny veiledningsmodell.

I følge rammeplanen for sykepleierutdanningen utgjør praksis og ferdighetstrening halvparten av utdanningsløpet: 90 studiepoeng (1). Læringsmiljøet i praksis har derfor stor betydning i utdanningen av sykepleiere. Fordi utdanningen og praksisfeltet er i endring, endres også kravene til hva og hvordan studenter skal lære.

For å utdanne selvstendige og kritiske sykepleiere rettes kravene mot kunnskapsbasert teori og praksis, studentaktive og digitale læringsmetoder, simulering, kritisk tenkning og refleksjon. Tidligere veiledningsmodeller var ofte basert på et 1:1-forhold mellom kontaktsykepleieren og studenten, etter mester-svenn-modellen. I dag er et økende antall studenter, større krav til effektivitet og mer vekt på refleksjon årsaker til at det er behov for nye veiledningsmodeller.

Ulike veiledningsmodeller

Dette aktuelle prosjektet med å prøve ut en ny veiledningsmodell har likhetstrekk med to andre modeller: SVIP-modellen og Peer Learning-modellen. SVIP-modellen (styrket veiledning i praksis) er en veiledningsmodell som ble prøvd ut i sykehjem og i hjemmetjenesten (2).

Hovedelementene består av veiledning på to nivåer: Daglige veiledere veileder studenter i praksis og får styrket sin egen veiledningskompetanse gjennom gruppeveiledning fra skolen. Evalueringen av SVIP-modellen viste gode resultater, men også forbedringsområder (3).

I Sverige ble modellen Peer Learning tatt i bruk som en alternativ modell.

To og to sykepleierstudenter jobbet sammen i læringsfellesskap med veiledere, der de tok utgangspunkt i at læring konstrueres gjennom sosial interaksjon i samarbeid med andre betydningsfulle personer (4).

Resultatene viste at mange studenter fikk bedre kognitive ferdigheter, selvtillit, autonomi, kliniske ferdigheter, evne til resonnering og argumentasjon. Samtidig kom det frem negative effekter hvis studentene

«I dag er et økende antall studenter, større krav til effektivitet og mer vekt på refleksjon årsaker til at det er behov for nye veiledningsmodeller.»

ikke samarbeidet bra. Det kunne også oppstå rivaliserende forhold der studentene prøvde å få veilederens oppmerksomhet.

Flere studier har vist til positive erfaringer med gruppepraksis, og at den gir gode muligheter for læring og støtte i studentgruppen. Bourgeois og medarbeidere (5) beskrev hvordan en innovativ læringsmodell med bruk av case understøttet studentenes læring og ga bedre læringsmuligheter i klinisk undervisning, mens Ekebergh (6) viste at en refleksiv gruppemodell lærte studentene å reflektere mer systematisk gjennom realistiske læringsituasjoner.

Disse veiledningsmodellene reflekterer et situert syn på læring, som betyr at læringen betraktes som grunnleggende

sosial, nært knyttet til konteksten, distribuert mellom personer, og at den skjer gjennom deltakelse i sosial praksis (7).

Bakgrunnen for prosjektet

Bakgrunnen for dette aktuelle samarbeidsprosjektet var at studentenes emneevalueringer ved tidligere Høgskolen i Telemark (HiT) over tid hadde avdekket et behov for å undersøke læringsmiljøet i sykehjem. HiT og tre sykehjem startet derfor et samarbeidsprosjekt for å kvalitetssikre og utvikle studentenes læringsmiljø (8).

Som en del av prosjektet skulle det tas i bruk en ny gruppebasert veiledningsmodell. Denne modellen innebar at hver avdeling tok imot flere studenter enn før, fra én student til to eller tre. Studentene skulle ha en kontaktsykepleier, men også andre veiledere å holde seg til.

En 20-prosentstilling som studentkoordinator ved hvert sykehjem ble finansiert gjennom prosjektet. Studentkoordinatorene ved hvert sykehjem hadde overordnet ansvar for studentenes praksisperiode, i tett samarbeid med avdelingslederne, kontaktsykepleierne og andre veiledere. De var også kontaktpersoner mellom sykehjemmene og høyskolen i prosjektperioden.

Hensikten med artikkelen

Jeg samlet inn data fra flere målgrupper: studenter, kontaktsykepleiere og veiledere, studentkoordinatorene, lærere og avdelingsledere. Avdelingslederne ble intervjuet fordi de hadde en nøkkelrolle i arbeidet med å tilrettelegge prosjektet og utvikle læringsmiljøet til studentene.

Denne artikkelen inneholder data

basert på intervjuene med avdelingslederne. Hensikten er å beskrive og utforske avdelingsledernes påvirkning for å utvikle sykepleierstudenters læringsmiljø og prøve ut en gruppebasert veiledningsmodell.

METODE

Jeg gjennomførte denne studien, som har et beskrivende og eksplorativt design med innsamling av kvalitative data som metode. Utprøvingen av en ny veiledningsmodell inkluderte også en aksjonsorientert tilnærming. Kontakt-sykepleierne og studentkoordinatorene på sykehjemmene gjennomførte veiledningsmodellen.

Utvalg

Utvalget i prosjektet besto av fem avdelingsledere fra tre sykehjem. HiT rekrutterte informantene via enhetslederne på sykehjemmene, som deltok i prosjektets styringsgruppe. Intervjuene foregikk i et skjermet rom på hvert sykehjem og varte cirka halvannen time. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert, analysert og behandlet av forfatteren.

Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført individuelt, med ett unntak, der to informanter ble intervjuet samtidig. Årsaken var å sikre datainnsamlingen innenfor en gitt tidsperiode. Til intervjuene benyttet jeg en semistrukturert intervjuguide som besto av ti spørsmål. Seks spørsmål var knyttet til ledelse og fire til studentenes læringsmiljø og erfaringer med gruppeveiledningsmodellen.

Analyse av data

Jeg benyttet systematisk tekstkondensering (STC) til dataanalysen, som er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (9). Analysen ble utført i tråd med metodens fire trinn: 1) fra helhetstrykk til foreløpige temaer, 2) koding av meningsbærende enheter – kodegrupper, 3) kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold og undergruppe og 4) syntese – fra kondensat til resultater.

Analysen var en induktiv prosess og

en frem- og tilbakegang mellom de ulike trinnene. I siste analysestrinn ble resultatene sammenfattet til tre temaer (tabell 1):

- Ledelse som forutsetning for læring
- Holdninger til studenter
- Erfaringer med veiledningsmodellen

Validitet og reliabilitet

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med prosjektgruppen og forelagt styringsgruppen før datainnsamlingen. Prosjektgruppen besto av kontakt-sykepleiere, studentkoordinatore og en representant fra høyskolen, mens styringsgruppen besto av enhetslederne fra hvert sykehjem, en instituttleder og en representant fra høyskolen.

For å styrke validiteten foretok jeg prøveintervjuer med to eksterne personer for å sikre at spørsmålene ble forstått riktig og kunne frembringe gyldige data (9). Jeg gjennomførte alle leddene i datainnsamlingen: intervjuene, påfølgende notater, transkriberingen, gjennomlesningen og analysen.

Selv om alle leddene i forskningsprosessen ble dokumentert, er trusler mot reliabiliteten at forfatteren var alene om å analysere dataene (10), og

«Jeg tenker at jeg som leder har noe mer å lære her. Men jeg tror at jeg kan gå inn og styre mer uten å overta ansvaret.»

Leder

at to informanter ble intervjuet samtidig. Jeg hadde ingen relasjoner til informantene utenom prosjektet. Med et utvalg på fem informanter er resultatene ikke overførbare utover dette utvalget.

Etiske hensyn

Virksomhetslederne på de tre sykehjemmene ga høyskolen tilgang til forskningsfeltet. Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien samt informasjon om at det var frivillig å delta i intervjuene, og at dataene ville bli behandlet konfidensielt og fremstilt anonymt. Høyskolen

hadde ansvaret for å samle inn, bearbeide og oppbevare dataene i tråd med forskningsetiske hensyn.

Studien ble ikke meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) fordi jeg ikke samlet inn personopplysninger, og resultatet av NSDs meldepliktstest viste at studien ikke var meldepliktig etter daværende regler.

RESULTATER

Resultatene blir presentert i tre underkapitler, i tråd med trinn 4 i analysen (tabell 1):

- Ledelse som forutsetning for læring
- Holdninger til studenter
- Erfaringer med veiledningsmodellen

Ledelse som forutsetning for læring

Avdelingslederne var i ulik grad forberedt på å gjennomføre prosjektet og prøve ut en ny veiledningsmodell, selv om alle avdelingene hadde deltatt enten i prosjektets styrings- eller prosjektgruppe. Forberedelsene hadde foregått muntlig mellom dem og studentkoordinatorene, og for de fleste også med virksomhetslederne. Ingen hadde en skriftlig plan.

Informasjonen og forankringen av prosjektet var ulik i de forskjellige avdelingene. Noen ledere hadde hatt informasjonsmøter i hele avdelingen, mens andre hadde informert personalet fortløpende. Flere informanter mente at sykehjemmet ikke var godt nok forberedt før studentene kom.

Avdelingslederne mente det hadde stor betydning at de brukte lederskapet sitt til å tilrettelegge for studentveiledning, og var veldig bevisste på ansvaret. Det var imidlertid variasjoner i hvordan de tilrettela for veiledning.

Flere ledere hadde gitt sykepleierne mer tid til å veilede studenter ved å overta oppgaver for dem eller delegere oppgaver til andre. Andre igjen hadde overlatt mye av ansvaret for studentene til studentkoordinatoren og sykepleierne, og hadde hatt mindre med studentene å gjøre enn de pleide.

Flere mente de hadde mer å gå på når det gjaldt tilrettelegging, som de

uttrykte slik: «Jeg tenker at jeg som leder har noe mer å lære her. Jeg har frigjort tid til veilederne og overlatt noe ansvar til dem, og sagt at de må tilbakemelde til meg hva de trenger av mer tid. Men jeg tror at jeg kan gå inn og styre mer uten å overta ansvaret.»

I noen avdelinger var det vanskelig for avdelingslederne å få forståelse i personalgruppen for veiledningsansvaret overfor studentene, og lederne jobbet derfor med dette hele tiden. Ingen ledere hadde egne fora for å utvikle læringsmiljøet, men post- og personalmøter og refleksjon var arenaer som ble benyttet. Ikke alle hadde vært flinke til å snakke om det å ha studenter i avdelingen, eller det ble bare snakket om det i sykepleiergruppen.

Lederne anså det som viktig for studentene at sykepleierne hadde god veiledningskompetanse, og motiverte og tilrettela for slik kompetanse. Oppfatningen deres var at de fleste sykepleierne selv ønsket å utvikle veiledningskompetansen sin, og var blitt ytterligere motivert på veiledningskurs. Lederne hadde likevel pålagt noen kontaktsykepleiere å ta veiledningskurs.

Holdninger til studenter

Avdelingslederne mente det hadde stor betydning at de var positive til studenter, og satte en norm for dette i avdelingen. Samtidig var det nyanser i holdningene deres. På den ene siden var det ledere som betraktet studenter som ressurser og hjelp i avdelingen, og som mente at det var skjerpene for alle å ha studenter i avdelingen. Lederne fremsto som interesserte i studentenes læring og inkluderte dem i avdelingens arbeidsmiljø.

På den andre siden var det ledere som hadde hatt mindre med studentene å gjøre enn før, og som mente at de hadde sluppet billig unna denne gangen. Studenter ble også beskrevet som en byrde for sykepleierne. Noen ledere pekte dessuten på at selv om lederen er positiv til studenter, er ikke nødvendigvis sykepleierne det, og at det ikke alltid hadde vært positivt å ha studenter i avdelingen.

Det handlet ikke bare om negative

Tabell 1. Oversikt av analysens fire trinn

Trinn 1	Fra helhetsinntrykk til foreløpige temaer: <ul style="list-style-type: none"> • plan for gjennomføring av pilotprosjektet • holdninger til studenter • læringsmiljøet • erfaringer med gruppeveiledningsmodellen • lederrollen
Trinn 2	Koding av meningsbærende enheter til kodegrupper: <ul style="list-style-type: none"> • ledelse • læringsmiljø
Trinn 3	Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold – kategorier og undergrupper <p>Ledelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • forberedelser og forankring av pilotmodellen • lederrollen <p>Læringsmiljø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • holdninger til studenter • gruppeveiledningsmodellen
Trinn 4	Syntese – fra kondensat til resultater: <ul style="list-style-type: none"> • ledelse som forutsetning for læring • holdninger til studenter • erfaringer med gruppeveiledningsmodellen

holdninger til studenter, men også om lite tid og ressurser til å ta seg ordentlig av dem. Det var også ledere som hadde kontaktsykepleiere som i utgangspunktet var negative til studenter. Da måtte lederne på banen for å få syke-

En av lederne uttrykte det slik: «Jeg er bevisst på å bruke studentene, de skal jobbe her, men de skal ikke utnytted. Jeg er bevisst på at studentene ikke skal gå med de samme på hver vakt, men se forskjellige måter å gjøre ting på. Og for å skåne kontaktsykepleierne fra å ha det henget.»

Lederne var opptatte av at studentene skulle få best mulig læring i praksis, og vektla sykepleiedekningen som det viktigste når de avgjorde hvor mange studenter de kunne ta imot.

«Jeg er bevisst på å bruke studentene, de skal jobbe her, men de skal ikke utnytted.»

Leder

pleierne til å ta sitt ansvar og snu negative holdninger:

«Hvis du har en koordinator [som i prosjektet], så har du en som i utgangspunktet har lyst til å ha studenter, du har ikke den typen tilleggsjobb. Erfart i årenes løp slår det ut veldig tilfeldig og forskjellig for studentene. Selvfølgelig har det noe å gjøre med kontaktsykepleier, men det blir ofte satt en norm fra ledelsen for hvordan det er å ha studenter.»

Lederne hadde lagt opp til at kontaktsykepleierne fikk mest tid til studentveiledning i starten av praksisperioden, mens det varierte noe hvordan studentene ble fulgt opp senere.

Erfaringer med veiledningsmodellen

Generelt hadde lederne positive erfaringer med veiledningsmodellen og ønsket å videreføre den. De trakk frem at de hadde fått større forståelse for veiledningsansvaret i prosjektet, selv om det fortsatt kunne være vanskelig. Dette mente de hadde sammenheng med mer struktur og system rundt veiledningsmodellen. Roller og ansvar var tydeligere, og flere hadde vært involvert med studentene og sett behovet deres for veiledning.

Lederne hadde også erfart at studentene ikke ble så ensomme i rollen sin, og at det var viktig å tilpasse

lærings situasjonen til begge studentene når de skulle jobbe sammen. Dette sitatet gjenspeiler noen erfaringer:

«Det har kanskje vært en endring hos oss, studentene har hatt flere veiledere, og personalet har forholdt seg mer til studentene, for de har fungert mye mer, de har jobbet mer selvstendig enn de har gjort før. Ikke bare hengt etter en sykepleier.»

Lederne mente at rollen som studentkoordinator var avgjørende for de positive erfaringene med veiledningsmodellen, det bidro til en likere praksis for studentene og var en stor avlastning for dem som ledere. Avdelingslederne hadde også opplevd at veiledningsmodellen bidro til mer diskusjon og oppmerksomhet på fag i avdelingene.

Studentene hadde stilt flere spørsmål rundt pasientsituasjoner enn før, og både sykepleiere seg imellom og sykepleiere og studenter hadde pratet mer fag sammen. En informant opplevde det som en stor forandring fordi det nesten ikke hadde vært faglige diskusjoner før i årenes løp. Følgende sitat oppsummerer lederens erfaringer med veiledningsmodellen:

«Jeg ser det som fremtiden, flere kontaktsykepleiere og flere studenter. Ser det som en mye bedre læringsarena. Mer faglig forsvarlig, mer fag, mer faglig fokus når du er flere til å vurdere, for da begynner de å snakke fag. Faget blir viktigere. Du kan gjemme deg bort som den ene kontaktsykepleieren, det kan du ikke med flere. Alle snakker seg imellom, studenter også, så du får en faglig gevinst.»

En av lederne mente at den største faglige gevinsten med veiledningsmodellen var at det var blitt mer positivt å være kontaktsykepleier.

DISKUSJON

Planlegge og forankre studentveiledningen

Resultatene viste at lederens forberedelser, forankring og rolle i utprøvingen av en ny veiledningsmodell var forskjellig, likedan deres holdninger til og tilrettelegging for studentveiledning. Erfaringene deres med veiledningsmodellen var positive, spesielt

at det ble mer oppmerksomhet på fag, og at det var blitt mer positivt å være kontaktsykepleier.

Studier om ledelse viser at suksesskriterier for endringsprosesser og komplekse arbeidsprosesser er at toppledelsen går foran og forankrer endringen fra topp til bunn (11, 12).

I denne studien viste det seg at lederne hadde planlagt og forankret veiledningsmodellen ulikt, og lederrollen var ulik. Innføringen av SVIP-modellen (13) pekte på at det hadde stor betydning at avdelingslederne tok ansvar

«Det var overraskende at denne modellen bidro til fagutvikling og en mer positiv innstilling til det å være kontaktsykepleier.»

og forankret modellen før oppstart, og at god planlegging og organisering av modellen var viktige forutsetninger for sykepleierens muligheter til å gjennomføre veiledning.

Flere ledere i denne studien mente at de ikke hadde forberedt og forankret veiledningsmodellen tilstrekkelig i forkant. Likevel følte de at de fikk større forståelse for veiledningsansvaret i avdelingen enn før. Det kan tyde på at forberedelsene til studentenes praksisperiode likevel var bedre i samarbeidsprosjektet.

Andre faktorer som bidro til større forståelse for studentenes veiledningsbehov, var at flere var involvert i veiledningen, og hvordan lederne involverte seg med sykepleierne og studentens læringsmiljø.

Tydlig ledelse – holdninger og handlinger

Evalueringen av SVIP-modellen viste at mange sykepleiere syntes lederne var usynlige og kjente seg alene om ansvaret (13). Om lederskap sier Jobben (12) følgende: «It is all about relations.» Med dette legger han til grunn at det er i relasjonene det skapes tillit,

forståelse, engasjement og vilje til å skape, gjøre og produsere, og at det er lederens ansvar å skape sosiale praksiser som fremmer utvikling og endring.

