

## Pleielidelse i perioperative pasientforløp for eldre



PASIENTSIKKERHET: Studien viste at pasientene ikke alltid fikk adekvat smertelindring eller hjelp når de ba om det. Foto:...

LES MER ▾

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, 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 anestesisykepleier (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 forskjellig 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 forsvarsløse (4).

Forskning om pleielidelse på tvers av behandlingsforløp, slik vi har gjort, er nytt. Det er viktig å få mer kunnskap fra sykepleiernes 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 semistrukturerte 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.

**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

---

***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.

**Tabell 2.** Informasjon om de sju intervjuene

---

<b>Intervjuform</b>	<b>Antall deltakere</b>	<b>Arbeidssted</b>
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

---

### **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 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 jevnlige 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.

**Tabell 3.** Eksempler på hvordan rådata ble til hovedtemaer

Meningsenhet rådata	Kondensert meningsenhet	Koder	Undertema	Hovedtema
Krenkelser 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 krenkelser	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

### **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.

Det skjer krenkelser, særlig verbale krenkelser, både fra sykepleiere og leger i operasjonsteamet, og det er veldig vanskelig å ta dette opp.

Operasjonssykepleier

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 neddøpet. 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, 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 krenkelser 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).

Verdikonflikter oppstår når sykepleiere er vitne til at andre omsorgspersoner oppfører seg uhøflig.

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 krenkelser 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 være 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 blottning 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 krenkelser, og at pasienter har blitt påført pleielidelse.

### **Respektløs oppførsel mot pasienter**

Sykepleiere har et faglig, etisk og juridisk ansvar for stå opp mot krenkelser 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. Konflikten 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 uverdigg omsorg og krenkelser 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 forklares på mange måter. Den kan begrunnes i arbeidsrelaterte stressfaktorer, fysiske eller psykiske sykdommer, misbruk, ubetenksomhet eller redsel for å gjøre feil (18). Makthierarkier, redsel for represalier eller mobbing er årsaker til at 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 sikkerhetsklimate 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. Eksempelene 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).

Det er helt nødvendig å utvikle samarbeidet på tvers av behandlingsnivåer.

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 kommunehelsetjenesten, bedre sykepleiedokumentasjon, bruk av tolk og deling av nødvendig informasjon når pasienter flyttes mellom forskjellig 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 travelhet som 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 unødvendig 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.

Den viktigste oppgaven til sykepleiere er å lindre lidelse og fremme helse.

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 pleielidelser 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?lang=no#24> (nedlastet 05.04.2018).
2. Dahlberg K. Vårdlidande – det onödiga lidandet. Nordic Journal of Nursing Research. 2002;22(1):4–8.
3. Dåvøy GAM, Eide PH, Hansen I. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
4. Martinsen K. Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten. I: Dåvøy GAM, Eide PH, Hansen I, red. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018: s. 130–146.
5. Schjøtler G, Delmar C. Angst, sårbarhet og skam – operationspatienters sanseerfaringer. Klinisk Sygepleje. 2016;30(01):17–30.
6. Malmedal W. Sykehjemets skyggesider: når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep. Oslo: Kommuneforlaget; 1999. Tilgjengelig fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/87e05ae260bb654022d3df693f62e068.nbdigital?lang=no#0> (nedlastet 14.03.2018).
7. Linh M, Bergens A. Når beteendet blir en patientsikkerhetsrisk. Läkartidningen. 2015;112:DFI6. Tilgjengelig fra: [https://www.researchgate.net/profile/Marion\\_Lindh/publication/281828685\\_In\\_Process\\_Citation/links/5638d96408ae4bde5021e00f.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marion_Lindh/publication/281828685_In_Process_Citation/links/5638d96408ae4bde5021e00f.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 Damm 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 Sygepleje. 2018;32(2):94–110.
16. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 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, Dåvøy 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/etikk\\_11.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/etikk_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/id2524141/> (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. Perioperativ smertelindring. I: Dåvøy 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, Netteland G. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Oslo: Sykepleien Forskning. 2012;3(7):270–7. DOI: [10.4220/sykepleienf.2012.0133](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0133).

[Perioperativ sykepleie](#)

[Pleielidelse](#)

[Pasientforløp](#)

[Kvalitativ studie](#)

Vedlegg

[pdf-export-77201.pdf](#)

Publication type

[Sykepleien Forskning](#)

Publication Year

2019

Edition Year

14

Publication Number

77201

Page Number

e-77201

Pasienter flyttes raskt mellom ulike enheter i kirurgiske forløp. Spesielt de eldre risikerer å bli utsatt for pleielidelser som krenkelser, neglisjering og dårlig smertebehandling.

1

Navn

Jobbtittel

Emne

Kommentar

Lagre

Forskning

Language Norwegian Bokmål

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 unødvendig 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.

Exclude images in ZIP export?

Off

[10.4220/Sykepleienf.2019.77201](#)

**Eli Eliassen**

Universitetslektor og operasjonssykepleier  
Nord universitet, Bodø

**Sissel Holla**

Universitetslektor og operasjonssykepleier  
Nord universitet, Bodø

**Terese Bondas**

Professor og helsesøster  
Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger



0