Her kan det tenkes at avdelingslederne kunne fått større forståelse for veiledningsansvaret ved å opprette egne fora i avdelingen der personalet kunne diskutere og utvikle læringsmiljøet generelt, og utvikle det for studentene spesielt. Lederens erfaringer med at denne veiledningsmodellen bidro til likere forutsetninger for studentenes læring på grunn av tydelige rammer, struktur og ansvar, er viktige faktorer i arbeidet med å utvikle nye veiledningsmodeller.

Ledere er viktige rollemodeller for alle ansatte, både i holdninger og handlinger, og for å holde oppe visjoner og endringer i en avdeling. Lederne i denne studien var bevisst sine egne holdninger til studenter og jobbet med holdningsarbeid i avdelingene. Likevel kom det frem nyanser som kan ha påvirket studentenes læringsmiljø forskjellig.

Studier har vist at avdelingslederens holdninger til å veilede studenter var avgjørende for hvordan veiledningen ble integrert i læringsmiljøet (2). Studier har også vist at studentenes læringsmiljø hadde sammenheng med avdelingens pedagogiske atmosfære, veiledningsrelasjoner, avdelingens ledelse og premisset for å utøve sykepleie (14).

Birks (15) kom frem til at praksisstedets forberedelser, sekvensering og konsistens var avgjørende faktorer for å sikre gode læringsmuligheter for studenter, mens det viktigste funnet var at studentene trengte å kjenne seg som en del av teamet i avdelingen for å få best mulig læringsutbytte.

I denne studien var alle lederne opptatte av at studentene skulle lære mest mulig i praksis, og gjenspeilte et situert syn på læring (7). Det er likevel grunn til å tro at holdninger til studenter og måten lederne inkluderte dem i avdelingen var viktig for studentenes læring.

At avdelingslederne hadde positive erfaringer med veiledningsmodellen og ønsket den videreført, fører

seg inn i rekken av positive erfaringer med gruppebaserte veiledningsmodeller fra liknende prosjekter (2–6). Det var overraskende at denne modellen bidro til fagutvikling og en mer positiv innstilling til det å være kontaktsykepleier, men også at det var et stort behov for holdningsarbeid overfor studentene.

Faglig ledelse

Integreringen av SVIP-modellen viste at avdelingsledere må være mer enn administratorer, og at faglig ledelse og faglig utvikling må være viktige arbeidsområder for å bedre kvaliteten på sykepleie (13, 16). Kvaliteten på sykepleie påvirker studentenes læring. Ifølge Ingstad (17) har ledere og sykepleiere på sykehjem blitt pålagt stadig flere oppgaver og opplever høyere krav til effektivitet. Det kan føre til at faglig ledelse nedprioriteres på bekostning av effektivitetskrav, og til at ledere blir mer usynlige.

Avdelingslederne i denne studien ga uttrykk for at studentkoordinatorene hadde vært en stor avlastning for dem, og at de faglige diskusjonene som hadde oppstått i avdelingen, var en faglig gevinst. Både fagutvikling og holdningsarbeid er klare lederoppgaver, og funn på disse områdene tyder på at det er viktig for studentenes læringsmiljø at avdelingsledere vier stor oppmerksomhet til disse oppgavene.

Felles ansvar for studentenes læringsmiljø

Sykepleierutdanningen og praksisfeltet har et felles ansvar for å utvikle studentenes kliniske læringsmiljø, og den nye forskriften om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger som trer i kraft studieåret 2020/2021, skal sørge for at utdanningen tilpasses bedre for fremtiden (18). Niederhauser og medarbeidere (19) viste at mer samarbeid mellom utdanningen og praksisfeltet reduserte båsene mellom de to virksomhetene og skapte felles visjoner for å utvikle klinisk læring for sykepleierstudenter. Denne studien var basert på et kreativt samarbeidsprosjekt mellom en sykepleierutdanning og tre sykehjem og

viste at avdelingslederne i kraft av sin rolle hadde stor påvirkning på sykepleierstudentenes læringsmiljø.

Styrker og svakheter ved studien

Utdannings- og praksisfeltet bruker store ressurser på veiledning av sykepleierstudenter, og mange studier fokuserer på rollen som kontaktsykepleier, student eller lærer. Denne studien viser at også rollen som avdelingsleder har innflytelse på studentenes læringsmiljø.

Utvalget var lite og gir begrenset innsikt i temaet. En bred kartlegging av hvordan avdelingsledere påvirker læringsmiljøet til sykepleierstudenter, kan belyse temaet bredere og fra flere sider, som et godt utgangspunkt for videre utvikling av studenters læringsmiljø i sykehjem.

KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å beskrive og utforske hvilken betydning avdelingsledere hadde når det gjaldt å utvikle sykepleierstudenters læringsmiljø i sykehjem og prøve ut en ny gruppebasert veiledningsmodell. Veiledningsmodellen var basert på erfaringer fra liknende prosjekter.

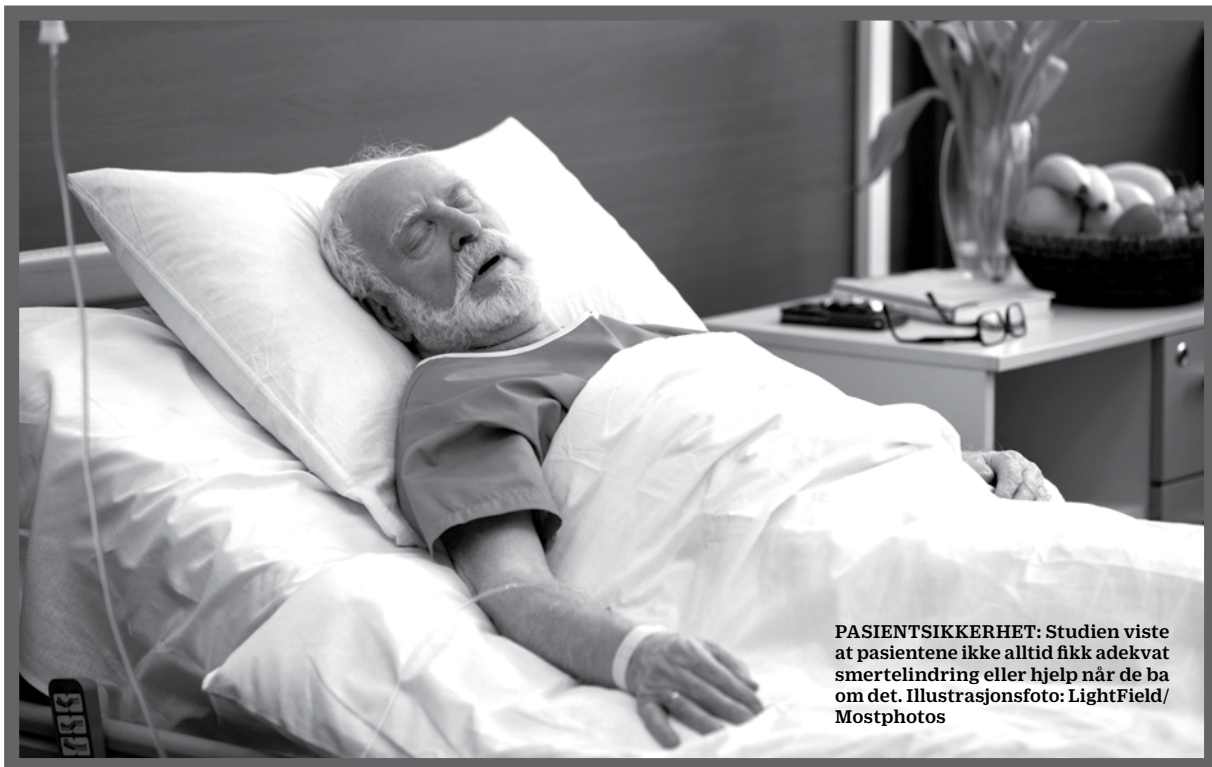
Det viste seg at avdelingslederne hadde en betydelig rolle med å planlegge, forankre og tilrettelegge for veiledningsmodellen, og bidra til positive holdninger overfor studenter i avdelingene. Veiledningsmodellen bidro overraskende til mer oppmerksomhet på fag og mer positive holdninger til det å være kontaktsykepleier. ●

REFERANSER

1. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 21.06.2018).
2. Bergseth WB, Solvik E, Engelién RI, Larsen ØM, Sønsteby SN, Struksnes S, et al. Styrket veiledning i sykepleierutdanningens praksisperioder. *Vård i Norden*. 2013;33(1):56–60.
3. Sønsteby SN, Engelién RI, Johansson IS. Veiledningsmodell for sykepleierstudenter i sykehjem – en evalueringstudie. *Vård i Norden*. 2008;28(3):42–5.
4. Stenberg M, Carlson E. Swedish student nurses' perception of peer learning as an educational model during clinical practice in a hospital setting – an evaluation study. *BMC Nursing Open Access*. 2015;14(48):1–7.
5. Bourgeois S, Drayton N, Brown AM. An innovative model of supportive clinical teaching and learning for undergraduate nursing students: the cluster model. *Nurse Education in Practice*. 2011;11(2):114–8.
6. Ekebergh MA. A learning model for nursing students during clinical studies. *Nurse Education in Practice*. 2011;11(6):384–9.

7. Øhra M. Digitale ferdigheter. Sosiokulturell læringsperspektiv. Behaviorisme – konstruksjonisme – sosiokulturell læringsperspektiv. Tilgjengelig fra: <http://www.digitalferdighet.no/metodikk/laeringsteorier> (nedlastet 01.06.2018).
8. Aase E. Kvalitetssikring og utvikling av kliniske studier for sykepleierstudenter i sykehjem. Et samarbeidsprosjekt mellom Porsgrunn kommune og Høgskolen i Telemark. Porsgrunn: Telemark Open Research Archive, TEORA; 2013. Prosjektrapport.
9. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
10. Kvale S. *InterViews*. An introduction to qualitative research interviewing. 1. utg. London, New Delhi: Sage; 1996.
11. Aase E. Undervisningssykepleier – funky sykepleier? *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. 2003;5(4):244–59.
12. Jebesen CH. Relasjonell koordinering – fremmer kvalitet og effektivitet i komplekse arbeidsprosesser. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*. 2015;7(2):13–6.
13. Sønsteby SN, Engelién RI, Arvidsson B. Mellom idealer og realiteter – Integrering av gruppeveiledningsmodellen SVIP i sykehjem. *Nordisk sykepleieforskning*. 2013;3(02):130–8.
14. Papastavrou E, Dimitriadou M, Tsangari H, Andreau C. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. *BMC Nurs*. 2016;15(4):1–10.
15. Birks M, Bagley T, Park T, Burkot C, Mills J. The impact of clinical placement model on learning in nursing: a descriptive exploratory study. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2017;34(3):17–23.
16. Foss B. Faglige verdier som grunnlag for ledelse. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/faglige-verdier-som-grunnlag-ledelse> (nedlastet 30.11.2018).
17. Ingstad K. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden*. 2010;30(2):14–7.
18. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utdanninger-for-framtida/id2569698/> (nedlastet 30.11.2018).
19. Niederhauser V, Schoessler M, Gubrud-Howe PM, Magnussen L, Codier E. Creating innovative models of clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*. 2012;51(11):603–8.





PASIENTSIKKERHET: Studien viste at pasientene ikke alltid fikk adekvat smertelindring eller hjelp når de ba om det. Illustrasjonsfoto: LightField/ Mostphotos

FORFATTERE

Eli Eliassen

Universitetslektor og operasjons-
sykepleier, Nord universitet,
Bodø

Sissel Holla

Universitetslektor og operasjons-
sykepleier, Nord universitet,
Bodø

Terese Bondas

Professor og helsesøster,
Det helsevitenskapelige fakultet,
Universitetet i Stavanger

NØKKELORD

- Perioperativ sykepleie
- Pleielidelse
- Pasientforløp
- Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.77201

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Eldre pasienter som innlegges på sykehus for kirurgisk behandling, flyttes raskt mellom forskjellige nivåer i helsetjenesten. Da kan pasienter bli utsatt for påført pleielidelse, som kan bli en ekstra byrde og hindrer rehabilitering.

Hensikt: Å beskrive sykepleieres erfaringer med pleielidelse som påføres eldre pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep.

Metode: Studien har en kvalitativ, eksplorativ design med totalt sju intervjuer. Vi gjennomførte et fokusgruppeintervju, fem kvalitative dybdeintervjuer med to informanter i hver gruppe og ett individuelt intervju med én sykepleier. Femten sykepleiere deltok. De var ansatt i hjemmetjenesten, på sykehjem og på operasjonsavdelinger.

Resultat: Sykepleierne som deltok, hadde erfart at sykepleiere hadde opptrådt respektløs mot eldre pasienter. Verdikonflikter oppsto i møter mellom pasientene og helsepersonellet, og det var vanskelig å diskutere uetisk oppførsel med ledere eller kolleger. Pasienter fikk ikke alltid adekvat smertelindring, og de fikk ikke alltid hjelp når de ringte på eller ba om hjelp.

Konklusjon: Eldre pasienter risikerer å bli utsatt for pleielidelse i form av krenkelser, neglisjering og mangel på adekvat smertelindring i kirurgiske forløp, der pasienter flyttes raskt mellom ulike enheter. Påført nødvendig lidelse kan forebygges ved å samtale med pasient og pårørende. En god kommunikasjon og etisk refleksjon med kolleger om observerte krenkelser gjenspeiler en etisk ansvarlig ledelse.

Pleielidelse i perioperative pasientforløp for eldre

Pasienter flyttes raskt mellom ulike enheter i kirurgiske forløp. Spesielt de eldre risikerer å bli utsatt for pleielidelser som krenkelser, neglisjering og dårlig smertebehandling.

Det har skjedd store endringer i kirurgisk pasientbehandling. Endringene medfører kortere liggetid på sykehus i forbindelse med kirurgisk behandling, også for de eldre. I den forbindelsen kan pasienter utsettes for lidelse utover selve sykdommen og behandlingen. I denne artikkelen valgte vi å bruke begrepene «påført pleielidelse» og «påført lidelse».

Eriksson sammenfatter «pleielidelse» som krenking av pasientens verdighet, uteblitt pleie, fordømmelse, straff og maktutøvelse (1). Dahlbergs begrep, «påført lidelse», beskrives som negative møter med helsepersonell som gjør at pasientene blir sårbare, og denne lidelsen påføres som følge av mangel på omsorg (2).

Alle mennesker ønsker å bli godt ivaretatt, få omsorgsfull sykepleie og bli møtt med forståelse, verdighet og respekt av helsetjenesten (3, 4). Pasienter kan likevel møte helsepersonell som opptrer krenkende, som medfører at pasienter påføres lidelse. Helsepersonell kan oppføre seg frekt og respektløst, og de kan overse og ydmyke pasienter og behandle dem som om de er usynlige (2, 5–7).

Albina oppgir et eksempel på at en eldre mann blir utsatt for grove krenkelser i form av fysisk berøring og verbale krenkelser i forbindelse med en operasjon (8). Willassen med flere viser et eksempel på at en pasients smerte blir ignorert, og oppgir eksempler på verbale krenkelser i form av negative omtaler av pasientens kropp (9).

Pasientforløp

I studien vår forteller sykepleiere om pasienter over 60 år. Verdens

helseorganisasjon (WHO) definerer mennesker mellom 60 og 75 år som eldre, og mennesker over 75 år som gamle. Eldre flyttes ofte til rehabiliteringsavdelinger eller hjemmet sitt kort tid etter kirurgisk behandling, og dette omtales som pasientforløp, behandlingslinjer, behandlingssløyfer eller traumekjeder (10).

Et kirurgisk pasientforløp deles normalt inn i tre faser: preoperativ,

«Det skjer krenkelser, særlig verbale krenkelser, både fra sykepleiere og leger i perasjonsteamet, og det er veldig vanskelig å ta dette opp.»
Operasjonssykepleier

intraoperativ og postoperativ fase. Den preoperative fasen er tiden fra det er bestemt at pasienten skal opereres, til pasienten ankommer operasjonsavdelingen. Denne tiden består av forberedelser for pasienter og personalet. I operasjonsavdelingen blir pasientene ivaretatt av det kirurgiske teamet, som i hovedsak består av kirurg, operasjonssykepleiere, anestesilege og anestesisykepleiere (3, 11, 12).

Perioperativ sykepleie

Begrepet «perioperativ sykepleie» ble tatt i bruk i USA på 1970-tallet. Lindwall og von Post definerer perioperativ sykepleie som de sykepleiehandlingene og sykepleieaktivitetene som

utføres av operasjons- og anestesisykepleiere under den pre-, intra- og postoperative fasen i forbindelse med operasjon, vanligvis på operasjonsavdelinger (13).

I de nordiske landene er utdanningene og ansvarsområdene forskjellige for disse spesialsykepleierne, og arbeidsområdet til perioperative sykepleiere kan variere fra sykehus til sykehus og er også forskjellig fra land til land (14). Perioperativ sykepleie kan i dag i videste forstand omfatte kontakt og omsorg med pasienten på poliklinikker, oppvåkningsenheter, dagkirurgiske operasjonsavdelinger og kontakt med pasienten via telefon før og etter operasjoner (14).

Ansvar for å beskytte pasienten

Operasjons- og anestesisykepleiere arbeider i et flerfaglig operasjonsteam sammen med leger, ingeniører og portører, og hele teamet har ansvaret for å opptre omsorgsfullt (4). Operasjonssykepleiere har et særlig ansvar for å beskytte pasientene slik at de ikke settes i forlegenhet, og at de ikke krenkes når de er nakne eller forsvarslos (4).

Forskning om pleielidelse på tvers av behandlingsforløp, slik vi har gjort, er nytt. Det er viktig å få mer kunnskap fra sykepleierens perspektiv om påført lidelse i det perioperative forløpet for å utvikle sykepleien.

Hensikten med artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å beskrive sykepleieres erfaringer med påført pleielidelse. Funnene i denne artikkelen fremkom i en studie vi

har gjort om pasientsikkerhet og eldre (15).

METODE

Design

Vi valgte kvalitativ metode med semi-strukturerte intervjuer. Det ble utført innholdsanalyse av datamaterialet (16).

Utvalg

Vi intervjuet 15 sykepleiere som arbeidet i mindre og større bykommuner. De var ansatt på operasjonsavdelinger, på sykehjem og i hjemmesykepleien. Vi valgte en kombinasjon av fokusgruppe med fire deltakere, fem intervjuer med to deltakere samt ett individuelt intervju for å styrke og berike studien og få et innsideperspektiv fra hele det kirurgiske pasientforløpet. Tabell 1 viser detaljert informasjon om deltakerne.

Datainnsamling

Vi kontaktet ledere på sykehus og i kommuner. De formidlet kontakt med sykepleierne vi intervjuet. Intervjuene ble utført i perioden mars 2014 til september 2015. Hovedspørsmålene omhandlet pasientsikkerhet til eldre som gjennomgikk kirurgisk behandling. Vi benyttet en veiledende intervjuguide, som vi utarbeidet med bakgrunn i litteratur og forfatternes erfaringer.

Det var totalt 23 spørsmål i studien. Spørsmålene var åpne, og vi ba i tillegg om utdypning når sykepleierne beskrev opplevelser der pasienter hadde blitt utsatt for verbale krenkelser eller neglisjering, eller var blitt oversett. Vi spurte også om sykepleierne kunne gi oss eksempler på slike hendelser. Vi utførte totalt sju intervjuer: ett intervju med én deltaker, fem intervjuer med to deltakere og ett fokusgruppeintervju.

I fokusgruppeintervjuet deltok fire sykepleiere. To var ansatt på sykehjem og to i hjemmetjenesten. I dette intervjuet var tredjeforfatteren moderator. Hennes oppgave var å få deltakerne til å snakke sammen og håndtere den sosiale dynamikken slik at alle kom til orde. Andreforfatteren gjennomførte alle intervjuene, mens førsteforfatteren

tok notater og kom med tilleggsspørsmål (16). Tabell 2 viser detaljer om intervjuene.

Analysen

Etter intervjuene oppsummerte vi og skrev ned hovedinntrykkene. Førsteforfatteren transkriberte alle intervjuene med unntak av ett. Vi utførte en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet (17, 18). Denne analysemetoden ble valgt fordi den anses som egnet til å undersøke deltakernes erfaringer, holdninger, motiver og tanker samt gå i dybden på noen av temaene.

Første- og andreforfatteren hørte på opptakene og leste gjennom tekstene

«Verdikonflikter oppstår når sykepleiere er vitne til at andre omsorgspersoner oppfører seg uhøflig.»

flere ganger. Utsagnene ble så delt inn i meningsenhet, kondensert meningsenhet og koder, som så ble tematisert (17, 18).

Førsteforfatteren har hatt hovedansvaret for analysen, men alle forfatterne har hatt jevnlike møter der vi gjennomgikk og diskuterte analyser, fortolkninger og tekst. Tabell 3 viser eksempler på hvordan utsagnene ble delt inn i meningsenhet, kondensert meningsenhet og koder, og hvordan disse ble til undertema og hovedtema.

Etiske hensyn

Vi informerte skriftlig og muntlig om studien til lederne og informantene. Sykepleierne har skrevet under på informert samtykkeerklæring. De oppga alder, utdanning og antall år i yrket i forkant av intervjuene, med unntak av det første intervjuet, der denne informasjonen ble oppgitt under selve intervjuet.

Vi informerte sykepleierne om at studien var frivillig, og om at de hadde rett til å trekke seg fra studien uten grunn. Fire informanter trakk

seg samme dag som vi hadde avtale å gjennomføre intervjuene. Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (prosjektnummer 37833).

RESULTATER

Sykepleierne i studien hadde erfaringer med at pasienter var påført pleielidelse, for eksempel respektløs oppførsel, og at helsepersonell neglisjerte pasienter som prøvde å oppnå kontakt. Verdikonflikter medførte at det var spesielt vanskelig for sykepleierne å drøfte påført lidelse med kolleger og ledelse.

Respektløs oppførsel mot pasienter

Sykepleiere som var ansatt på sykehjem, hadde eksempler på at pasienter med kognitiv svikt og demensdiagnoser var utsatt for verbale krenkelser. De kom også med eksempler på av det var sendt inn avviksmeldinger på ansatte fordi de hadde oppført seg upassende mot pasienter.

Operasjonssykepleierne fortalte om krenkelser både fra sykepleiere og leger i operasjonsteamet. Det kunne være banning eller andre verbale uttrykk som sykepleierne mente var upassende. En operasjonssykepleier sa det slik:

«Det skjer krenkelser, særlig verbale krenkelser, både fra sykepleiere og leger i operasjonsteamet, og det er veldig vanskelig å ta dette opp.»

En annen operasjonssykepleier sa følgende:

«Anestesisykepleieren har faktisk gitt pasienten beroligende sånn at pasienten skal slippe å være vitne til kirurgen som står og slenger med ord. Jeg tror ikke vi er det eneste sykehuset i landet som har dette problemet.»

Flere operasjonssykepleiere hevdet at problemet med verbale krenkelser mot pasienter var velkjent på mange operasjonsstuer, og at det var vanskelig å ta det opp med kolleger.

Mangel på adekvat smertelindring

Sykepleierne fortalte at eldre pasienter ikke alltid fikk adekvat smertelindring. En sykepleier ansatt i hjemmesykepleien sa dette:

«Krenkelser i forhold til smerter. Det har jeg opplevd flere ganger. At vi mistror deres smerter.»

Sykepleiere som var ansatt i hjemmesykepleien og på sykehjem, hadde opplevd stigmatisering av pasienter med misbruksproblematikk. De hadde også opplevd at pasienter ikke hadde fått adekvat smertelindring etter operasjoner. En sykepleier sa følgende:

«Det er kanskje dessverre litt for vanlig at vi har høy terskel for å gi eventuell medisin. Sannsynligvis er det for eksempel motvilje mot å gi morfin, for da må man passe bedre på pasienten når vi er dårlig bemannet, og det kan også være at sykepleieren er redd for at pasienten skal falle.»

En sykepleier på rehabiliteringsavdelingen sa at en pasient hadde fortalt på legevisitten at han hadde fått dårlig smertelindring etter en operasjon. Det fremkom i journalen at pasienten ikke hadde fått smertestillende medikamenter som var ordinert ved behov. Hun sa som følger:

«Når vi ikke har gitt behovsmedisin, blir det helt feil. Vi kan være redde for å gi for mye smertestillende da det har vært fokus på dette i mediene at pasienter er neddopet. Derfor er dette et veldig komplisert tema.»

Pasientenes forsøk på sykepleierkontakt ble oversett eller neglisjert

I intervjuene beskrev sykepleiere neglisjering av pasienter som prøver å oppnå kontakt. Sykepleierne som var ansatt på sykehjem, fortalte at pasienter ble oversett, og at de ikke fikk hjelp når de ringte på. En sa dette:

«De har blitt oversett. Vi får avvik på at de ringer på, og ingen kommer og ser til dem.»

Det beskrives som svært vanskelig og krenkende for pasienter ikke å få hjelp når de har smerter, ligger vondt eller trenger hjelp av andre grunner.

DISKUSJON

Denne artikkel retter søkelyset mot pleielidelse som påføres eldre pasienter som gjennomgår kirurgisk behandling og pleie. I studien finner vi respektløs oppførsel mot pasienter,

Tabell 1. Informasjon om sykepleierne som deltok

Sykepleier/spesialsykepleier	Nåværende arbeidssted	Alder	Kjønn	Antall år i yrket
Operasjonssykepleier med videreutdanning i helse, miljø og sikkerhet	Operasjonsavdeling	47	K	26
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	48	K	24,5
Anestesisykepleier	Operasjonsavdeling	49	M	25
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	62	K	27
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	49	K	25
Operasjonssykepleier med mastergrad	Operasjonsavdeling	44	K	23
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	52	K	27
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg	Sykehjem	33	K	2,5
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg	Sykehjem	30	K	8
Sykepleier	Sykehjem	40	K	14
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg	Sykehjem	50	K	10
Sykepleier	Hjemmesykepleien	40	K	11
Sykepleier	Hjemmesykepleien	40	K	12
Sykepleier	Hjemmesykepleien	59	M	19
Sykepleier	Hjemmesykepleien	56	K	20

Tabell 2. Informasjon om de sju intervjuene

Intervjuform	Antall deltakere	Arbeidssted
Fokusgruppe	4	2 ansatt på sykehjem 2 ansatt i hjemmesykepleien
Kvalitativt individuelt intervju	1	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på sykehjem
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt i hjemmesykepleien

manglende smertelindring og neglisjering fra helsepersonellens side når pasienter forsøkte å oppnå kontakt. Sårbare grupper, som pasienter med forvirringstilstander og kognitiv svikt,

var særlig utsatt. Det samme var eldre pasienter med rusproblematikk.

Studier, også fra operasjonsavdelinger, viser at det skjer alvorlige og uakseptable krenkelser av pasienter (7, 9).

Albina har eksempler på grove krenkelsers av en pasient i perioperativ sykepleie. Hun påpeker at operasjonspasienter er i en særlig sårbar situasjon fordi de er bedøvet (8).

Det kan være vanskelig å få helsepersonell til å fortelle om slike kritikkverdige situasjoner. Ifølge Eriksson kan pasienter føle åndelig og sjelelig lidelse forårsaket av fornedrelser fra medmennesker. De kan også oppleve skyld i forbindelse med behandling eller sykdom. Disse lidelsene oppleves av pasienten selv, men de kan også oppstå på grunn av fordømmende holdning fra pleiepersonalet (1).

Lindwall og von Post beskriver at pasienter lider under ydmykende handlinger. De skriver at dersom helsepersonell virkelig ønsker å beskytte pasientens verdighet, må de tvinge seg til å se det de ikke vil se. Videre sier de at verdikonflikter oppstår når sykepleiere er vitne til at andre omsorgspersoner oppfører seg uhøflig. De avslutter med at det er nødvendig å diskutere og reflektere rundt slike kritikkverdige hendelser som påfører pasienter lidelse og ydmykende opplevelser (19).

Perioperativ omsorg innbefatter at operasjons- og anestesisykepleiere skal ivareta pleien av operasjonspasienten. De skal beskytte pasienten slik at vedkommende ikke utsettes for lidelse utover den som forårsakes av

det kirurgiske inngrepet. Perioperative sykepleiere skal verne pasienter mot krenkelsers slik at pasienten ikke påføres unødig lidelse, som Dahlberg og Martinsen beskriver (2, 4).

Nordtvedt mener at moralsk sensitivitet kjennetegnes ved å identifisere og fange opp moralsk relevante trekk ved en situasjon. Som et eksempel på en situasjon der sykepleiere bør væ-

«Det er helt nødvendig å utvikle samarbeidet på tvers av behandlingsnivåer.»

re spesielt varsomme overfor pasientene, bruker han det å blotte pasienten (20). Slike situasjoner er velkjente for operasjonssykepleiere i forbindelse med leiring av pasienten, altså hvordan man legger pasienten til rette for en operasjon, slik at operasjonen kan gjennomføres. Operasjonssykepleieren skal ivareta pasientens integritet og verdighet ved å hindre blotting av pasientens kropp (20).

I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, og at pasienten har rett til helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket (21). Ifølge

lovverket skal helsepersonell utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte, og hjelpen skal være omsorgsfull (13). Studien vår viser at det har forekommet alvorlige krenkelsers, og at pasienter har blitt påført pleielidelse.

Respektløs oppførsel mot pasienter

Sykepleiere har et faglig, etisk og juridisk ansvar for stå opp mot krenkelsers av pasienter og for ikke å delta i eller godta uakseptabel atferd (3, 21, 22). Sykepleierne beskrev at de følte ubehag når slike uheldige hendelser oppsto, noe som samsvarer med funnene til Lindwall og von Post (13).

Sykepleierne hadde stått i vanskelige situasjoner og hadde valgt å gi pasientene ekstra beroligende medikamenter slik at de sovnet. De ville at pasientene skulle slippe å oppleve verbale utbrudd fra operasjonsteamets medlemmer. En slik måte å beskytte sårbare pasienter på, kan diskuteres, men sykepleierne kan oppleve handlingstvang og løser situasjonen på best mulig måte.

Det er viktig at helsepersonell har gode samarbeidsevner, og at de lærer seg gode måter å kommunisere på. Det er ikke uvanlig at det oppstår konflikter på operasjonsstuen. Konfliktene kan i verste fall gå ut over pasientens sikkerhet, eller pasienten kan føle seg krenket (13, 14).

Våre funn er forenlige med Willassen og medarbeidere (15). De beskriver uverdige omsorg og krenkelsers i perioperativ praksis og konkluderer med at det er behov for refleksjon og diskusjon om etikk og verdighet i faget. Videre konkluderer de med at disse temaene må diskuteres i utdanningsprogrammene for å øke bevisstheten om holdninger og bidra til å endre disse til fordel for pasienter, ansatte og studenter (9).

Respektløs oppførsel mot pasienter kan forklars på mange måter. Den kan begrunnes i arbeidsrelaterede stressfaktorer, fysiske eller psykiske sykdommer, misbruk, ubetenksomhet eller redsel for å gjøre feil (18). Makthierarkier, redsel for represalier eller mobbing er årsaker til at

Tabell 3. Eksempler på hvordan rådata ble til hovedtemaer

Meningenshet rådata	Kondensert meningenshet	Koder	Undertema	Hovedtema
Krenkelsers skjer, det kan være folk i «hodeenden» som er sure eller uforskammet. Jeg sier ikke at det er normalen, men det har skjedd flere ganger i løpet av det siste året. Og du føler ubehag ved det og kommenterer det når pasienten har sovna eller ...	Anestesipersonell kan være sure eller uforskammet mot pasienten	Ansatte kan være sure eller uforskammet mot pasienten	Verbale krenkelsers	Respektløs oppførsel mot pasienter
Man kan merke en viss grad av stigmatisering. Hvis det er pasienter som har historikk, at de har vært misbrukere, enten alkohol eller medikamenter, så kan det være vanskelig å få rett medikamenter for smerter eller ...	Det kan være vanskelig å få riktig smertelindring til pasienter som har vært misbrukere av alkohol eller medikamenter	Pasienter med misbruksproblematikk får ikke adekvat smertelindring	Pasientens smerte blir ikke tatt på alvor	Mangel på adekvat smertelindring
Pasienter ringer og ringer uten å få hjelp. Og når det endelig kommer noen inn, så gir hun pasienten beskjed om at hun kommer tilbake med én gang, og så gjør hun ikke det ...	Pasienter blir oversett når de ringer på og trenger hjelp	Ansatte overser pasienter med behov for hjelp	Pasienter får ikke hjelp ved behov	Pasienters forsøk på sykepleierkontakt ble oversett eller neglisjert

helsepersonell ikke greier å ta opp disse vanskelige situasjonene. Kommunikasjonsproblemer av ulike slag er en av årsakene til uønskede hendelser (15).

Nordtvedt mener at det er mange forklaringer på hvordan moralske sammenbrudd kan skje. Han peker på makthierarkier, blind lydighet, følelsesmessig avstumpethet, ideologi, sadisme og empatisvikt som årsaker til moralske sammenbrudd (23). Hvor lett medarbeiderne synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted, handler om sikkerhetsklima og åpenhet (24).

I USA har det lenge vært jobbet med profesjonelle utviklingskurs for sykepleiere og leger som har dårlig oppførsel for å oppnå en atferdsendring fordi

slik oppførsel utgjør en risiko for pasientsikkerheten. Tidlig tilbakemelding fra kolleger og ledere er viktig for at den ansatte forstår virkningen av sin oppførsel (25).

Mangel på adekvat smertelindring

Funnene våre viser at pasienter ikke alltid får adekvat smertelindring i forbindelse med kirurgiske inngrep. Sykepleierne hadde eksempler på at enkelte pasienter ble stigmatisert. Eksemplene gjaldt rusmisbrukere og er hentet fra både sykehjem og hjemmetjenesten.

Det er alvorlig at svake pasientgrupper ikke får adekvat smertelindring i forbindelse med kirurgiske inngrep, noe som medfører lidelse for pasientene. Smerteuttrykkene og smerteopplevelsene er forskjellige fra pasient til

pasient, og de er også kulturbetinget (26).

Dersom pasienter ikke får adekvat smertelindring, viser det alvorlig mangel på pleie (1). Mulige løsninger for sykepleiere er å oppdatere sin kunnskap om smerter og smerteuttrykk i forskjellige kulturer, delta i læringsnettverk og bedre samarbeidet med farmasøyter og leger. Smertelindring kan bidra til å forebygge fall blant eldre.

Tverrfaglig samarbeid, årlig legemiddelgjennomgang og hverdagsrehabilitering har stor betydning for fallforebygging. Det norske pasientsikkerhetsprogrammet har fallforebygging i helseinstitusjoner som satsingsområde (27).

Det er viktig med tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og

ANNONSE

BARNE- OG FAMILIETJENESTEN I ARNA OG ÅSANE, BERGEN KOMMUNE SØKER AVDELINGSLEDERE

Etat for barn og familie har overordnet driftsansvar for barne- og familietjenesten som blant annet omfatter helsestasjons- og skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og Barne- og familiehjelpen.

Etaten har videre ansvar for barneverntjenesten, bosetting av enslige mindreårige flyktninger, Barnevernvakten, Utekontakten og SLT-arbeid. Avdelingsleder vil ha økonomi-, personal- og fagansvar for sin avdeling.

Vi ønsker avdelingsledere med helse- og sykepleierutdannelse med et stort og tydelig engasjement for ledelse, utviklingsarbeid, og motivasjon for ledelsesoppgaver og -ansvar. Barne- og familietjenesten er under modernisering og utvikling, du som avdelingsleder får muligheter til å være en pådriver i dette spennende arbeidet.

Les mer om stillingene på Sykepleienjobb.no og søk enkelt derfra. Vi ser frem til å høre fra deg!



kommunehelsetjenesten, bedre sykepleiedokumentasjon, bruk av tolk og deling av nødvendig informasjon når pasienter flyttes mellom forskjellige nivåer i forbindelse med kirurgiske inngrep (28). Det er helt nødvendig å utvikle samarbeidet på tvers av behandlingsnivåer.

Pasientenes forsøk på sykepleierkontakt ble oversett eller neglisjert

Sykepleiere som var ansatt på sykehjem, kom med eksempler på at pasienter ikke fikk hjelp når de ringte på. Dahlberg viser også til eksempler der pasienter ikke har tilgang til alarmknappen og derfor ikke får tilkalt hjelp ved behov (2).

I melding til Stortinget nr. 13, «Kvalitet og pasientomsorg», kommer det frem at pårørende er urolige over mangelen på verdighet, omsorg, tillit og trygghet for skrøpelige, hjemmeboende eldre over 80 år. De får ikke hjelp til avtalt tid, og det er for lite kvalifisert hjelp (24). Pårørende er ofte en styrke for eldre når de blir innlagt på sykehus eller sykehjem, og når de mottar hjemmesykepleie.

Martinsen har et eksempel der en kreftsyk kvinne i den siste uken av sitt liv ble nektet hjelp av en sykepleier til å ligge bedre. Kvinnen ringte på, men fikk ikke hjelp. Sykepleieren handlet skamløst og brukte travelt om unnskyldning for ikke å hjelpe en sårbar pasient med store smerter (28). Malmedal peker på at dårlige holdninger og ledelse, mangel på kunnskap og trange økonomiske rammer kan være årsaker til at pasienter ikke får hjelp (6).

KONKLUSJON

Vi utførte datainnsamlingen på tvers av helsetjenestenivåer. I studien er det eksempler på respektløs oppførsel, mangel på adekvat smertelindring og neglisjering når pasientene forsøkte å oppnå kontakt, og funnene antyder at eldre pasienter blir påført uønsket lidelse. Den viktigste oppgaven til sykepleiere er å lindre lidelse og fremme helse. Sykepleiere, ledere og annet helsepersonell må samarbeide for ikke å påføre eldre pasienter mer lidelse, spesielt når kontinuitet i sykepleien er en utfordring.

Studien viser betydningen av

personsentrert omsorg, bedre samarbeid mellom de forskjellige nivåene i tjenestene samt bedre smertebehandling. Perioperative sykepleiere må ha dialog med pasienten gjennom hele pasientforløpet, og ikke bare under operasjon.

Studien viser også at kommune- og spesialisthelsetjenesten bør inkludere Lindwall og von Posts perioperative dialogmodell. Denne modellen retter oppmerksomheten mot pasientenes verdighet, som inkluderer kontakt med pasienten og de pårørende og kollegial dialog i og mellom enheter. Åpenhet og diskusjon om krenkelser er nødvendig i arbeidsmiljøet for å bedre sikkerhetsklimaet. Det er viktig at sykepleiere diskuterer hvordan slike hendelser kan håndteres.

Det trengs mer forskning på området som også omfatter pasienter og pårørendes opplevelser om påførte pleielidelse i forbindelse med kirurgisk behandling. Sykepleiere bør stå i spissen for å fremme et omsorgsfullt miljø for pasienter og ansatte, og de må ha mot til å ta opp uheldige hendelser. Dersom sykepleiere ikke melder fra om uakseptabel atferd, bidrar de til at slike holdninger og slik oppførsel får fortsette.

Vi takker informantene som deltok i studien, og ledere som bidro til at vi fikk tilgang til feltet. Vi takker også Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere NSFLOS for tildelte prosjektmidler, som gjorde det mulig å gjennomføre studien.

REFERANSER

1. Eriksson K. Det lidende mennesket. TANO; 1995. Tilgjengelig fra: <https://www.nb.no/nbsok/nb/0d79cb121e3390070c32a13495f4b681?langno#24> (nedlastet 05.04.2018).
2. Dahlberg K. Vårdlidande – det onödiga lidandet. Nordic Journal of Nursing Research. 2002;22(1):4–8.
3. Dävøy GAM, Eide PH, Hansen I. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
4. Martinsen K. Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten. I: Dävøy GAM, Eide PH, Hansen I, red. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018: s. 130–146.
5. Schjøtter G, Delmar C. Angst, sårbarhet og skam – operasjonspasienters sanseerfaringer. Klinisk Sykepleie. 2016;30(01):17–30.
6. Malmedal W. Sykehjemmetts skyggesider: når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep. Oslo: Kommuneforlaget; 1999. Tilgjengelig fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/87e05ae260bb654022d3df693f62e068.nbdigital?langno#0> (nedlastet 14.03.2018).
7. Linh M, Bergens A. Når betendet blir en patientsikkerhetsrisiko. Läkartidningen. 2015;112:DF16. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/profile/Marion_Lindh/publication/281828685_in_Process_Citation/links/5638d96408ae4bde502e00f.pdf (nedlastet 14.04.2018).
8. Albina JK. Patient abuse in the health care setting: The nurse as patient advocate. AORN Journal. 2016;103(1):73–81.
9. Willassen E, Blomberg A-C, von Post I, Lindwall L. Student nurses' experiences of undignified caring in perioperative practice – Part II. Nursing Ethics. 2015;22(6):688–99.

10. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og Klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Dam Akademisk; 2015.
11. Rothrock JC, McEwen DR, Alexander EL. Alexander's care of the patient in surgery. 15. utg. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2015.
12. Lindwall L, von Post I. Perioperativ vård: att förena teori och praxis. Lund: Studentlitteratur; 2008.
13. Lindwall L, von Post I. Perioperativ vård: den perioperativa vårdprocessen. Lund: Studentlitteratur; 2000.
14. Steelman VM. Concepts basic to perioperative nursing. I: Rothrock JC, red. Alexander's care of the patient in surgery. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2015: s. 1–15.
15. Eliassen E, Holla S, Bondas T. Risiko for uheldige hendelser i perioperative pasientforløp til eldre – en kvalitativ studie. Klinisk Sykepleie. 2018;32(2):94–110.
16. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsinterview. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105–12.
18. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. Nursing & Health Sciences. 2013;15(3):398–405.
19. Lindwall L, von Post I. Preserved and violated dignity in surgical practice – nurses' experiences. Nursing Ethics. 2014;21(3):335–46.
20. Hansen I, Brekken RS. Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I: Hansen I, Eide PH, Dävøy GAM, red. Operasjonssykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018: s. 320–39.
21. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 12.04.2018).
22. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 18.02.2019).
23. Nordtvedt P. Makt kan føre til ondskap. Oslo: Sykepleien; 2014. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/etik_11.pdf (nedlastet 03.04.2018).
24. Meld. St. nr. 13 (2016–2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id252441/> (nedlastet 18.02.2019).
25. Samenow CP, Worley LLM, Neufeld R, Fishel T, Swiggart WH. Transformative learning in a professional development course aimed at addressing disruptive physician behavior: a composite case study. Academic Medicine. 2013;88(1):117–23.
26. Ellingsen S, Drageset S. Peroperativ smertelindring. I: Dävøy GAM, Eide PH, Hansen I, red. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018: s. 478–89.
27. Forebygging av fall i helseinstitusjoner. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner> (nedlastet 18.02.2019).
28. Naustdal A, Nettetland G. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Oslo: Sykepleien Forskning. 2012;3(7):270–7. DOI: 10.4220/sykepleieint.2012.0133.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



**ADMINISTRERENDE
DIREKTØR**

SØKNADSRIST: 20.09.2019 STED: OSLO



**ADMINISTRERENDE
DIREKTØR**

SØKNADSRIST: 30.09.2019 STED: MØRE OG ROMSDAL



**BEHANDLINGSHJEMS-
KONSULENT**

100 %

SØKNADSRIST: 10.09.19 STED: AKERSHUS



**ASSISTANT
PROFESSOR(S)**

The Department
of Public Health

SØKNADSRIST: 15.09.19 STED: FØRDE



SYKEPLEIER

1 x 100 % fast
1 x 100 % vikariat

SØKNADSRIST: 16.09.19 STED: STRYN



STOMISYKEPLEIER

100 % (fordelt 50 %
på stomipoliklinikk og 50 %
på sengepost)

SØKNADSRIST: 15.09.19 STED: TØNSBERG



**FORSKNINGSSYKE-
PLEIER/BIOINGENIØR**

Engasjement 100 %

SØKNADSRIST: 16.09.19 STED: OSLO



INTENSIVSYKEPLEIER

Ekstravakt ved PO/
intensiv i Akuttklinikken

SØKNADSRIST: 30.12.19 STED: OSLO



**SEKSJONSKONSULENT
- ARA KONNERUD**

Klinikk for psykisk helse
og rus i Vestre Viken HF

SØKNADSRIST: 01.10.19 STED: DRAMMEN



**AUTORISERT
SYKEPLEIER**

Fast 65,73% stilling på natt
med hver 3.helg

SØKNADSRIST: 08.09.19 STED: TRONDHEIM



**AVDELINGSLEDER
2 X 100 %**

Barne- og familietjenesten

SØKNADSRIST: 12.09.19 STED: BERGEN



Skann qr-kode for flere
ledige stillinger på nett

HOVEDBUDSKAP

Å gi omsorg og hjelp til foreldre er en frivillig oppgave basert blant annet på pårørendes ønske, evne og mulighet til å hjelpe. Som profesjonelle omsorgsarbeidere er vi opplært i en altruistisk omsorgstradisjon der omsorgsgiveren skal være barmhjertig og uselvvisk og gi betingelsesløs omsorg. Pårørende kan bli slitne og utbrente, noe som kan påvirke deres mulighet til å gi omsorg preget av slike verdier.

Mature care er en alternativ omsorgsfilosofi der omsorgsgiverens og den omsorgstrengendes behov, interesser og verdier er mer likestilte. Med utgangspunkt i to pårøندهistorier vil denne artikkelen belyse hvordan de altruistiske omsorgsverdiene, versus verdiene i mature care-filosofien, kan gi støtte til ulike verdier i pårørendes omsorg. Kan pårøندهomsorg uten kjærlighet være god omsorg?

NØKKELOORD:

► Pårørende ► Omsorgsfilosofi ► Verdier
► Demens ► Mature care

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.77691

Er omsorg som er motivert av kjærlighet, bedre enn omsorg gitt av plikt?

Den mest oppofrende omsorgen er ikke nødvendigvis den mest bærekraftige. Omsorg som er avgrenset og verner om omsorgsytteren, kan være god omsorg, selv om kjærligheten mangler.

Både som helse- og omsorgspersonell og som privatpersoner har mange av oss erfaring med pårøندهomsorg. I Norge sees eldreomsorgen på som et samfunnsansvar med familien i en supplerende rolle, og pårørende har ingen lovmessig omsorgsplikt for sine foreldre (1). Det å gi omsorg og hjelp til foreldre er derfor en frivillig oppgave basert blant annet på pårørendes ønske, evne og mulighet til å hjelpe.

Likevel bruker mange pårørende mye tid og krefter på å gi omsorg til sine nærmeste. En kartleggingsstudie fra 2015 viste at en person med demens bor i gjennomsnitt seks år med demenssykdommen i eget hjem, og 90 prosent fikk hjelp av pårørende (2).

PLIKT ELLER KJÆRLIGHET

Pårøندهomsorg sparer samfunnet for store økonomiske utgifter, og vi kan anta at mange er glade for den hjelpen og omsorgen de får fra sine voksne barn – en omsorg som ikke nødvendigvis kan erstattes med formell omsorg.

Men spiller det noen rolle hvilke følelser, verdier eller idealer pårørendes omsorg bygger på? Gir kjærlighet som motivasjon bedre omsorg enn omsorg gitt av plikt?

Vi vil i denne artikkelen se på hvordan ulike verdier og

FORFATTERE


Signe Tretteteig
Prosjektkoordinator og redaktør, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold



Kirsten Thorsen
Seniorforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold

relasjoner kan motivere pårøنده til å gi omsorg, og diskutere ulike konsekvenser av dette.

DATA

Artikkelens datagrunnlag er hentet fra en casestudie gjort som en del av doktoravhandlingen *The impact of day care designed for people with dementia on their family caregivers* (3, 4).

Historiene om Britt og Stein bygger på tre individuelle dybdeintervjuer med hver av dem, foretatt over to år. Intervjuene og analysen er gjort med en narrativ tilnærming (5, 6).

BRITT

Britt er 61 år og har en mor med demens. Hun har alltid vært nært knyttet til moren og vært morens støtte og nære samtalepartner gjennom livet. Da har morens problemer stått i sentrum, og hun har vært lite lydhør for Britts utfordringer.

Nå har moren fått demens og har behov for hjelp og omsorg. De er ofte hjemme hos Britt, der de gjør husarbeid sammen. Slik aktiviseres moren.

Etter hvert har moren blitt mer opptatt av Britt og hennes liv, noe datteren verdsetter. Britt har vært sykemeldt en



KOMPLEKS OG KONTEKSTAVHENGIG: Krevende privat omsorg er som regel ikke enten drevet av plikt eller (neste)kjærlighet. Den er gjerne både og, blandet, ambivalent, preget av plikt, ansvar, forholdets historie og både givers og mottakers behov. Illustrasjonsfoto: Gabby Baldracco / Mostphotos

periode, men er nå tilbake i jobb. Det gjør at hun har mindre tid til moren, noe som gir henne dårlig samvittighet.

Krevende omsorg

Hun har også fått en venn. «Denne vennen min gir meg veldig mye energi, fordi jeg plutselig gjør veldig mange hyggelige ting. Mamma gir jo ikke energi, hun tar energi. Og så tar jobben energi hele uken. ... Jeg får ikke ro, jeg får ikke slappet av, fordi jeg føler dette presset hele tiden.» Hun lever med følelsen av at hun hele tiden må besøke moren.

Omsorgen ble så krevende at datteren tok kontakt med demensteamet: «Med en helt fantastisk dame, og den samtalen har hjulpet meg. Den gjør det lettere å distansere meg fra mamma, noe jeg var nødt til å gjøre, fordi jeg var nødt til å passe på meg også.»

Britt har hovedomsorgen for moren blant søsknene og beskriver forholdet slik: «Vi er som et triangel. Vi er tre ytterpunkter.» De har ulike tolkninger av mor og av hennes omsorgsbehov, og hun er derfor sint fordi deler av familien ikke stiller opp mer.

STEIN

Stein er 49 år og har en far med demens. Faren forsvant ut av familien da Stein var ungdom, og de har hatt lite kontakt gjennom mange år. Da faren fikk demens, forsvant både samboeren og vennene til faren. «Alle er jo vekk. ... Noen måtte jo hjelpe, og da er vi de nærmeste til å gjøre det.»

Faren bodde da alene i skogen, ble forvirret, fikk angst og begynte å ringe sønnen mye om natten. «Vi tok tak i det og hjalp han til å få hjelp.»

Etter et korttidsopphold på sykehjem fikk faren dagtilbud fire dager i uken. Da er han trøtt når han kommer hjem, og ringer aldri. De andre dagene er han ensom og «maser»

«Spiller det noen rolle hvilke følelser, verdier eller idealer pårørendes omsorg bygger på?»

på telefonen. Sønnen besøker faren ukentlig, på stadig kortere visitter, fordi faren blir sliten. Men han er glad for besøk.

Drittjobb

Sønnen beskriver omsorgen som «en nødvendighet, rett og slett. En føler det er en plikt». Om relasjonen til faren understreker han: «Vi har jo fått mer samvær på en måte, men det er ikke blitt noe nærmere.»

Søsknene tar omsorgen som et «prosjekt», det går greit nå, og sønnen synes hjelpen er tilstrekkelig. Faren har utnevnt ham som «prosjektleder». Han sier: «Det er en drittjobb. Jeg er ikke noe god på det, kunne ikke ha blitt sykepleier, det ligger ikke for meg.» Medfølelsen med faren «er ikke noe mer enn jeg skulle hatt til andre som jeg kjenner godt».

Han trives ikke med omsorgsrollen og gleder seg aldri til

å besøke faren. Søsknene har alltid hatt et nært forhold, og de samarbeider godt om å hjelpe faren. Sønnen sier: «Det er bare for å ha det godt med meg selv at jeg må gjøre den plikten. Jeg kunne vel gjerne ha vært den foruten.»

OMSORGENS «EDLE» VERDIER

Som helse- og omsorgspersonell står vi i en lang profesjonsetisk tradisjon, der medfølelse, barmhjertighet, tillit og ærlighet er sentrale verdier. Disse verdiene er et resultat av filosofisk tenkning og utvikling av teorier gjennom ulike tidsepoker (7).

Helse- og omsorgspersonell er forpliktet i sin rolle til å tenke, handle og prioritere i tråd med fagprofesjonens yrkest teori og etiske retningslinjer. For sykepleiere, helsefagarbeidere og leger er disse etiske retningslinjene preget av

«Hun er sint fordi deler av familien ikke stiller opp mer.»

verdier som selvbestemmelse, tillit, respekt, ansvar, empati, fortrolighet og rettferdighet (8–10). Slike yrkesetiske retningslinjer foreligger selvfølgelig ikke for uformell, frivillig pårørendeomsorg.

Som profesjonelle omsorgsarbeidere er vi opplært i en altruistisk omsorgstradisjon, der omsorgsgiveren skal være barmhjertig og uselvisk og gi betingelsesløs omsorg (11, 12, 17). Den altruistiske omsorgen forrykker balansen i relasjonen mellom den som gir omsorg, og den som får. Omsorgsgiveren skal ideelt sett sette egne behov til side og prioritere behovene hos den hjelpetrequende så lenge det er behov for det.

Allmennmoral

Ser vi litt ut over profesjonsetikken, betraktes nestekjærlighets- og barmhjertighetstanken som kjernen i omsorg, der omsorg er preget av en ekte og dyp vilje til å lindre den andres lidelse (13).

Omsorg omtales i tradisjonell omsorgsfilosofi som noe som alltid har vært til stede mennesker imellom, som noe basalt og opprinnelig ved det å være menneske. «Det er en uavviselig sannhet at både moralen og språket er på plass og i funksjon før vi er i det», skriver Tranøy (14, s. 40).

I ulike kulturer finnes det en «allmennmoral», som angir normer for omsorg i ulike relasjoner i det som betegnes som «vår felles hverdagsverden». En slik moral er retningsgivende for hvem vi skal gi omsorg, hvor langt vi skal strekke oss, og hvordan vi skal utvise omsorg.

I vårt humane fellesskap bygges omsorg på grunnleggende verdier som solidaritet, verdighet, medlidenhet, barmhjertighet og nestekjærlighet, og omsorgen knyttes til å tjene den andre i kjærlighet (15, 16). Men den uselviske omsorgsgiveren risikerer å bli en selvfornektende person, kun et middel til å tilfredsstille den andres behov.

MODEN OMSORG – MATURE CARE

Mature care er en alternativ omsorgsfilosofi der omsorgsgiverens og den omsorgstrequendes behov, interesser og

verdier er mer likestilt (17). Et sentralt element er hvordan omsorgsgiveren tar vare på seg selv, noe som anses som avgjørende for å kunne gi god omsorg.

Sammenlikner vi etikken i den «tradisjonelle omsorgen» med profesjonsetikken, ser vi at verdiene i stor grad er sammenfallende. Erfaring og mye forskning viser at pårørende kan bli slitne og utbrente (18). Dette kan påvirke deres mulighet til å gi omsorg preget av kjærlighet, barmhjertighet og en dyp vilje til å lindre den andres lidelse. Men kan pårørendeomsorg uten kjærlighet være god omsorg?

Vektlegger relasjonen

Til forskjell fra den altruistiske omsorgsfilosofien vektlegger *mature care*-filosofien likevekt i relasjonen mellom omsorgsgiver og den omsorgstrequende. Pettersen (17) tydeliggjør behovet for en slik likevekt, da hun mener at maktmisbruk i omsorgssituasjonen kan gå begge veier.

Hva hvis behovet for omsorg er bunnløst, kan hjelperen da sette grenser som kan begrunnes etisk? Hva hvis den syke utnytter omsorgsgiverens vilje til å hjelpe?

Og den andre veien: Hva hvis omsorgsgiveren utnytter situasjonen til å utøve kontroll og makt over den hjelpetrequende, eller har egne motiver, som å høste medlidenhet og beundring fra andre personer? Pårørendeomsorg kan også foregå i relasjoner preget av vold, overgrep og misbruk. Omsorgsgivere kan oppleve at grenseløs omsorg skaper grunnlag for utbrenthet.

Gjensidig avhengighet

Slike dilemmaer peker på behovet for en omsorgsfilosofi basert på moden omsorg, med vekt på lydhørhet, oppmerksomhet, likeverd og gjensidighet mellom partene. Begrepet «relasjonell autonomi» peker mot selvstendighet innen gjensidig avhengighet. Begge parter behov skal vektlegges, om ikke nødvendigvis like mye.

Omsorg er noe som skjer i en relasjon mellom mennesker, den er en relasjonell aktivitet (17). Familiehistorie og familierelasjoner vil legge grunnlaget for følelser og innhold i omsorgen, bærekraften i omsorgen, hvor mye og hvor lenge den varer, samt samspillet mellom familiemedlemmer.

«Han trives ikke med omsorgsrollen og gleder seg aldri til å besøke faren.»

Forskning viser at eldre foreldre har et ønske om å være uavhengige av sine barn og er tilbakeholdne med å forvente hjelp fra dem (19). På tross av godt utbygde helse- og velferdstjenester for eldre i Norge har samfunnet en klar norm om å yte pårørendeomsorg. Hjelpen og omsorgen er differensiert etter typer tjenester og oppgaver, der pårørendeomsorgen utfyller den offentlige omsorgen.

ER BRITTS OG STEINS OMSORG PERSONSENTRETT?

Personsentrert omsorg er i dag en retningsgivende omsorgsfilosofi for demensomsorgen i Norge (20). Grunnleggende i denne omsorgsfilosofien er at omsorg og aktiviteter

skal være individuelt tilpasset og dekke behovene til personen med demens. Det gjelder spesielt behov for inklusjon, identitet, tilhørighet, beskjeftigelse og trøst.

I sentrum for disse verdiene står behovet for kjærlighet, en kjærlighet som er generøs, tilgivende og ubetinget aksepterende, og som ikke ber om noe tilbake (21, 22). Å vise en slik kjærlighet er ikke like naturlig for alle. Brooker (22) mener at det å avdekke personens behov og dekke disse da er en måte å bevare personens personverd på.

Altruisme eller plikt

Umiddelbart kan det se ut som at Britts motivasjon til å gi moren omsorg er forankret i altruistiske verdier som medfølelse og nestekjærlighet, mens Steins motivasjon handler om å «gjøre sin plikt» uten å bli følelsesmessig engasjert. Men er Britts omsorg mer personsentrert enn Steins?

Steins omsorg er basert på farens behov for praktisk hjelp og kontakt. Han understreker at en sentral del av

hjelpen har vært å skaffe faren *offentlig* hjelp. Faren fikk raskt dagaktivitetstilbud, noe som var til god støtte for både faren og sønnen.

Kulturelle normer om pårørendeomsorg

Sønnen gir faren omsorg selv om han gjentatte ganger poengterer at han ikke er glad i ham – omsorgen er uten kjærlighet som motivasjon. Hans familiære pliktetikk formuleres tydelig, men omsorgen har klare grenser både i forhold til faren og til seg selv.

Han er ikke følelsesmessig «overbelastet», han har ikke dårlig samvittighet og synes han gjør nok. Han ville hatt dårlig samvittighet om han *ikke* stilte opp.

De kulturelle normene om pårørendeomsorg ser ut til å være sterke. Omsorgen er likevel personsentrert i den forstand at den tar utgangspunkt i farens behov. Omsorgen er også en del av en «omsorgshelhet», der han, søsknene og den offentlige omsorgen utfyller hverandre som tannhjul i et større «omsorgsverk».

Sønnen reflekterer over den følelsesmessige avstanden

FAGGRUPPENE

NSF SLAG

NSF SLAG er en faggruppe for sykepleiere som arbeider med og er interessert i sykepleie til slagrammede pasienter. Hvert år rammes rundt 12 000 mennesker av hjerneslag, og om lag 70 000 lever etter gjennomgått hjerneslag.

Det er viktig at sykepleiere som arbeider med slagrammede, har nødvendig kunnskap, slik at de kan hjelpe og støtte den enkelte og gi riktig sykepleie og oppfølging. Her ønsker NSF SLAG å bidra med fagutvikling, forskning og kunnskap.

NSF SLAG har tre hovedfokusområder:

- stimulere til fagutvikling og forskning

- bidra til kontakt og gjensidig menings- og kunnskapsutveksling mellom sykepleiere som arbeider med slagrammede
- samarbeide med andre fag- og interessegrupper som arbeider for å bedre omsorgen for slagrammede

NSF SLAG arrangerer nasjonale slagkonferanser hvert annet år med god deltakelse av medlemmer og andre som er interesserte i fagfeltet. Faggruppen har spesielt de siste årene vært deltaker og høringsinstans i forbindelse med ulike faglige ar-

beider. Vi ser at det i økende grad er behov for faggruppens kompetanse i denne typen arbeid, og NSF SLAG blir betraktet som en viktig bidragsyter.

Faggruppen ønsker i større grad å stimulere og bidra til forskning og utvikling, og gir stipendstøtte til sykepleiere som gjør studier knyttet til utvikling av sykepleie innen vårt fagfelt. Medlemmer som søker, kan få stipend til kongresser og konferanser, og vi ønsker flere som tar videreutdanning og master innen hjerneslag.

Vil du bli medlem? Meld deg inn via vår nettside nsf.no/faggrupper/slagsykepleiere.

NSFs faggruppe av sykepleiere i rehabilitering

Faggruppen for sykepleiere i rehabilitering (FSRH) ble stiftet i 2004 og har i overkant av 200 medlemmer spredt over hele landet. FSRH er organisert med et sentralt styre og med medlemmer fra ulike forvaltningsnivåer i rehabilitering.

Felles for oss alle er et ønske om å fremme kompetansen innen rehabiliteringsfeltet. FSRH skal være et forum for faglig identitet og tilhørighet gjennom idé-, erfarings- og kunnskapsutveksling.

Viskal bidra til kvalitetssikring og kvalitetsutvikling, fagutvikling, utdanning og forskning innen sykepleie i rehabilitering. FSRH skal bidra til å utvikle gode samarbeidsrelasjoner og tverrfaglig kompetanse gjennom samarbeid med andre faggrupper, pasient/bruker- og pårøndeorganisasjoner, helsepersonell og andre yrkesgrupper.

Viskal være et kompetansemiljø innen sykepleie i rehabilitering og utvikle nasjonale, nor-

diske og internasjonale nettverk. Som medlem i faggruppen har du mulighet til å søke stipend for å delta på konferanser, kurs, forskningsprosjekt og utdanning innen fagfeltet.

Vi arrangerer konferanser og fagdager, hvor du som medlem får rabattert pris og mulighet til å presentere ditt prosjekt eller noe du brenner for.

Lyst til å bli medlem? Meld deg inn via vår nettside på nsf.no eller ring tlf. 02409 (medlemstjenester).

til faren: «Det er kanskje lettere for meg å gjøre det? ... Altså hvis det hadde skjedd med et annet menneske, for eksempel kona mi, så hadde det jo vært forferdelig. Så det er lettere kanskje, når en ikke har så nært forhold. ...

Det er nesten sånn at jeg er glad for at vi ikke har et så nært forhold nå som det har blitt sånn som det er. For det er rett og slett enklere å forholde seg til når du har litt avstand. Å prøve å gjøre en ordentlig jobb.»

Følelsene tar overhånd

For Britt har kjærlighet og et ønske om å være nær moren stor plass når hun snakker om omsorgen til moren. Hun utbryter plutselig: «Gud, så mange ord jeg har om dette!» Hennes fortelling er omtrent dobbelt så lang som Steins, og er fylt av nyanser og detaljer om følelser, relasjoner og hendelser plassert i hverdagslivet.

Men følelsene i omsorgen tar overhånd og blir for mye for henne. Hun gir mye omsorg, men føler likevel en stor, voksende og utmattende dårlig samvittighet. Hun må få hjelp til å sette grenser for omsorgen og ta hensyn til seg selv.

Den «grenseløse» omsorgsforpliktelsen og oppofrelsen har også en bakside: sinnet mot familiemedlemmer som ikke gjør like mye som henne. På slutten av siste intervju har hun denne erkjennelsen: «Det handler jo om å gi seg selv tillatelsen til å ikke ha dårlig samvittighet. ... Det er jo ingen som presser meg, det er meg selv som gjør det.»

Forelderens verdsettelse

Ser vi på Kitwoods filosofi, ser det ut som at Britt gir moren kjærlighet, beskjeftigelse og tilhørighet gjennom samvær og den emosjonelle nærheten hun gir og får.

Men heller ikke Britts omsorg gis ubetinget og premissløs. Det kan se ut som at hennes motivasjon også er preget av et behov for å være «den gode datteren» og den «favoriserte datteren». Det er ingen tvil om at Britt er oppriktig i sin kjærlighet, men kjærligheten er ikke nødvendigvis altruistisk i betydningen uselvisk, da den i stor grad er preget av hennes egne behov.

Britt trenger morens verdsettelse for å føle seg som en god omsorgsgiver. Stein klarer seg uten farens verdsettelse, fordi omsorgen er et prosjekt og en plikt. Han sier i ettertanke: «For vi har jo hørt om gamle par der den ene har blitt dement, og de sliter jo voldsomt. Og det gjør jo ikke vi, ingen av ungene. Vi sliter ikke med det i det hele tatt!»

KONKLUSJON

Den mest emosjonelle, oppofrende og kjærlighetsfylte omsorgen fra barn til foreldre med demens behøver ikke være den mest bærekraftige – eller den beste – omsorgen over tid. Den kan være utmattende, overbelastende og helsenedbrytende. En moden omsorg, som er avgrenset og verner om omsorgsyteren, kan være god omsorg, selv om kjærligheten mangler.

Utmattende omsorg sliter på kjærligheten og relasjonen.

God pårørendeomsorg kan være å overlate omsorgen til det offentlige.

Krevende privat omsorg er som regel ikke enten drevet av plikt eller (neste)kjærlighet, den er gjerne både og, blandet, ambivalent, preget av plikt, ansvar, forholdets historie og både givers og mottakers behov. Den er med andre ord kompleks og kontekstavhengig.

God helhetlig personsentrert omsorg skjer i et lydhørt samarbeid med de pårørende. Lytt til dem og aksepter deres omsorgsverdier! De er grunnfjellet i omsorgen. ●

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2587. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder> (nedlastet 27.06.2019).
2. Vossius C, Selbæk G, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Lurås H, et al. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) kortversjon. Ottestad: Alderspsykiatrisk forskningscenter Sykehuset Innlandet, Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM); 2015.
3. Tretteteig S. The impact of day care designed for persons with dementia on their family caregivers. (Doktoravhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2017.
4. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AM. Meaning in family caregiving for people with dementia: a narrative study about relationships, values, and motivation, and how day care influences these factors. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017;10:445–55.
5. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973.
6. Flyvbjerg B. Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*. 2006;12(2):219–45.
7. Eide SB, Grelund HH, Kristiansen A, Sævaerid HI, Aasland GG. Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
8. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 27.05.2019).
9. Helsefagarbeidere i Delta. Yrkesetiske retningslinjer for helsefagarbeidere. Helsefagarbeidere i Delta; 2018. Tilgjengelig fra: <https://delta.no/yrke/helsefagarbeidere-i-delta/yrkesetiske-retningslinjer-for-helsefagarbeidere-i-delta> (nedlastet 27.05.2019).
10. Den norske legeforening. Etiske regler for leger. Oslo: Den norske legeforening; 2015. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/Styre-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/#23667> (nedlastet 27.05.2019).
11. Martinsen K, Alvsvåg H, Torsteinson IO. Den omtensomme sykepleier: artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993. Oslo: Tano; 1993.
12. Løgstrup K. Den etiske fordring. Oslo: Cappelen; 1999.
13. Lindström UÅ, Lindholm L, Zetterlund JE, Eriksson K. Theory of caritative caring. I: Torney AMA, red. *Nursing theorists and their work*. 6. utg. St. Louis: Elsevier Mosby; 2006. s. 191–223.
14. Tranøy KE. Det åpne sinn. Moral og etikk mot et nytt årtusen. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
15. Eriksson K. Vårdandets idéhistoria. Vårdandets og vårdvetenskapens idéhistoria. Strøvtåg i spåret av «caritas originalis». *Vårdforskning* Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. 2002;8:14–33.
16. Nåden D, Foss B, Sæteren B. Omsorgens betydning og uttrykk i en klassisk tekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018;4(3):241–52.
17. Pettersen T. Conceptions of care: altruism, feminism, and mature care. *Hypatia*. 2012;27(2):366–89.
18. Thyrian JR, Winter P, Eichler T, Reimann M, Wucherer D, Dreier A, et al. Relatives' burden of caring for people screened positive for dementia in primary care: results of the DelpHI study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2016;50(1):4–13.
19. Daatland SO, Veenstra M, Lima I. Helse, familie og omsorg over livsløpet. Resultater fra LOGG og NorLag. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2009.
20. HelseDirektoratet. Nasjonal retningslinje for demens. Oslo: HelseDirektoratet; 2017.
21. Kitwood T, Hoeg D, Johnsen N. En vurdering af demens: personen kommer i første række. *Fredrikshavn: Dafolo*; 1999.
22. Brooker D. Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2013.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

NY UTGAVE KOMMER I OKTOBER 2019

Forskningens ABC

Det du som student trenger for
å finne, forstå og bruke forskning



HOVEDBUDSKAP

Artikkelen skrives ut fra ph.d. prosjektet «Den verdige døden – verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner».

I artikkelen beskriver og diskuterer vi sentrale utfordringer og muligheter knyttet til helhetlig pasientforløp for pasienter som er i en palliativ fase, og som ønsker å dø hjemme.

NØKKELOORD:

- ▶ Pasientforløp ▶ Palliasjon
- ▶ Verdighet ▶ Samhandling

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76713

Hva styrker verdigheten til kreftsyke kvinner som ønsker å dø hjemme?

Verdighetsbevarende omsorg er en viktig del av sykepleien til hjemmeboende kreftsyke kvinner i palliativ fase. For å sikre at kvinnene får behandling av høy kvalitet må sykehus og kommunehelsetjenesten samarbeide godt.

Samhandling mellom nivåene i helsetjenesten innebærer komplekse samspill. Frammentering av helsetjenesten kan føre til at oppmerksomheten rettes fra pasientene til andre viktige arbeidsoppgaver, noe som kan krenke pasientens verdighet. Nasjonale politiske føringer og faglige råd legger vekt på å etablere en pasientnær tilnærming. For at pasienter i palliativ fase skal føle seg sett og hørt i sine ønsker mot livets slutt, er det avgjørende å sikre gode rutiner for samhandling mellom tjenestenivåene.

Helse- og omsorgsmyndighetene ønsker å styrke kvaliteten og kapasiteten i den kommunale palliative omsorgstjenesten, slik at flere kan få en verdig død hjemme. Det legges nå opp til at pasienter skal pleies hjemme så lenge som mulig, og nye krav om økt kompetanse er en utfordring sykepleiere møter daglig.

SKAL UTVIKLE NY KUNNSKAP

Pasienter som er i palliativ fase, har komplekse behov (1) som skal ivaretas gjennom aktiv behandling, pleie og omsorg (2). Ph.d.-prosjektet «Den verdige døden

FORFATTERE


Katrine Staats
Ph.d.-kandidat, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen



Ellen Karine Grov
Professor, OsloMet – storbyuniversitetet



Bettina Husebø
Professor, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

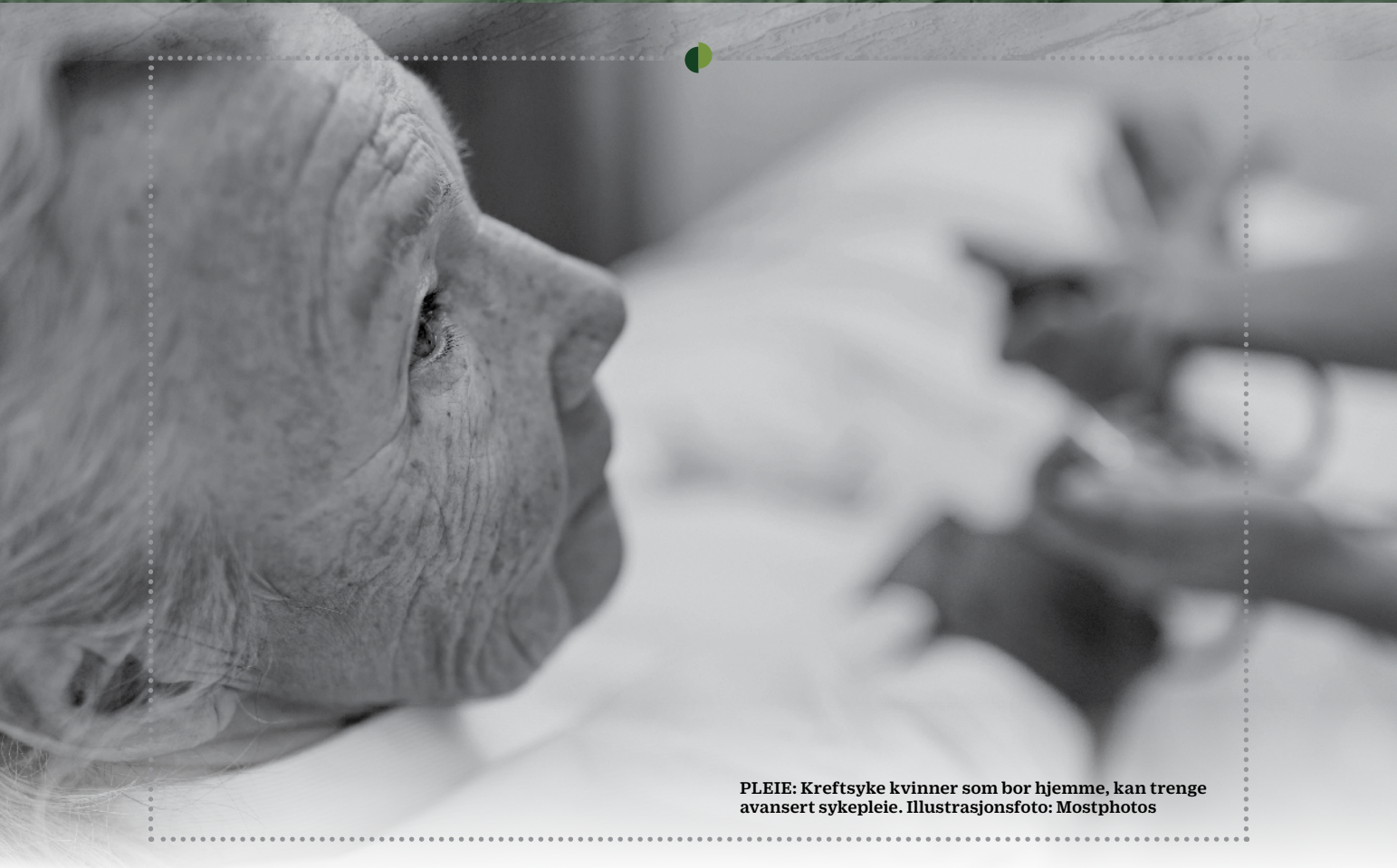


Oscar Tranvåg
Postdoktor, Inst. for global helse og samfunnsmedisin, UIB, Nasjonal kompetanse-tjeneste for kvinnehelse, OUS og Inst. for helse- og omsorgsvitenskap, HVL

– verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner» (4) har til hensikt å utvikle ny kunnskap som kan anvendes i den palliative omsorgstjenesten i kommunene. Prosjektets mål er å identifisere og beskrive faktorer som henholdsvis fremmer og krenker verdigheten til eldre, hjemmeboende kvinner med kreftsykdom, når livet går mot slutten. Vi vil drøfte sentrale utfordringer og muligheter knyttet til helhetlig pasientforløp for pasienter i palliativ fase som ønsker å dø hjemme i lys av Davina Allens Translation Therapy (TMT).

HELHETLIG PASIENTFORLØP

Det stilles store krav til sykepleiere når de skal planlegge og utøve sykepleie til pasienter i palliativ fase, noe som innebærer komplekse observasjoner og tiltak. I denne prosessen må sykepleiere blant annet ha god kompetanse innen tverrfaglig samarbeid. Et pasientforløp involverer gjerne en rekke tjenesteytere, som for eksempel lege, hjemmesykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og kreftkoordinator, og behovet for å samarbeide og koordinere



PLEIE: Kreftsyke kvinner som bor hjemme, kan trenge avansert sykepleie. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

tjenestene blir svært tydelig sett fra pasientens ståsted (5, s. 16).

Fragmentering av helsetjenesten er uheldig for den enkelte pasienten i palliativ fase. Flere politiske dokumenter som «Sammen mot kreft: Nasjonal kreftstrategi 2013–2017» (6) og «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen» (7) fremhever viktigheten av et helhetlig pasientforløp og verdien av pasientsentrert omsorg.

En viktig målsetting er også å forebygge at det utvikler seg store forskjeller i tjenestetilbudet som gis her til lands, og å sikre denne pasientgruppen et helhetlig pasientforløp. Handlingsprogrammet beskriver videre at kulturen innen norsk, palliativ omsorg nettopp kjennetegnes ved helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende, og til hans/hennes pårørende. Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten beskrives som viktige faktorer for å optimalisere samarbeidet. Men, i praksis, er det slik vi oppfatter og erfarer samhandlingen rundt våre pasienter i den palliative fasen?

PASIENTMEDVIRKNING

I den senere tiden har man i helsesektoren hatt økt oppmerksomhet på pasientperspektivet; pasienten blir i økende grad oppfattet som en viktig samarbeidspartner. Som et resultat av den offentlige utredningen «På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende» (8) kom

Helsedirektoratet (9) nylig med nasjonale faglige råd som blant annet fremhever alvorlig syke og døende pasienters rett til medvirkning. Pasientmedvirkning er i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (9) og innebærer viktige etiske hensyn knyttet til målet om å fremme en verdig død.

UTFORDRINGER VED UTSKRIVELSE

I St.meld. nr. 47 (2) «Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid», understrekes det at kommunene har ansvaret for å gi helsehjelp og pleie- og omsorgstjenester til pasienter som er definert som utskrivningsklare fra sykehuset.

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, har

«Det legges nå opp til at pasienter skal pleies hjemme så lenge som mulig.»

kortere liggetid på sykehus, med tidligere utskrivning av pasientene, økt behovet for komplekse helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Å imøtekomme kravet om kortere liggetid fordrer tilgang til kvalifisert helsepersonell til enhver tid, slik at både pasienter og pårørende skal føle seg trygge ved utskrivelse (6). Riksrevisjonen (11) understreker at på tross av de store endringene i helsetjenesten etter at samhandlingsreformen ble innført, finnes det lite kunnskap om

kvaliteten på tjenestene til pasientene som skrives ut til kommunene.

For tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet er to viktige årsaker til at flere pasienter blir reinnlagt på sykehus. Kommunene mottar nå pasienter som har fått behandling på sykehus – på et tidligere tidspunkt enn før, men kommunene har i liten grad styrket sin kapasitet og kompetanse. Riksrevisjonen hevder at samarbeidet knyttet til pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok (11), noe som i stor grad berører pasienter med behov for palliativ omsorg.

ARENAER FOR SAMARBEID

Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten synes å ha forskjellige kriterier for når de mener pasientene er utskrivningsklare. Sykepleiere i sykehus, som ikke kjenner arbeidskulturen i hjemmetjenesten, kan fra sitt ståsted synes å være for lite opptatt av det helhetlige og langsiktige pasientforløpet som må planlegges for å kunne møte den enkelte pasientens behov etter utskrivelse. Begrenset forståelse for det viktige arbeidet med å kartlegge pasientens videre behov og ønsker kan dermed svekkes (12). Problemstillinger knyttet til forskjellige arbeidskulturer er viktig å løfte frem, slik at man kan skape forbedrede samarbeidsarenaer for sykepleiere som arbeider på sykehus og i den kommunale helsetjenesten. Samarbeidsmøter kan for eksempel bidra til å utvikle felles forståelse og rutiner for pasienter som blir definert som utskrivningsklare (12).

SÅRBARE SKRIVES UT

I forskningsprosjektet «Den verdige døden – verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner» er deltakerne kvinner, eldre enn 65 år, som har kreftsykdom. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) definerer disse som sårbare pasienter (13). Groene og medarbeidere (14) fant i sin studie en rekke utfordringer knyttet til sårbare pasienter som skrives ut fra sykehus.

Ofta er det pasienten selv som har sykehusets skriftlige eller muntlige rapport med seg hjem. Slike samhandlingsrutiner fører ofte til uheldige situasjoner som setter pasientsikkerheten på prøve (14). For å sikre god og sikker flyt av pasientinformasjon på tvers av nivåer ble det i 2005 innført et system med elektroniske meldinger i Norge mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (15).

I tillegg til meldingsutvekslingen mellom

Målet med prosjektet

Målet med ph.d.-prosjektet er å knytte forskning tettere opp mot de helse- og omsorgsutfordringene som innbyggerne møter i sin hverdag i Kommune-Norge. Kunnskap om hvilke faktorer som fremmer en verdig avslutning på livet, er sparsom. I ph.d.-prosjektet undersøker og dokumenterer vi hvilke faktorer som fremmer en verdig avslutning på livet for hjemmeboende, kreftsyke kvinner over 65 år.

Kilde: «Den verdige døden – verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner» <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=631954>

Verdighetsbevarende omsorg

Verdighetsbevarende omsorg er forankret i et menneskesyn som anerkjenner at hvert enkelt menneske, i kraft av å være menneske, har en iboende verdighet (verdighet, som noe som hører mennesket til), og samtidig anerkjenner at hvert enkelt menneske har behov for å oppleve verdighet i sin hverdag (verdighet som opplevelse). Dette innebærer humanistiske, etiske, faglige, juridiske og politiske fordringer i alle former for mellommenneskelig samhandling (3. s. 93–107).

helsetjenestnivåene har man erfart at systemet bidrar til å sette i gang refleksjon hos sykepleiere samt øke sykepleiernes oppmerksomhet rundt pasientens behov.

Studien til Hellesø og edarbeidere (15) konkluderer med at digitalisering av pasientinformasjon har økt kvaliteten på pasientforløpene. Man ser likevel at e-post og telefon er mye brukt for å kvalitetssikre helhetlige pasientforløp. Grunnen til at e-post og telefon brukes, er at de forskjellige nivåene i helsetjenesten ser ut til å benytte seg av datasystemer som ikke alltid er forenlige. I tillegg er det ikke alle nyanter og beskrivelser av pasientsituasjonen som lar seg uttrykke i et standard-skjema (16).

BRUDD I SAMHANDLINGEN

Å opprettholde et helhetlig perspektiv på pasienten og deres pasientforløp er utfordrende. Utfordringer kan oppstå på grunn av manglende flyt i forløpene, og fragmenterte helsetjenester skaper brudd i samhandlingen (17). Pasientene beskriver slike brudd som synlige problemstillinger, og situasjonen kan få et annet søkelys enn mot pasienten

– og dermed krenke pasientens verdighet.

Pasientene hevder at helsepersonell er altfor opptatt av sine egne profesjoner og arbeidsområder, og at det er lite kommunikasjon og samhandling mellom forvaltningsnivåene (18).

USYNLIG ARBEID

Utskrivningsplanlegging fra sykehuset innebærer et komplekst samspill, og ved utskrivningen foregår mye av det vi kan kalle «usynlig arbeid» (5, s. 240). Mye av arbeidet knyttet til utskrivningsprosessen foregår med andre ord «på siden av» eller «i tillegg til» de formelle retningslinjene og defineres som «usynlig merarbeid» av Allen (19). Kirchhoff (19) anvender begrepet «usynlig arbeid» om arbeid som sykepleiere selv omtaler som

«Fragmentering av helsetjenesten er uheldig for den enkelte pasienten i palliativ fase.»

upassende arbeid, som verken er ønsket eller forventet av organisasjonen de arbeider for. Dette «usynlige arbeidet» reiser spørsmål om hva som kan skje dersom det forventes at retningslinjene skal følges slavisk (4). Men hva er nå dette «usynlige arbeidet» som preger hverdagen til mange helsearbeidere, og som bidrar til

å hemme implementeringen av helhetlige og fleksible pasientforløp?

ØKT FORSTÅELSE

I arbeidet med å utvikle en teoretisk forståelse for hva et helhetlig pasientforløp innebærer – og hva sykepleieres «usynlige arbeid» i denne sammenhengen handler om, kan det teoretiske rammeverket Translation Mobilisation Theory (TMT) (21) være et godt verktøy. Davina Allen formulerte denne sosiologiske teorien for å forklare hvordan felles aktiviteter og handlinger kan utvikle seg i komplekse situasjoner.

I palliative pasientforløp som krever god samhandling mellom sykehus og den kommunale hjemmetjenesten, kan situasjonen være preget av uforutsigbarhet, kompleksitet og oversiktighet. Allen (22) hevder at ved å beskrive sykepleieres organiseringsarbeid, kan vi lettere forstå bredden i sykepleien. Arbeidet som gjøres av sykepleiere defineres her som *transformerende mobilisering*, som betyr «å omforme og å gi retning» og fremhever

alle prosessene sykepleiere er en del av. Teorien beskriver også hvordan sykepleierne bidrar til å binde sammen de ulike delprosessene (22). Pasienter i palliativ fase som ønsker å reise fra sykehuset til hjemmet sitt, defineres hos Allen som objektet i forløpet (objektformasjon), mens translasjon er en mekanisme hvor de forskjellige leddene i samhandlingsprosessen tilpasses objektet.

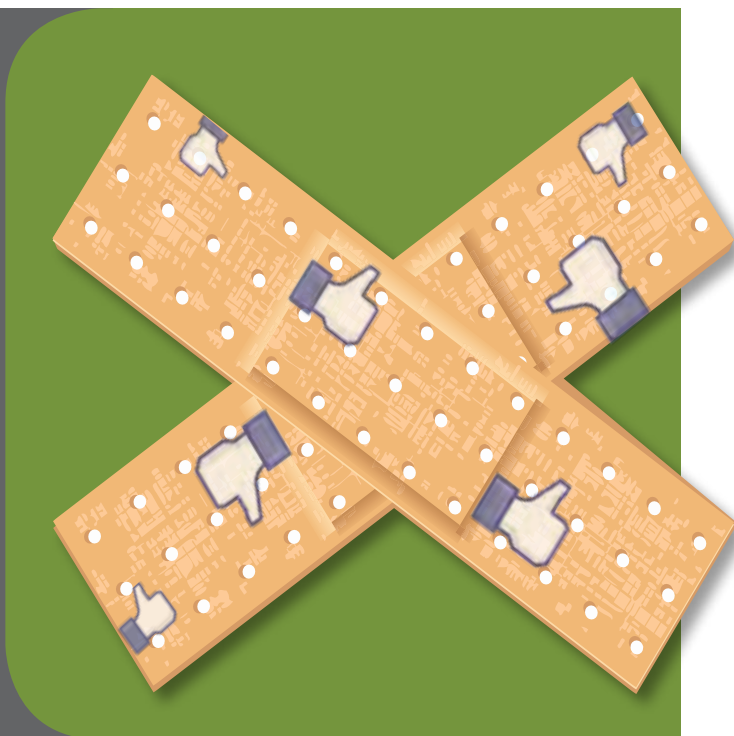
Det vil si at pasienten må bli sett med et holistisk perspektiv, og at det må utvikles en felles forståelse av pasienten og dennes situasjon (22). Det kreves en rekke aktiviteter og handlinger for å oppnå god samhandling i et palliativt forløp. Som nevnt er mange av disse handlingene «usynlige», og sykepleiere utfører en stor del av oppgavene gjennom pasientforløpet (4). Allen (22) kaller disse aktivitetene for *artikulering*. Det vil si aktiviteter som brukes for å knytte sammen de forskjellige leddene i et pasientforløp.

Et eksempel på en slik aktivitet kan være elektroniske meldinger som benyttes av sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helsetjenesten, for å

ANNONSE

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

[facebook.com/
SykepleienForskning](https://www.facebook.com/SykepleienForskning)



samhandle og planlegge en utskrivelse av en pasient i palliativ fase. En annen mekanisme omhandler helsepersonells evne til å reflektere over egne handlinger og andre profesjoners handlinger – gjennom samhandlingsprosessen. Denne mekanismen defineres som *refleksiv monitoring* og kan bidra til å fremme kvaliteten i gjennomføringen av det helhetlige palliative pasientforløpet.

Avslutningsvis vektlegger Allen i sin teori verdien av *å gi mening til* – som oppstår når forskjellige profesjoner i pasientforløpet sammen makter å skape mening og forutsigbarhet i pasientsituasjonen. Når de ulike profesjonene som deltar i samhandlingen, mestrer de fem ovenfornevnte utfordringene, vil det skapes en felles forståelse av den gjensidige avhengigheten som eksisterer mellom profesjonene, og fremme samhandling av høy kvalitet til beste for den enkelte pasient (22).

VERDIGHETSBEVARENDE OMSORG

For å sikre behandling, pleie og omsorg av høy kvalitet til pasienter i palliativ fase som ønsker å tilbringe sin siste levetid hjemme, er det avgjørende å etablere god kommunikasjon med pasientene og de pårørende om deres ønsker, behov og forutsetninger (9). Avklarende samtaler med alvorlig syke pasienter bør gjøres på sykehus i et relativt tidlig stadium, slik at planleggingen rundt utskrivelsen kan skje på best mulig måte.

I prosjektet «Den verdige døden – verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner», er det en målsetting å oppnå økt kunnskap om forberedende samtaler, som kan anvendes av de palliative omsorgstjenestene i kommunene. Vi undersøker og beskriver erfaringer og perspektiver hos pasienter, pårørende, fastleger og kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det er fire sentrale kilder, som fra sine ulike ståsteder vil kunne belyse sentrale utfordringer og muligheter i den tverrfaglige og tverrsektorielle samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Nasjonale politiske føringer og faglige råd legger vekt på å etablere en pasientnær tilnærming mellom helsepersonell og pasienter. En sykepleietjeneste med høy kompetanse er viktig for å styrke målet. Sykepleierens viktige rolle vil bli enda tydeligere om også sykepleierens «usynlig arbeid» blir synliggjort.

Prosjektet vil kunne bidra med beskrivelser av hva som betraktes som «usynlig arbeid» fra ulike profesjoner. Videre kan funn fra studien også bidra til økt kunnskap knyttet til begrepet *verdighetsbevarende omsorg*, tidligere kjent fra forskning innen omsorg for personer med demens (23).

Vi anser verdighetsbevarende omsorg som en viktig dimensjon i utøvelsen av sykepleie til pasienter i palliativ fase som ønsker å tilbringe sin siste levetid hjemme. Å utvikle ny kunnskap om hva som bidrar til å bevare deres verdighet, og hva som bidrar til å krenke deres verdighet, bør etter vårt syn være en sentral dimensjon i det kunnskapsgrunnlaget som kan anvendes i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Da kan en samarbeidende helsetjeneste etter vår oppfatning bli bedre i stand til å ivareta pasientenes rett til en verdig død (24) – i samsvar med «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (25).

REFERANSER

1. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005;330(7498):1007. doi:10.1136/bmj.330.7498.1007
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
3. Tranvåg O. Verdighetsbevarende omsorg for personer med demens. I: Hillestad E, Tessem J, red. Frivillighetens kraft. Organisering av frivillig innsats i eldreomsorgen. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. s. 93–107.
4. Extrastiftelsen. Den verdige døden. Oslo: Extrastiftelsen; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.extrastiftelsen.no/prosjekter/den-verdige-døden/> (nedlastet 07.05.2019)
5. Hellesø R, Melby L. Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I: Tjora A, Melby L, red. Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2013. s. 222–42.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Sammen mot kreft: Nasjonal kreftstrategi 2013–2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
7. Helse direktoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helse direktoratet; 2015.
8. NOU 2017:16. På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
9. Helse direktoratet. Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets sluttfase. Oslo: Helse direktoratet; 2018.
10. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2001.
11. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. dokument 3:5. Oslo: Riksrevisjonen; 2016.
12. Hellesø R, Fagermoen MS. Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *Int J Integr Care*. 2010 Jan-Mar.
13. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: CIOMS; 2002.
14. Groene R, Orrego O, Suñol C, Barach RP, Groene O. «It's like two worlds apart»: an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality & Safety*. 2012;21(Suppl 1), i67. doi:10.1136/bmjqs-2012-001174
15. Hellesø R, Melby L, Bratthelm BJ, Toussaint PJ. Exchange of information between hospital and home health care: A longitudinal perspective. *Stud Health Technol Inform*. 2016;225:349–53. doi:10.3233/978-1-61499-658-3-349
16. Olsen RM, Hellzén O, Enmarker I. Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *Int J Integr Care*. 2013;13(1). doi:10.5334/ijic.879
17. Sheaff R, Halliday J, Byng R, Øvretveit J, Exworthy M, Peckham S, Asthana S. Bridging the discursive gap between lay and medical discourse in care coordination. *Sociology of Health & Illness*. 2017;39(7). 1019–34. doi:10.1111/1467-9566.12553
18. Den Herder-van Der Eerden M, Hasselaar J, Payne S, Varey S, Schwabe S, Radbruch L, Groot M. How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. *Palliat Med*. 2017;31(10):946–55. doi:10.1177/0269216317697898
19. Allen D. The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare. London: Routledge; 2014.
20. Kirchhoff JW. De skjulte tjenestene – om ønsket atferd i offentlige organisasjoner. Karlstad: Karlstads universitet; 2010.
21. Allen D, May C. Organizing practice and practicing organization: an outline of translational mobilization theory. *SAGE Open*. 2017;7(2). doi:10.1177/2158244017707993
22. Allen D. Analysing healthcare coordination using translational mobilization. *J Health Organ Manag*. 2018;32(3):358–73. doi:10.1108/JHOM-05-2017-0116
23. Tranvåg O. Dignity-preserving care for persons living with dementia. (Doktoravhandling.) Bergen: Universitetet i Bergen; 2015.
24. Forskrift 01.01.2011 om en verdig eldreomsorg. (Verdighetsgarantien). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010.
25. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/219384/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 03.05.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Katrine Staats

Ph.d.-kandidat,
Institutt for global helse og samfunnsmedisin,
Universitetet i Bergen

I lys av mitt pågående ph.d.-prosjekt «Den verdige døden – verdighetsbevarende omsorg for hjemmeboende kreftsyke eldre kvinner» vil jeg fremheve viktigheten av en helhetlig tilnærming og et helhetlig pasientforløp for pasienter i palliativ fase.

Ph.d.-prosjektet har et kvinnersperspektiv grunnet store kunnskapsmangler om kjønns-spesifikke behov samt et viktig samarbeid med søkerorganisasjonen Norske Kvinners Sanitetsforening. Fagartikkelen poengterer imidlertid sentrale utfordringer for alle pasienter som ønsker å avslutte livet hjemme.

For å sikre behandling, pleie og omsorg av høy kvalitet til pasienter i palliativ fase er det avgjørende å etablere god kommunikasjon med pasient og pårørende om deres ønsker, behov og forutsetninger. En sykepleietjeneste med høy

«Det er avgjørende å etablere god kommunikasjon med pasient og pårørende.»

kompetanse er viktig for å nå dette målet.

Jeg er opptatt av verdighetsbevarende omsorg, god kommunikasjon og samhandling på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenestene – og av at vi møter hverandre med forståelse og respekt. ●

HOVEDBUDSKAP

Når pasienter ønsker å dø hjemme, er det viktig at hjemmesykepleiere har god kompetanse i bruken av symptomlindrende legemidler. Hensikten med studien er å utvikle ny kunnskap om hjemmesykepleieres erfaringer med å bruke medikamentskrin i symptomlindrende omsorg for hjemmeboende pasienter i terminalfasen. Vi presenterer faktorer som skaper trygghet og fremmer bruken av medikamentskrinet, i tillegg til faktorer som hemmer bruken og skaper utrygghet og faglig uforsvarlige situasjoner.

NØKKELOORD:

- ▶ Hjemmesykepleie ▶ Palliasjon ▶ Symptom
- ▶ Kvalitativ studie ▶ Legemidler ▶ Terminalfase

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75734

Hjemmedød: Dette får sykepleiere til å bruke medikamentskrinet

Når en pasient skal dø hjemme, bør et medikamentskrin med lindrende legemidler være tilgjengelig. Ikke alle sykepleiere føler seg trygge på når de skal gi disse medikamentene.

Flere internasjonale studier viser at de fleste pasientene i palliativ fase har et ønske om å dø i eget hjem (1, 2). Pasienter og deres pårørende hevder at effektiv symptomlindring er en viktig faktor i forhold til muligheten til å kunne dø hjemme (3). I 2014 døde om lag 15 prosent av norske pasienter i sitt eget hjem – et tall som har vært stabilt over flere år (4).

Et viktig tiltak for å kvalitetssikre symptomlindring til hjemmeboende pasienter i terminalfasen, er å bruke et medikamentskrin med legemidler som anbefales av den internasjonale konsensusgruppen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (5). Medikamentskrinet er ment å være et enkelt og effektivt hjelpemiddel for hjemmesykepleiere i kommunehelsetjenesten (6). Forfatterne av denne artikkelen har nylig publisert en studie som beskriver hvilke erfaringer et utvalg norske hjemmesykepleiere har med bruken av medikamentskrinet (7).

Medikamentskrinet inneholder de fire legemidlene morfin, midazolam, haloperidol og glykopyrrolat (Robinul), samt utstyr for å administrere legemidlene subkutant (6). En delphistudie (datasamling og drøfting i en ekspertgruppe som sammen skal avgjøre enighet om et tema) utført i ni europeiske land anbefaler at disse fire legemidlene, som i dag blir brukt i den norske hjemmetjenesten, bør være tilgjengelig i

FORFATTERE


Katrine Staats
Ph.d.-kandidat, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen



Oscar Tranvåg
Postdoktor, Inst. for global helse og samfunnsmedisin, UiB, Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, OUS og Inst. for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet



Ellen Karine Grov
Professor, OsloMet – storbyuniversitetet

alle sammenhenger hvor pasienter i terminal fase befinner seg (8).

Studier viser at skrinet er enkelt å bruke, og at legemidlene gir rask effekt på plagsomme symptomer (9). Når medikamentskrinet brukes etter intensjonen, reduseres behovet for legebesøk hjemme hos pasienten. Det fører også til forlenget hjemmetid, færre innleggelses på sykehus og øker sannsynligheten for hjemmedød (10).


Det legges i dag stor vekt på å skape effektive og samfunnsøkonomiske tjenester. Medikamentskrinet kan bi-

dra til god lindrende behandling også på kveldstid og i helger og kan i noen sammenhenger også administreres av pasientens pårørende (3, 11). Hensikten med vår studie (7) var å utvikle ny kunnskap om hjemmesykepleieres erfaringer med å bruke medikamentskrinet i symptomlindrende omsorg for hjemmeboende pasienter i terminalfasen.


FAKTA OM STUDIEN

Studien (7) hadde et kvalitativt, beskrivende og eksplorativt design, forankret i hermeneutisk metodologi. Data ble samlet inn gjennom bruk av fokusgruppeintervju samt påfølgende individuelle dybdeintervjuer i perioden desember 2016–mars 2017.

Kontaktpersoner i kommunen, henholdsvis kreftkoordinatorer og ressurspsykepleiere, sto for rekruttering av studiens



MINDRE UBEHAG: Eldre som ligger for døden hjemme, skal få lindrende behandling. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



LEGEMIDLER: Medikamentskrinet inneholder legemidler som lindrer plagsomme symptomer. Foto: Privat

deltakere. Til sammen deltok 18 hjemmesykepleiere med erfaring i bruk av medikamentskrinet. De var i alderen 30–62 år. De hadde gjennomsnittlig 13 års erfaring som sykepleiere (variasjon 1–39 år), og sju av dem hadde relevant videreutdanning innen palliasjon og kreftomsorg. Utvalget representerte fire fylker og fem forskjellige kommuner med innbyggerstørrelse fra 5000 til 265 000.

Fokusgruppe- og dybdeintervjuer ble gjennomført på deltakernes arbeidssted. Intervjuguiden ble anvendt, og førsteforfatteren gjennomførte intervjuene sammen med en medforsker. En hermeneutisk analyse ble gjennomført av hver enkelt intervjuetekst og av tekstmaterialet som helhet.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datateneste (NSD), referansenummer 50589. Deltakerne i studien fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien, og ga sitt skriftlige samtykke til å delta.

HVA FREMMER BRUKEN?

Tydelige rammer og god planlegging

Sykepleierne var opptatt av å trygge hverandre og få til best mulig samarbeid. «Det er tross alt livets slutt, og det er en viktig del av jobben min», sa en deltaker fra en av landkommunene. Planlegging var viktig og innebar å etablere rutiner som fungerte på arbeidsplassen. Det ble også fremhevet at avklaring av legens forordninger var sentralt for forsvarlige forløp. Samtlige sykepleiere mente det var gjennomgående gode rutiner tilknyttet medikamentskrinet. Skjema og permer var utviklet for å systematisere og kvalitetssikre arbeidet. I tillegg var tilstrekkelig bemanning en viktig faktor som måtte planlegges.

En sykepleier sa dette: «Det er jo mange ting som må til før medikamentskrinet skal tas i bruk. Det er krevende, og det tar tid. Og det er viktig at vi blir tatt ut av listene og kan få lov til å jobbe med det. For det tar tid å få alt på plass.» (7)

Flere sykepleiere hevdet at ved å bruke medikamentskrinet, ble organiseringen av ressursene i hjemmetjenesten be-

«Studier viser at skrinet er enkelt å bruke.»

dret. Hvis bemanningen var planlagt i god tid, bidro god organisering til økt opplevelse av trygghet i deres krevende arbeidssituasjon.

Avklarende møter og tilgjengelige fastleger

Samtlige sykepleiere mente at et tett samarbeid med fastlegene, preget av kontinuitet, var en sentral faktor som fremmet god og forsvarlig anvendelse av medikamentskrinet. Det var imidlertid store variasjoner i hvordan samarbeidet mellom sykepleierne og legene fungerte. For mange av sykepleierne var fastlegen en nøkkelperson for kvalitetssikring av en forsvarlig praksis. De ønsket derfor en ordning som gjorde kontakten med fastlegen lett tilgjengelig også utenom vanlig arbeidstid. En av deltakerne uttrykte det slik:

«Noen fastleger kan du ringe til på fritida – når du ser at det er endringer som skjer – særlig på kvelden når du er alene som sykepleier og du ikke har noen å konferere med, og legevakten kjenner kanskje ikke pasienten. Jeg synes det har vært en veldig styrke når fastlegen har kommet hjem til pasienten

fulgt med på jevnlige hjemmebesøk, og kunne vurdere dosen.» (7)

Gode forordninger fra fastlegen bidro til trygghet i oppstart og opptrapping av legemidler. Avklarende møter med fastlegen ble ansett som avgjørende for å fremme bruken av medikamentskrinet:

«Det er ikke bare medikamentskrinet, det er jo den samtalen i forkant. Tverrfaglig møte, kaller de det. Den avklaringen synes jeg er veldig viktig å få, og når vi får det, så er jo det en trygghet for hjemmetjenesten.» (7)

Andre ressurspersoner, som blant andre primærsykepleieren og kreftkoordinator, ble også beskrevet som viktige samarbeidspartnere. Sykepleierne fra landkommunene fremhevet spesielt tryggheten de opplevde når de hadde en ressursperson i tjenesten som påtok seg ansvaret ved oppstarten av medikamentskrinet hos den enkelte pasienten.

DETTE HEMMER BRUKEN

Manglende trygghet i vurdering av behovsmedisiner

Funnene viste at medikamentskrinet til tider sjeldent var i bruk. Spesielt gjaldt dette for landkommunene. I tillegg var sykepleierne som regel alene med ansvaret for behovsvurdering og administrering av legemidler til alvorlig syke pasienter, noe som skapte utrygghet hos mange.

En sykepleier i denne fokusgruppen presenterte dette utsagnet:

«Det kan gå lang tid mellom hver gang vi bruker det skrinet. Så det blir litt sånn rustent etter hvert. Det man gjør sjeldent, er man ikke så trygg på. Jeg følte at jeg liksom ble litt kastet inn i det, en gang som det var i bruk.» (7)

Det vil være store variasjoner i hvordan medikamentskrinet blir brukt når sykepleierens vurderinger er knyttet til hvilken erfaring de har med å bruke skrinet. En av sykepleierne hevdet at det mest sannsynlig ikke dreide seg om utrygghet overfor legemidlene, men om manglende trygghet i vurderingen av pasientens tilstand. Er det smerter? Eller er det engstelse og indre uro? Sykepleiere med lengre erfaring prøvde seg frem, og det ble ofte startet med morfin.

Nyutdannede sykepleiere opplevde det som utrygt å vurdere når pasienten skulle starte opp med andre legemidler enn morfin, spesielt legemiddelet midazolam.

En av de yngre sykepleierne uttrykte det tydelig: «Det å begynne med midazolam. Det er et sånt evig problem.»

En mer erfaren sykepleier beskrev denne utfordringen slik:

«Vi hadde som sagt ham med lungekreft og angst. Han hadde litt for lenge angst, slik jeg ser det da. Det ble litt dårlig håndtert. Han fikk for lite, og det var vel litt usikre sykepleiere på vakt. Da jeg kom på, så jeg at han var veldig stresset. Jeg synes doseringen var veldig lav. Jeg kontaktet legen, og jeg ga morfin og midazolam med det samme. Da fikk han ro. Og da fikk hele familien ro. Der og da gjorde nok jeg en bedre jobb, sikkert fordi jeg er tryggere på det.» (7)

Sykepleiere i hjemmetjenesten jobber i stor grad alene, og det kan føre til store variasjoner når det gjelder anvendelsen av medikamentskrinet. Flere sykepleiere pekte på

sårbarheten som oppstår hvis uerfarne sykepleiere alene skulle ha ansvaret. En av sykepleierne uttrykte det slik:

«Hvis det er behovsmedisiner, så er jo pasienten avhengig av hvem som er på jobb, sykepleieren da. Hvilke vurderinger som blir gjort. Noen er kanskje liberale og gir mye, og noen er mer tilbakeholdne. Det kan bli veldig variabelt hvor mye pasienten får av de forskjellige medisinene, og det er ikke sikkert det er så veldig gunstig.» (7)

Sårbarhet om natten

Sykepleierne syntes å ha en felles oppfatning av at det på nattevakter var særlig krevende å opprettholde forsvarlig bruk av medikamentskrinet. Symptomlindring i livets sluttfase kan

«Sykepleiernes trygghet og faglige kompetanse er avgjørende for kvaliteten på lindringen.»

være komplisert, og det kan oppstå symptomer som må behandles der og da. En sykepleier med erfaring som nattevakt hevdet at mye avhenger av hvorvidt dagvaktene har planlagt prosedyren rundt medikamentskrinet:

«Det at jeg bare kan fortsette på det som noen andre har begynt på. Det føler jeg er viktigst for at det skal kunne gå smertefritt i løpet av natten. Det er jo en prosedyre som kan velte hele lasset egentlig.» (7)

Studien viser imidlertid at sykepleiere på nattevakt også kommer i situasjoner hvor de må foreta vurderinger om oppstart og økning av dosene.

Sykepleierens trygghet og faglige kompetanse er avgjørende for kvaliteten på lindringen. Sykepleierne synes det er utfordrende å foreta vurderinger om oppstart og økning av dosene. En sykepleier som arbeider kun nattevakter, uttrykte følgende:

«Det er både spennende og skummelt på samme tid å ha ansvar for legemidlene på natt. Litt skummelt fordi jeg føler jeg står alene på natt. Jeg har liksom bare meg selv da, på en måte.» (7)

AVHENGIG AV ILDSJELER

Norske kommuner er ulike, både geografisk og va gjelder organisering av det palliative tilbudet. Kommunene står i utgangspunktet fritt til å organisere tjenestene på den måten de selv finner hensiktsmessig, men de er forpliktet til å tilby nødvendig helsehjelp til personer som oppholder seg i kommunen (12).

Etter at samhandlingsreformen (13) trådte i kraft i 2012, har kortere liggetid på sykehus og tidligere utskrivelser av pasientene økt behovet for komplekse helse- og omsorgstjenester i kommunene. Tidlig utskrivelse til hjemmet fordrer tilgang til kvalifisert hjelp til enhver tid, slik at både pasienten og de pårørende skal føle trygghet gjennom hele døgnet (14).

Som studien (7) viser er det store variasjoner i hvor trygge sykepleierne er i sin vurdering av pasientenes tilstand og i administreringen av medikamentskrinets legemidler. Det fremkommer også frustrasjon hos sykepleiere over at

de ikke kan etterleve den kvaliteten de mener sykepleien bør ha.

Sykepleierne kan oppleve at de mister det menneskelige aspektet i omsorgen og blir bærere av «organisasjonens grenser i egen kropp». De tar ansvar for det organisasjonen (kommunenes hjemmebaserte tjenester) har forpliktet seg til å gjøre. Paradoksalt nok bidrar sykepleierne «illojalitet» ofte til at organisasjonen på denne måten «overlever» (15).

Funnene i vår studie (7) peker i samme retning; sykepleierne finner strategier for å håndtere krysspresset de befinner seg i. De brukte tid og krefter på å gjøre det beste ut av situasjonen. De hadde blant annet godtatt at de var alene på nattevakt, og at de ofte måtte foreta faglige vurderinger som de egentlig ikke kjente seg trygge i.

SYKEPLEIERE TAR ANSVAR

Sykepleierne i studien (7) mener at forordningene fra legen må være «rause» nok til at de kan starte opp med medikamentskrinet, og til å gi pasienten legemidler etter egne vurderinger. Når legen ordinerer medisiner «ved behov», flyttes ansvaret for den medisinske vurderingen over til sykepleieren – en vurdering som egentlig tilhører legerollen. Flere sykepleiere i studien opplevde ansvaret for vurderingen som utfordrende.

Samtidig mente sykepleierne at «rammene», hvor sykepleieren kan trappe opp dosene til effekt oppstår, må være til stede for å benytte medikamentskrinet på en god, forsvarlig måte. For at denne praksisen skal kunne karakteriseres som faglig forsvarlig, er det en forutsetning at den enkelte sykepleieren har tilstrekkelig kompetanse til å påta seg ansvaret for den medisinske vurderingen.

Paradoksalt nok viser internasjonale studier at medikamentskrinet i stor grad også blir administrert av pårørende for å lindre pasienter i livets siste fase (10, 11). De vil, som ufaglærte, bestemme hvilken medisinerings døende har behov for. Studiene viser at bruken av medikamentskrinet er forskjellig organisert, noe som igjen reiser spørsmål om kvaliteten på den lindrende behandlingen.

UTRYGGE PÅ NATTEVAKT

Studiens (7) funn viser at sykepleierne følte seg alene og utrygge på nattevakt. De var ofte alene og hadde ansvar for mange pasienter. Sykepleierne følte seg til tider presset til å foreta vurderinger som de ikke var komfortable med. Presset ble erfart som skremmende, og de opplevde ofte at de på nattevakter ikke hadde noen å konferere med.

Tidligere forskning viser at mangel på erfaring og kompetanse i bruken av medikamentskrinet kan føre til innleggelse på sykehuset, og derigjennom også redusere muligheten for at pasienten, i tråd med eget ønske, kan dø i eget hjem (10).

KONKLUSJON

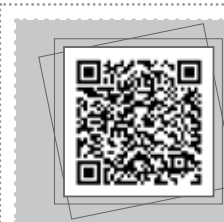
Det kan ikke trekkes generaliserende slutninger ut fra vår studie (7), men en hermeneutisk tilnærming har bidratt til økt kunnskap om sykepleierne erfaringer knyttet til hvilke faktorer som fremmer versus hemmer god, forsvarlig bruk av medikamentskrinet hos hjemmeboende pasienter i terminalfasen.

Sykepleierne i studien ga uttrykk for at medikamentskrinet er et nyttig verktøy. Tydelige rammer rundt bruken av skrinet, rutiner på arbeidsplassen samt tilstrekkelige ressurser skaper en trygghet som fremmer god og forsvarlig bruk av skrinet. Avklarende samarbeidsmøter med fastlegen og fastlegens tilgjengelighet er forhold som fremmer faglig forsvarlig anvendelse av medikamentskrinet.

Sykepleierne omtaler også faktorer som kan svekke en faglig forsvarlig praksis. Manglende trygghet i vurderinger av symptomer hos pasienten hemmer god, forsvarlig bruk. Særlig utfordrende synes det å være for sykepleiere på nattevakt. Det er krevende å være alene med ansvaret for pasienter med komplekse symptomer. Tilstrekkelig rekruttering av sykepleiere til hjemmetjenesten og etablering av palliative team i kommunehelsetjenesten – som også er tilgjengelige på nattetid og i helger – vurderes som viktige tiltak. Slike tiltak vil fremme en faglig forsvarlig praksis og bidra til å innrette mange norske pasienters ønske om å kunne tilbringe sin siste levetid i hjemmet. 🍀

REFERANSER

1. Kjellstadli C, Husebø BS, Sandvik H, Flo E, Hunskaar S. Comparing unplugged and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study. *BMC Palliative Care*. 2018;17:69.
2. Gomes B, Calanzani N, Koffman J, Higginson IJ. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Med*. 2015;13:235.
3. Rosenberg JP, Bullen T, Maher K. Supporting family caregivers with palliative symptom management: A qualitative analysis of the provision of an emergency medication kit in the home setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(5):484–9.
4. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisterets statistikkbank. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/> (nedlastet 27.10.2018).
5. National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life. National Institute for Health and Care Excellence; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31> (nedlastet 27.10.2018).
6. Helse Bergen. Kompetansesenter i lindrende behandling. Palliasjon – verktøy for helsepersonell. Medikamentskrin voksne. Bergen: Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrende-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell> (nedlastet 27.10.2018).
7. Staats K, Tranvåg O, Grov EK. Home-care nurses' experience with medication kit in palliative care. *Journal of hospice and palliative nursing*. 2018;20(6):E1–E9.
8. Lundqvist O, Lundqvist G, Dickman A, Bükki J, Lunder U, Hagelin CL, et al. Four essential drugs needed for quality care of the dying: a Delphi-study based international expert consensus opinion. *J Palliat Med*. 2013;16(1):38–43.
9. Bullen T, Rosenberg JP, Smith B, Maher K. The use of emergency medication kits in community palliative care. *Am J Hosp Palliat Med*. 2015;32(6):581–7.
10. Yap R, Lundqvist G, Dickman A, Bükki J, Lunder U, Hagelin CL. Comfort care kit: use of nonoral and nonparenteral rescue medications at home for terminally ill patients with swallowing difficulty. *J Palliat Med*. 2014;17(5):575–8.
11. Lee L, Howard K, Wilkinson L, Kern C, Hall S. Developing a policy to empower informal carers to administer subcutaneous medication in community palliative care: a feasibility project. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(8):369–78.
12. Lov 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 27.10.2018).
13. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 27.10.2018).
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Sammen mot kreft: Nasjonal kreftstrategi 2013–2017. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-mot-kreft/id728818/> (nedlastet 30.10.2018).
15. Vike H, Brinchmann A, Bakken R, Kroken R, Haukelien H. Maktens samvitthet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for fagartikler

Hvis du ønsker å sende inn en fagartikkel til Sykepleien, kan du lese her for å få hjelp til å komme i gang.

Har du skrevet en presentasjon av et fagutviklings- eller forskningsarbeid, eller en beskrivelse av pasientsituasjoner, arbeidsmiljø, ledelse eller kvalitetsarbeid relatert til helse- og omsorgssektoren?

Har du skrevet en oppgave i master- eller videreutdanning?

Da ønsker vi en fagartikkel fra deg!

ARTIKKELENS INNHOLD OG LENGDE

En artikkel bør ikke være lengre enn maksimalt 15 000 tegn (med mellomrom).

Avgjør først hva du vil fortelle. Lag gjerne arbeidstittel og ingress før du starter å skrive. Avgjør hva som er viktig å få med, ellers kan artikkelen gjerne bli for lang. Artikkelen bør som regel ha ett tema, men det er ingen regel uten unntak, da flere problemstillinger kan høre sammen.

Budskapet eller nye funn skal presenteres med én gang. Deretter bør det være en kort presentasjon av hensikten med eller bakgrunnen for undersøkelsen eller prosjektet, og eventuelt en kort metodebeskrivelse.

Artikkelens hovedinnhold skal være resultater og erfaringer, og konklusjonen skal vise konsekvensene funnene har, eller bør ha, for praksis eller forskning.

SKRIV ENKELT, PERSONLIG OG KONKRET

Artikkelen må ikke ha vært trykket eller publisert andre steder.

Les hele forfatterveiledningen før du sender inn et manuskript.

SPRÅKFØRING

Sykepleien tilstreber at språket i artiklene er lettfattelig og tydelig. Nedenfor finner du noen tips til godt språk:

Aktiv setningsoppbygging

Skriv aktiv fremfor passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøkte ...?)

«Dette» og «disse»

Prøv også å unngå for mange «dette» og «disse», som gjør teksten uklar. Forklar heller hva du mener.

Faguttrykk og forkortelser

Forklar faguttrykk, enten i parentes eller i teksten. Skriv hele ordet første gang i teksten hvis du videre ønsker å benytte en forkortelse.

REFERANSER

I en fagartikkel kreves det at man belegger fakta, henvisninger og påstander med kilder. Det er derfor svært viktig å ha nøyaktige referanser. Referanselisten bør inneholde maksimalt 25 referanser.

Referansene skal settes opp etter Vancouver-stilen. Vancouver-stil i løpende tekst:

- referansen angis med et tall i parentes bak referansen
- hvis du refererer til et verk mer enn én gang,

skal du bruke samme nummer som første gang referansen ble brukt

- hvis du henviser til flere kilder i den samme setningen, oppgi disse slik: (2–4), dvs. 2, 3 og 4, og (2–4, 8) dvs. 2, 3, 4 og 8
- referanse må angis også når forfatterens navn står i setningen

Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008 mai; 45(5):668–81.

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød*. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tværfaglig spesialisert rusbehandling*. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef Rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan*. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FIGURER OG TABELLER

For mange tall i teksten er lite leservennlig. Tabeller, diagrammer eller figurer kan lette fremstillingen.

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer eller tabeller (fortrinnsvis tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

BILDER

Hvis du har gode breddebilder som kan passe som hovedbilde til artikkelen, må du gjerne legge dem ved. Også andre bilder som illustrerer artikkelen, kan vedlegges.

Bilder må sendes i egne bildefiler. Hvis det er gjenkjennbare mennesker på bildet, må vi vite navn på den eller dem som er med på bildet, og de må ha gitt sin godkjenning til at bildet skal kunne publiseres i *Sykepleien*. Annen informasjon om bildet skrives under bildet, sammen med fotografens navn. Vi må også ha fotografens tillatelse til å bruke bildet.

INTERESSEKONFLIKT

Når du sender inn manuskriptet, ber vi deg oppgi eventuelle interessekonflikter.

Eksempler på interessekonflikter:

1. Hvis du i løpet av de siste fem årene har mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
2. Hvis du i løpet av de siste fem årene har vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
3. Hvis du har aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
4. Hvis du har en binding, et livssyn, utfører oppgaver eller innehar et verv som kan påvirke din habilitet.
5. Hvis du har tilknytning som nevnt i forvaltningsloven § 6 første ledd til personer/aktører som omfattes av punkt 1–3 ovenfor.

VURDERING AV MANUSKRIFTET

I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet enten aksepteres, sendes tilbake til forfatteren for revidering eller refuseres. Redaksjonen tilstreber rask tilbakemelding til forfatteren hvis artikkelmanuskripter som sendes til oss, blir akseptert for publisering.

Hvis manuskriptet aksepteres, sendes teksten videre for teknisk og språklig bearbeiding og følges opp av redaksjonen. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid. Forfatteren vil få det språkvaskede manuskriptet tilbake for gjennomlesing.

Er du med i en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund?

Redaksjonen i Sykepleien ønsker å samarbeide med faggruppene om utgivelse av fagartikler. Vi kan være med og veilede på din fagartikkel.

I tillegg til at fagartikkelen publiseres på sykepleien.no, kan faggruppene publisere artikkelen i sine nyhetsbrev, på hjemmesider eller i fagblad.

Ta kontakt med redaktøren for ditt fagtidsskrift og/eller fagredaktør i Sykepleien Torhild Apall Dybvik torhild.apall@sykepleien.no eller Eli Smedstad eli.smedstad@sykepleien.no hvis du har spørsmål om fagartikler.

Vi forbeholder oss retten til å endre tittel, mellomtitler og ingress.

Sykepleien publiserer alle fagartiklene på nettsiden sykepleien.no og på Sykepleiens Facebook-side. Artikler kan også trykkes i Sykepleiens temautgaver.

INNSENDING AV MANUSKRIFTET

Artikkelen sendes inn via vårt nettbaserte manuskriphåndteringssystem, ScholarOne, via følgende nettside: <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev, portrettbilder og eventuelle andre dokumenter.

Følg instruksene øverst på hvert skjermbilde. Du kan også få hjelp via våre instruksjonsvideoer: Videoene ser du på nettsiden. Bruk QR-koden sist i forfatterveiledningen.

Hvis du får problemer under innsendingen, kan du ringe 22 04 33 49.

Etter innsendelsen får du automatisk bekreftelse på at vi har mottatt manuskriptet. Etter at fagartikkelen er publisert, mottar du et honorar. ●

Lykke til med skrivingen!

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for forskningsartikler

Hvis du ønsker å sende inn en forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, får du viktig informasjon her.

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Sykepleien Forskning publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. Sykepleien Forskning inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

DOBBELT- ELLER SEKUNDÆRPUBLIKASJON

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert

i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjon eller arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettsjøsjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

LENGDE PÅ MANUSKRIFTET

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer.

FORMAT OG OPPSETT

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Høyremargen skal ikke være rett.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

MANUSKRIFTETS INNHOLD

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (*main document*) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterne navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (abstract)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

TEKST

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside (fanen Forskning på sykepleien.no), kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

OPPBYGGING AV SELVE ARTIKKELEN

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og **bakgrunn** for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrix i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i

relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metode-diskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referan-sene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai; 45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

5. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

FØLGEBREV TIL REDAKTØR (COVER LETTER)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

INNSENDING AV MANUSKRIFT

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskript-håndteringssystem ScholarOne, via følgende nettadresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

VURDERINGSPROSESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en

vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelle-vurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

Etter fagfellevurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i ScholarOne. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

GODKJENNING AV MANUSKRIFT

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også titelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

OVERSETTING TIL ENGELSK

Alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesing før publisering.

KRAV TIL MEDFORFATTERSKAP

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen.

Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen deler av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettsider: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Bruke+referansestilen+Vancouver> og <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

INTERESSEKONFLIKTER

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter». ●

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



sykepleienjobb.no

Skann QR-koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal.

Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Sykepleien



"Takk, bare bra..." (Tbb) er et kurs i forebygging og mestring av depresjon, spesifikt rettet mot personer over 60 år. Kurset bygger på kognitive metoder, og er basert på kunnskap og erfaringer fra KiD (Kurs i depresjonsmestring).

Bli Tbb-kursleder!

Kurslederopplæringen vil gi deg kompetanse og sertifisering til selv å holde Tbb-kurs, enten det er i egen kommune, virksomhet eller foretak. Opplæringen foregår over fire dager, basert på forelesninger, gruppeøvelser og trening som kursleder. Dersom du har godkjenning som KiD-instruktør kan du delta med reduserte antall kursdager. For å bli kursleder må du være helsepersonell med minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning.

Opplæringen holdes av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune. Opplæringen skjer hver vår og høst. Kontakt oss, eller besøk vår hjemmeside for mer informasjon om kurslederopplæringen, datoer, pris og påmelding!

Kurset går over 4 dager, 14- 17 oktober.



www.oslo.kommune.no/sff



sff@syke.oslo.kommune.no



[@SFFOslo](https://www.facebook.com/SFFOslo)



MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Vil du bli psykotraume terapeut?

Helhetlig, tverrfaglig psykotraume videreutdanning
i Oslo, Tromsø og Bodø

Målet med videreutdannelsen er å gi en grundig innsikt i moderne psykotraumeteori og - behandling for voksne ungdom, barn og familier.

I løpet av utdanningsforløpet lærer du blant annet:

- Hvordan psykotraume påvirker enheten kropp/psyke
- Hvordan komme ut av traumatiserende belastninger
- Å arbeide med med loPT - intensjonsmetoden

Undervisningen er lagt opp som helgesamlinger, kan kombineres med full jobb og er åpen for alle med helse-, pedagog- eller sosialfaglig bakgrunn.

* Gir rett til tittelen registrert loPT Traumeterapeut ved fullfør utdanning.
* 12 moduler a 4 dager innenfor 2 år

Påmelding og informasjon : iopt.no/videreutdanning

☎ +47 91 66 72 11 ✉ marta@iopt.no

Velkommen!



+VAKTROMMET®

Gode tilbud til bedrifter
som trenger mye utstyr.

- Migenic - hygienisk navnskilt og utstyrsholder i ett →
- 100% silikon
- Kan dekontamineres

Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING

10. SEPTEMBER 2019, KL. 08.30–16.00
SIGRID UNDSETS HUS, UIA


PROGRAM

- 08.30 Registrering og kaffe
- 09.00 Velkommen v/ prosjektleder, Torstein Garcia de Presno og rektor på UiA, Sunniva Whittaker
- Åpning ved Stortingsrepresentant Kari Henriksen, Sekretær i Helse – og Omsorgskomiteen.
- Presentasjon av Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 09.35 «Hvorfor er det så vanskelig for voksne å spørre?»
Ane Ugland Albæk, Universitetslektor, Universitetet i Agder, PhD-kandidat, Universitetet i Bergen
- 10.30 «Barn som har opplevd vold i nære relasjoner - hva trenger de fra skolen?»
Sabreen Selvik, Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold
- 11.15 Lunsj
- 12.00 «Hva ønsker barn av rusmisbrukere seg av voksne?»
Marius Sjømæling, Generalsekretær i Barn av rusmisbrukere – BAR.
- 13.00 «Å snakke med barn og ungdom etter selvmordet»
Magne Raundalen, Barnepsykolog og bestefar
- 15.00 «Når barn sier at de har selvmordstanker, hva gjør vi?»
Mogens Albæk, Psykologspesialist Statens Barnehus, Dr. Philos
- 15.45 Musikk fra Musikk og kunst-prosjekt på ABUP
- 16.00 Slutt



JOBBER DU MED SORGPROBLEMATIKK OG HAR HELSE- ELLER SOSIALFAGLIG UTDANNING?

- Bli CGT-terapeut!

 Søknadsfrist 15. november 2019

 Les mer på www.uio.no/cgt

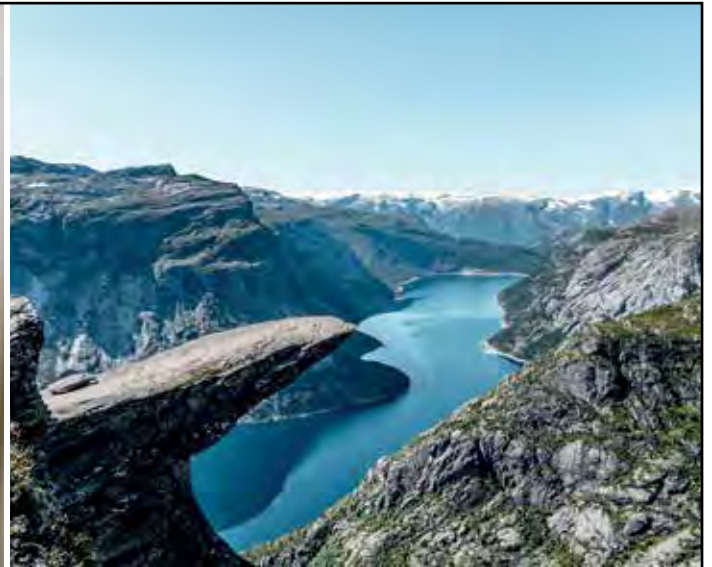


Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevante for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobil eller brett som hjemme foran PC-en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV slik at det er enkelt å søke på jobb.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

Sykepleien jobb.no



Ny avtale – bedre betingelser til deg

Dedicare har fått ny avtale med alle sykehusene i Norge. Vi har flere ledige oppdrag enn noen gang fra Hammerfest i Nord till Oslo i Sør.

Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Vi dekker din reise og bolig. Om du er nyutdannet eller har lang erfaring så har vi jobb til deg. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE