



Geriatrisk sykepleie

NR. 1-2016 • ÅRGANG 8

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



God mat
er omsorg

Sykepleien

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

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

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

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

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

ABONNEMENT

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

ANNONSER

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

HJEMMESIDE

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

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 11. august 2016

ANNONSERING

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

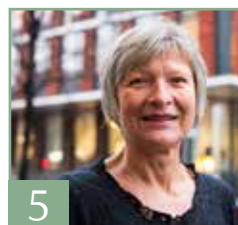


Innhold

NR. 1-2016 • ÅRGANG 8

- | | |
|---|--|
| <p>3 Leder:
Tor Engevik</p> <p>4 Landsstyret og lokalgruppelidere i NSF FGD</p> <p>5 Gjesteredaktør:
Liv Halvorsrud</p> <p>6 Smånytt</p> <p>8 Matomsorg i sykehjem</p> | <p>18 Årets sykepleier</p> <p>19 Søk stipend</p> <p>21 Aktuelle bøker</p> <p>22 Tilbakeblikk</p> <p>25 Fagdag i Trondheim og fagkveld i Hordaland</p> <p>26 KOLS: Å leve i forhandlinger</p> |
|---|--|

«Diagnose kan oppleves som at livet bryter sammen.» Side 26



5



26

8

LEDER:
Tor Engevik



Matglede for eldre

De to store fagartiklene i årets første utgave av fagbladet omhandler temaene matomsorg i sykehjem og pasienterfaringer med KOLS.

KOLS var også bakteppet i min leder i Geriatriisk Sykepleie nr. 2–2015. I den forbindelse var jeg i kontakt med kolspatient og likemannskoordinator Sidsel Kvasheim som ga et lite innblikk i hvordan det er å leve med KOLS. Under vår kommende landskonferanse står Kvasheim for et av innleggene. Hun har sagt ja til å dele mer av sine pasienterfaringer med oss. Pasientens stemme er et viktig bidrag i helsedebatten og vi ser frem til å høre mer fra henne.

Ernæring for eldre med et spesielt fokus på den feil- og underernærte pasienten er tema som stadig er aktuelt. Det er et område som de siste årene er viet stor oppmerksomhet både nasjonalt og lokalt. Screening, BMI, KMI, berikning og ernæringstrapp er begreper vi omgir oss med daglig. Men hvordan står det egentlig til med mat, måltider og ernæring hos eldre pasienter? Britt Moene Kuven og Tove Giske har sett på en side ved den saken i sin artikkel der de belyser helsepersonells erfaringer med institusjonskjøkken versus storkjøkken.

Uavhengig av kjøkkenmodell så er det ingen tvil om at når kroppslige funksjoner reduseres på grunn av alderdom, så øker behovet for optimal ernæring. Både næringstetthet, kaloriinnhold og sammensettingen av vitaminer og mineraler i kosten er vesentlig for ernæringsstatusen. Andre forhold har også betydning for helheten. Vi vet at tannhelse, sanseintrykk, rammene rundt måltidet og det terapeutiske miljøet har stor betydning og for mange på sykehjem oppleves måltidene

som dagens høydepunkt. La oss sørge for at det blir nettopp det.

Sykepleiere har kunnskap om ernæring og enkle kartleggingsverktøy har gjort det lettere for oss å identifisere risikopasienter. En rekke tiltak som kan iverksettes er også tilgjengelig. Til tross for dette opererer Helsedirektoratet med tall som viser at 20–60 prosent av de eldre brukerne av kommunens helsetjenester er underernærte eller i risiko for underernæring. Dette har vi et felles ansvar for å gjøre noe med.

Feil- og underernæring kan ha mange årsaker og bakgrunnen for at den eldre ikke vil spise likeså. Sammen med psykiske, somatiske og miljøbetingede faktorer er legemiddelbruk også ofte en årsaksforklaring. Fra min egen praksis som sykepleier husker jeg godt den eldre damen som fikk opp appetitten bare ved at legen reduserte antall medisiner fra ti til de tre han mente var høyst nødvendig. Damen fikk igjen en akseptabel BMI, det ble rett og slett plass til mere mat.

Mat og ernæring er ikke tema på vår Landskonferanse i Oslo 28. – 29. april. Årets konferanse er viet et annet viktig område av eldreomsorgen, akutt sykdom hos eldre. Vi nærmer oss 200 påmeldte men har fremdeles plass til deg.

Velkommen til faglig påfyll på en spennende konferanse.

Tor Engevik

LEDER NSF's FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

Landsstyret NSF FGD 2016



LANDSSTYRET

Leder:

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

Nestleder:

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

Styremedlem:

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

Styremedlem, landskonferanse-ansvarlig:

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

Styremedlem/redaktør:

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

Styremedlem/kasserer:

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

1. vara:

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

Nettsideansvarlig/medlemskontakt:

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

Facebookansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no

LOKALGRUPPELEDERE

Hordaland:

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

Troms:

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

Vestfold:

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

Oppland:

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

Buskerud:

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

Østfold:

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

Oslo/Akershus:

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

Trøndelag:

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

KONTAKTPERSONER

Agder:

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

Rogaland:

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

Telemark:

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

Nordland:

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

Møre og Romsdal:

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

Finmark:

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

Hedmark:

Renate Andersen
e-post: rea76@online.no

Kontaktperson ønskes i Sogn og Fjordane

Vitenskapelig tidsskrift

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

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

■ GJESTEREDAKTØR:
Liv Halvorsrud



Forskningsresultater og klinisk praksis?

Denne utgaven av **Geriatrisk sykepleie** presenterer to artikler hvor fellesnevneren er kvalitativ metode og erfaringer med en endring enten i egen helse eller i utforming av tiltak til sykepleierens pasient. Den ene artikkelen er om pasienterfaringer med sykdommen KOLS (1) og den andre om matomsorgen i sykehjem og nærheten til det produserende kjøkkenet (2). Kunnskapssenteret (3) skriver på sine nettsider om vurdering av kvalitativ forskning: «Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.» Begge artiklene kan brukes som en støtte til å forstå lignende tema i egen praksis. Innenfor begge tema finnes det en mengde litteratur og også oppsummert forskning som kan være verdt å lese. Eksempelvis en systematisk litteraturgjennomgang om behandling og oppfølging av KOLS (4). Den er også tilgjengelig i en kortversjon på norsk på Kunnskapssenterets nettsider (5). Mat til eldre er et tema med mange sider. Et litteraturgjennomgang med oppsummering av kognitive skadevirkninger av dårlig mat- og væskeinntak peker på behovet for videre oppfølging av dette (6).

Tidsskriftet Geriatrisk sykepleie henvender seg til fagpersoner som jevnlig møter eldre og deres pårørende. I tillegg skal fagpersonene formidle til studenter, hjelpepersonell og det tverrprofesjonelle team nødvendig informasjon om pasientens takling av sykdom, funksjonssvikt eller andre helseutfordringer for å bidra til å sikre best mulig helsehjelp. Å ha kunnskap om pasienterfaringer er vesentlig i dette arbeidet. Lindgren, Storli og Wiklund-Gustin (1) gir i dette nummeret et kunnskapsbidrag til det å møte eldre mennesker som er i den diagnostiske prosessen med å få KOLS. Deres studie er basert på intervju av åtte personer med mild eller moderat KOLS. Forfatterne beskriver innledningsvis forekomst av og symptomer ved KOLS. Å være i den diagnostiske prosessen beskrives som «å leve i forhandlinger» mellom nye erfaringer med sykdom, håndtering av sin helsefortid og bli utfordret av fremtiden med sykdommen. Forfatterne konkluderer med at uavhengig av alvorlighetsgrad kan det synes som om livet bryter sammen. Hvordan pasienten blir møtt av helsepersonellet har betydning for hvordan pasienten opplever det å få diagnosen. Forfatterne anbefaler at helsepersonell innhenter kunnskap om pasientens livsverden og lytter til pasienten samt tar i betraktning hvordan naturlig aldring kan påvirke situasjonen.

Helsepersonell er nøkkelpersoner i matomsorgen og er avhengig av at maten de har å tilby er både delikat og har rett innhold for den enkelte pasient. Kuven og Giske (2) setter søkelys på erfaringene helsepersonell i sykehjem har med matomsorg og ulike modeller for kjøkkendrift. Den såkalte kjøkkenreformen har medført at flere sykehjem har fått lagt om sine rutiner fra nylaget middag på det lokale kjøkkenet til oppvarmet fabrikkprodusert mat. Forekomsten av underernæring på sykehjem er velkjent og krever gode ernæringsrutiner i alle ledd.

Gjennom sju fokusgruppeintervjuer med helsepersonell finner forfatterne at institusjonskjøkken øker fleksibiliteten og mulighetene for tilrettelegging for pasienten. I storkjøkkenmodellen opplever informantene at økonomi i stor grad styrer matomsorgen. Og at matomsorgen oppleves som «bedre når helsepersonell har tilgang til institusjonskjøkken og ernæringskompetanse». Forfatterne peker på at helsepersonell må være kritiske til hvilke verdier og tjenester som har forrang i helsetjenesten. Helsepersonell må våge å reise kritiske spørsmål og peke på konsekvenser for pasienten.

Referanser:

- Lindgren S, Storli SL, Wiklund-Gustin L. Å leve i forhandlinger - pasienterfaringer av å være i den diagnostiske prosessen med å få diagnosen KOLS. *Geriatrisk Sykepleie*. 2016;8(1).
- Kuven BM, Giske T. Matomsorg i sykehjem i lys av kjøkkenreformen. *Geriatrisk Sykepleie*. 2016;8(1).
- Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. Sjekklister for vurdering av forskningsartikler Oslo2016 [cited 2016 30.01]. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>.
- Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 [cited 30.01.2016].
- Giske L, Dahm K.T. Lungerehabilitering bedrer tungpustenhet, livskvalitet og fysisk kapasitet hos personer med KOLS Oslo Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet; 2015 [cited 2016 30.01]. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/lungerehabilitering-bedrer-tungpustenhet-livskvalitet-og-fysisk-kapasitet-hos-personer-med-kols>.
- Mallidou ACM. Nutritional habits and cognitive performance of older adults. *Nursing Management*. 2015;22(3):27-34.

GJESTEREDAKTØR

Rydd i skapet!

Folkhelseinstituttet oppfordrer folk til å ta en ryddesjau i medisinskapene sine. Hensikten er å forhindre risikoen for forveksling av medisiner og for uhell som skyldes at barn finner medisiner og spiser dem. Bare i fjor mottok Giftinformasjonen ved Folkhelseinstituttet 3 539 henvendelser om barn og medisiner. I lys av dette har Legemiddelverket, sammen med Apotekforeningen, legemiddelindustrien og Norsk Vannkampanjen lansert kampanjen «Rydd skapet».



Kilde: Folkhelseinstituttet

Innvandrerkvinner utsatt

Undersøkelser viser at nedstemthet, depresjon og psykosomatisk sykdom er mer utbredt blant personer med innvandrerbakgrunn enn ellers i befolkningen. Kvinner med pakistansk bakgrunn er særlig utsatt. Forskere ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har intervjuet innvandrerkvinner over 50 år, for å stimulere til nytenkning, mer brukerorientering og bedre samhandling med kvinnene om helsefremmende opplegg de finner aktuelle.

Kilde: Aldring og helse

SMÅNYTT

Studerer nye boformer

Det trengs flere plasser for personer med demens. Men hva er oppskriften på gode boformer? En ny rapport fra SINTEF presenterer ulike modeller for denne gruppen. Her har et tverrfaglig forskerteam gått gjennom norsk og internasjonal forskning om demensomsorg. De har snakket med ulike kommuner om deres erfaringer og strategier for å utvikle nye tilbud. Resultatet er presentert i rapporten «SINTEF Fag 33 – Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens». Forskerne beskriver nye typer boformer for demente og trekker blant annet fram Hogeweyk i Nederland, som er bygd som en landsby med 23 bokollektiv på 6–7 personer. Beboerne er organisert slik at de bor slik de har gjort tidligere, og frivillige og pårørende deltar i driften.

Kilde: Gemini.no



**«Jeg liker livet.
Det er noe å gjøre.»** *Ronnie Shakes*

Prostata og kosthold

Kosthold og livsstil er viktige faktorer som kan påvirke utvikling av prostatakreft, viser flere studier. Fedme er blant risikofaktorene, forteller professor Fahri Saatcioglu ved Institutt for biovitenskap i et intervju på Universitetet i Oslo sine nettsider. Professoren nevner at når det gjelder mat, har det østrogenliknende plantefargestoffet genistein (som man finner mye av i soyabønner og soya-produktet tofu) en gunstig effekt mot prosta-



takreft. Positiv effekt har også lykopen – et karotenoid og antioksidant som gir farge til blant annet tomat, grapefrukt og vannmelon. Videre anbefaler Saatcioglu at man reduserer forbruket av rødt kjøtt som er saltet, røkt eller behandlet for å forlenge holdbarheten. Bearbeidet rødt kjøtt bør man spise enda mindre av. Det kommer heller ikke som en overraskelse at fysisk aktivitet og stressreduksjon er gunstig.

Kilde: Titan.uio.no

Nyttig app om etikk

Hva gjør du som sykepleier om pasienten nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Eller hvordan takler du det, om du ikke får tid til å sitte hos en døende? Hva er egentlig rett og hva er galt? Sykepleien har utviklet et app som kan gjøre det litt enklere for sykepleiere å ta beslutninger i vanskelige situasjoner. De har nemlig samlet over 40 artikler rundt temaet etikk, forfattet av eksperter innen området. Her kan du muligens få noen nyttige tips og svar som kan løse dine egne dilemmaer. I appen finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Alle artiklene er tidligere publisert i Sykepleien. Etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett kan lastet ned gratis fra AppStore eller Google Play.

Kilde: Sykepleien



Legemidler og bil

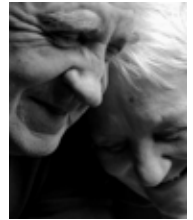
Norge innførte straffbarhetsgrenser i trafikken for 20 ulike narkotiske stoffer og rusgivende legemidler i 2012. Ytterligere åtte rus- og legemidler ble satt på straffbarhetsgrenser 1. februar i år. De åtte rus- og legemidlene er: Bromazepam, desmetyldiazepam, etizolam, klobazam, lorazepam, triazolam, oksykodon og metylfenidat.

Kilde: Folkehelseinstituttet.no

Nærhet gir livsglød

Mange eldre med uhelbredelig kreft opplever hverdagen som meningsfull fordi de får støtte fra familien og nære venner. Dette viser doktorgradsavhandlingen til sykepleier og forsker Sigrid Helene Kjørven Haug ved Sykehuset Innlandet. Hun har intervjuet pasienter som bodde hjemme mens de fikk lindrende behandling og pleie fra sykehuset. Til tross for alvorlig sykdom, fant pasientene styrke til å leve lengst mulig og best mulig i den tiden som var igjen. Den sosiale støtten var med å motivere til å tåle tøffe behandlingsperioder.

Kilde: Forskning.no



Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox



Følger ikke opp eldre

Yngre på antidepressiver får bedre oppfølging enn eldre, enda eldre mennesker bruker mer medisiner og kroppene deres bruker lenger tid på å bryte ned legemidler. Forskere har studert pasientaldersfordelinger for serummålinger av nyere antidepressiver (SSRI) som

ble gjort på Diakonhjemmet sykehus i 2011. I fjor ble resultatene fra studien publisert. Professor Monica Hermann ved Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo peker på det som er urovekkende ved funnene.

Eldre bruker mer medisiner og gjerne flere typer medisiner. De er i

utgangspunktet mer sårbare og mer utsatt for bivirkninger. Denne gruppen burde ha blitt fulgt opp bedre. Professoren påpeker at folk dør av legemiddelrelaterte problemer og at det er sjelden det skjer hos 30-åring som bruker ett legemiddel.

Kilde: Titan.uio.no

Utvikler ny mat

Tygge- og svelgevansker kan ramme personer i alle aldersgrupper. Men det er mest vanlig hos eldre. Enkelte kreftpasienter kan også ha utfordringer knyttet til matinntak. Seniorforsker Jan Thomas Rosnes i Nofima jobber med å utvikle nye måltidskonsepter som kan avhjelpe situasjonen for disse menneskene. Sammen med kolleger og kokker fra Gastronomisk institutt undersøker han hvordan mat bør behandles for å oppnå strukturerer som gjør det enklere å spise. Forskerne tester blant annet ut soya, bønnestivelse og algeproduktet agar, som såkalt konsistensgivere. De ser også på muligheten for å gjøre maten mer næringsrik ved at den kan inneholde mer av én type næring for mennesker som trenger spesielt mye av denne. Kunnskapen skal brukes i utviklingen av nye produkter, med tanke på å få dem ut i dagligvarebutikker etter hvert. Og produktene skal baseres på rene råvarer med høyt naturlig innhold av proteiner og energi.

Kilde: Nofima



Matomsorg i sykehjem i lys av kjøkkenreformen

Av **Britt Moene Kuven**, sykepleier og førstelektor ved Haraldsplass diakonale høyskole

Tove Giske, sykepleier, professor og FOU leder ved Haraldsplass diakonale høyskole

Reform for ny kjøkkenstruktur, senere kalt kjøkkenreformen, ble innført ved flere av landets sykehjem på slutten av 1990 tallet. Reformen gikk ut på å servere beboerne ved landets sykehjem ferdiglaget mat fra storkjøkken. Lokalkjøkkenet på de enkelte sykehjem ble lagt ned, varm mat skulle tilberedes på storkjøkken sentralt i kommunene, og fraktes til det enkelte sykehjem i vakuumpakninger (kok-kjøll metoden). Dette innebar overgang fra nylaget mat på det enkelte sykehjem, til oppvarming av fabrikkprodusert middag (1).

Hensikten med kjøkkenreformen og ny kjøkkenstruktur var gjennom moderne produksjonsmetoder å frigjøre personell til pleiefaglige oppgaver. Samtidig ønsket en å sikre sunn mat til beboerne på sykehjem. Omleggingen var basert på helsemessige, ernæringsmessige, matfaglige og økonomiske vurderinger (1,2). Hovedstrategien har vært å inngå interkommunale samarbeidsavtaler om levering av mat som kunne varmebehandles på det enkelte sykehjem.

Pasientgruppen i sykehjem er i hovedsak eldre mennesker med sykdomstilstander som kognitiv svik, demens, depresjon og kroniske lidelser, noe som gir økt risiko for redusert matinntak (3,4). Forekomsten av underernæring hos beboere i

litet i ernæringsarbeidet som tiltak tilpasset den enkeltes behov (3). Det enkelte måltid skal tilpasses pasientens ernæringsbehov, og tilbys på en måte som både bidrar til matglede og til at pasientene opplever omsorg (10).

I sykehjemets hverdag organiseres mye av arbeidet rundt måltider og stell (11). For pasientene er måltidet lyspunkter i hverdagen, og mat og måltid er viktig både for nærings-tilfang, helse, trivsel, fellesskap og glede (12). Helsepersonell yter omsorg, og omsorg handler om en relasjon mellom mennesker og bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten forventning om gjenytelse (13). Å skape gode spisesituasjoner er en viktig del av omsorgen på sykehjem og handler om å sørge for at pasienten får tilstrekkelig næringsstoffer, samtidig som man ivaretar pasientenes behov for helse og trivsel (14). Matomsorg er alt som foregår i prosessen fra innkjøpsplanlegging til tilberedning og videre til pasientens spisesituasjon.

Kjøkkenreformen skapte mye politisk debatt de fem første årene etter innføringen. De siste årene har det vært lite debatt om reformen. Tilberedningen av mat var heller ikke fokus i en timelang interpellasjon om underernæring hos eldre på sykehjem og sykehjem på Stortinget 15. april 2015 (15). Det er forfatterens oppfatning at kjøkkenreformen nå har blitt en del av systemet i helsevesenet som vi aksepterer.

Vi har ikke funnet forskningsartikler som omhandler helsepersonells erfaringer med hvordan kjøkkenmodell påvirker pasienters matomsorg. Flere artikler diskuterer tilberedningsmetoder, smak, lukt, omgivelser og personalets holdninger i forhold til pasienters matinntak, (16–21) og andre belyser effekten av storkjøkkentilberedning versus brettservering i forhold til smak, lukt, næringsstoffer og tilberedning (1,22-24).

«For pasientene er måltidene lyspunkter i hverdagen.»

sykehjem varierer mellom 10 og 60 prosent etter undersøkelseskriterier og metoder (5,6,7). Dette er bekymringsverdig når det gjelder den ernæringsmessige statusen til sykehjemsbeboere (3,8,9). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring beskriver god kva-



MÅLTID: Å skape gode spisesituasjoner er en viktig del av omsorgen på et sykehjem. Pasienten skal få god og næringsrik mat og oppleve trivsel. Illustrasjonsfoto: Shutterstock.

Sammendrag

Bakgrunn: En stor andel av landets sykehjemsbeboere har redusert matinntak, og myndighetene arbeider aktivt med å legge til rette for å forebygge underernæring. Fra slutten av 1990-tallet har flere sykehjem gått fra eget institusjonskjøkken til servering av varm mat tilberedt på storkjøkken. Dette innebærer en overgang fra eget institusjonskjøkken til storkjøkkendrift.

Hensikt: Hensikt med artikkelen er å belyse hvordan helsepersonell i sykehjem erfarer at matomsorgen i sykehjem påvirkes av kjøkkenmodell.

Metode: Vi benyttet temaanalyse av sju fokusgruppeintervjuer med 25 helsearbeidere som alle hadde mer enn fire års erfaring med pleie i seks forskjellige sykehjem.

Hovedresultat: Studien har to hovedfunn. Institusjonskjøkken øker helsepersonells muligheter for tilrettelegging og fleksibilitet i matomsorgen til eldre på sykehjem, her er eget sykehjemskjøkken viktig som faglig medspiller. Ved sykehjem som ikke har eget institusjonskjøkken blir matomsorgen i større grad styrt av økonomi og avdelingsvise budsjetter.

Konklusjon: Helsepersonell i sykehjem erfarer at valg av kjøkkenmodell og tilberedningsmetoder har betydning for pasienters matomsorg i sykehjem. Matomsorgen erfares som bedre når helsepersonell har tilgang til institusjonskjøkken med ernæringskompetanse.

Nøkkelord: matomsorg, sykehjem, kjøkkenreform, fokusgrupper, helsepersonell

English summary

Kitchen reform and the role of food in care: Healthcare professionals' experiences.

Background: A large proportion of the country's nursing home residents have reduced intake of food, and the government is actively working to facilitate the prevention of malnutrition. From the late 1990s, several nursing homes have moved from food made in their own institutional kitchens to serving hot food premade in centralized kitchens. This implies a shift from local institutional kitchens to huge centralized kitchens.

Objective: The purpose of this article is to illustrate how health professionals in nursing homes experience food in care is affected by the choice of institutional kitchen model.

Method: The data were analysed by thematic analysis of seven focus group interviews from 25 health professionals who had more than four years' experience with care in nursing homes.

Results: The study has two main findings. The institutional kitchen increases health professionals' perception of opportunities to adapt and be flexible to care through food to residents in nursing homes. Private nursing home-kitchen is an important professional collaborator. In nursing homes without an institutional kitchen, care through food is to a greater extent governed by the economy and budgets of the wards.

Conclusion: Health professionals in nursing homes experience that choice of kitchen models affects care through food. The nutritional care is perceived as better when healthcare professionals have access to their own institutional kitchen with nutrition expertise.

Keywords: nutritional care, nursing homes, kitchen reform, focus groups, health professionals



LITT EKSTRA: Trenger man noen ekstra kalorier til en pasient, finnes det ofte muligheter for det på en institusjon med eget kjøkken. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Hensikt med denne artikkelen er å belyse hvordan helsepersonell i sykehjem erfarer at matomsorgen i sykehjem påvirkes av aktuelle kjøkkenmodeller. Dette for å få en dypere forståelse av fenomenet i den daglige praksis i sykehjem.

Metode

Design

Vi har benyttet et kvalitativt utforskende design (25) der data ble innhentet gjennom fokusgruppeintervju. Vi valgte fokusgruppeintervju fordi det åpner for deling og diskusjon av deltakernes erfaringer, og får frem ulike synspunkt, holdninger, nyanser og perspektiver, som kan belyse hvordan pleiepersonell erfarer dagliglivet i sykehjem (26,27). Begge forfatterne er sykepleiere med erfaring fra klinisk praksis og arbeider nå i høgskolen. Kjøkkenreformen i sykehjem var det ingen av oss som hadde vært opptatt av tidligere.

Arbeid med litteratur

Vi søkte etter artikler i SveMed +, Pub Med og CINAHL med ulike kombinasjoner av MeSH-terminene «attitudes», «ethical issues», «experience», «nurse», «nursing home», «dementia», «health workers», «feeding», «food» og «nutrition», «food», «experience», «nurses», «healthworkers» «nursinghomes», «undernutrition», «feeding», og «nutrition», «kjøkkenreform», «elderly», «catering», «cook-serve», «malnutrition», «economy», «matomsorg». Vi gikk bredt ut og valgte å ha fokus på artikler som var relevante i forhold til temaene ernæring, sykehjem, helsepersonells erfaringer og tilberedningsmetoder. Vi lette etter systematiske oversikter, deretter primærstudier: Ingen forskningsartikler rettet seg direkte mot problemstillingen vår.

Utvalg

Inklusjonskriteriet var at pleiepersonalet arbeidet i turnus, hadde minst to års erfaring og deltok i den

daglige matomsorgen for pasienter. Informantene ble rekruttert ved henvendelse til sykehjemets ledelse, som så foretok en hensiktsmessig utvelgelse. Utvalget besto av 15 sykepleiere og 10 hjelpepleiere fra seks sykehjem i tre ulike fylker. Alle informantene hadde fra fire til 25 års pleieerfaring i sykehjem. Sju fokusgruppeintervju med tre til fire deltagere ble gjennomført. Vi valgte få deltagere i gruppene for å gi anledning til å utdype egne synspunkter. Informantene ble delt inn i egne grupper for sykepleiere og hjelpepleiere for å fremme trygghet, redusere hierarkisk rangordning samt få mest mulig homogene grupper. Størrelsen på sykehjemmene varierte fra 128 til 22 beboere. Tre av sykehjemmene fikk maten levert fra storkjøkkendrift mens tre hadde eget institusjonskjøkken. Et sykehjem var privat med eget kjøkken, de fem andre var kommunale.

Datasamling

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført høsten 2013. Hovedspørsmålet var: Fortell om opplevelser/erfaringer og etiske dilemmaer du har erfart i møte med underernærte beboere på sykehjem. Begrepet underernært ble ikke definert, men informantene diskuterte det selv underveis. Intervjuers fokus var på etiske dilemmaer pleiepersonale erfarte, og ikke kjøkkenreformen. Etter å ha foretatt en gjennomlesning av hele materialet så vi at valg av kjøkkenmodell var noe som opptok alle informantene.

Førsteforfatter gjennomførte intervjuene som varte mellom 55 og 110 minutter. Intervjuers oppgave var særlig å presentere samtaleformål og fremme gruppedynamikk og samspill underveis i samtalen mellom deltagerne. Seks av intervjuene ble gjennomført på sykehjemmene, mens det sjuende ble holdt på en høgskole. Det ble servert lett lunsj, og vi valgte lokaler hvor pleiepersonalet fikk samtale uforstyrret. Etter intervjuene ga flere av deltagere uttrykk for at det hadde vært nyttig å reflektere over egen praksis i gruppen. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert verbatim.

Dataanalyse

Alle fokusgruppene la vekt på at kjøkkenmodell for sykehjemmet påvirket matomsorgen for pasientene. I analysen av data for denne artikkelen leste vi først gjennom hele materialet hver for oss der vi søkte etter meningsbærende enheter og tema som belyste matomsorg ut fra kjøkkenmodell (28). I fellesskap utviklet vi en felles forståelse og tolkning av tema.

Vi abstraherte innholdet og arbeidet med å sammenfatte betydningen av våre funn.

Etiske betraktninger

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Alle deltagerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien og dens formål. Frivillighet til deltagelse og at de når som helst kunne trekke seg fra studien, ble vektlagt. Alle opplysninger i det transkriberte materiale er anonymisert, og informantene fikk fiktive navn.

Studiens styrke og svakheter.

Studien er utført på seks ulike sykehjem i fire fylker. Dette gir et noe begrenset datagrunnlag samtidig som det kan gjenspeile den variasjonen som finnes blant sykehjem i Norge. Informantenes lange erfaringer i sykehjem bidrar til å styrke studiens gyldighet. Likeså at forfatterne leste gjennom intervjumaterialet hver for seg og deretter i fellesskap diskuterte seg frem til fortolkning av meningsbærende enheter. Informantene ble rekruttert direkte i avdelingene av sine ledere, noe som kan ha medført press på deltagelse.

Resultater

To tema var sentrale i helsepersonalets erfaringer: Institusjonskjøkken øker mulighet for tilrettelegging og fleksibilitet med kjøkkenet som faglig medspiller, og økonomien styrer oss.

Institusjonskjøkken øker mulighetene for tilrettelegging, fleksibilitet og samarbeid.

Både sykehjem med storkjøkkendrift og institusjonskjøkken hadde tilnærmet like rutiner for hvordan og når måltidene ble servert. Forskjellen var varme måltider (middag) hvor pleiepersonell med storkjøkken selv var ansvarlig for oppvarming og tilberedning på tallerkenen, mens de som hadde institusjonskjøkken enten lot pasientene forsyne seg selv ved bordet, eller hadde brettservering tilberedt fra kjøkkenet.

Når det gjaldt mulighet for individuell tilrettelegging og fleksibilitet i ernæringsarbeidet med den enkelte beboer, erfarte informantene med tilgang til institusjonskjøkken bedre muligheter for tilrettelegging, særlig var dette viktig når pasientene spiste lite. Dersom informantene kunne henvende seg direkte til sykehjemmets kjøkken erfarte de en større grad av fleksibilitet for å kunne imøtekomme den enkelte beboers ønske og behov. En av informantene med eget institusjonskjøkken sa: «Kjøkkenet er veldig fleksible og jeg kan ringe om det er

noe spesielt, om pasienten sliter litt. Da er det lett å bestille noe ekstra når appetitten forsvinner».

Informanter som hadde eget institusjonskjøkken, opplevde samarbeidet med kjøkkenet som en ressurs siden man kunne ta personlig kontakt dersom man var hadde pasienter med spesielle behov. Informanter med storkjøkken savnet muligheten til å bestille ønskekost og være i dialog med kjøkkenfaglig personale. Det var ikke mulig å bestille tilleggs-retter, eller ønskekost. En informant sa: «Men så har vi et problem, et problem med den nye kjøkkenreformen, vi kan ikke lenger bestille 100 kalorier ekstra». Samtidig etterlyste de samarbeid med ernæringsfysiolog eller kokk med kunnskap om ernæring og eldre.

Alle informantene hadde erfaringer fra sykehjem med eget institusjonskjøkken. Informanter som fikk levering fra storkjøkken fikk varmmat som var produsert på sentralkjøkken som de varmet opp fra vakuumposer. De var selv ansvarlig for tørrvarebestillinger. Her ble måltidene oppfattet som rutinearbeid, og som en merbelastning. Vakuumpakket mat medførte også at det var begrenset med matlukt i avdelingen og maten så ikke alltid like fristende ut. En sa det slik: «Vi har nettopp fått nytt sykehjem, og alt skulle være så moderne, maten blir vakuumpakket og vi skal varme den

«Institusjonskjøkken øker mulighetene for fleksibilitet.»

opp i bakker i genereringsovn. Jeg synes det er så trist. Matlukten mangler, den er ikke innbydende, og alle får det samme uansett».

Alle pasientene fikk servert det samme måltidet uten individuelle tilpasninger. Beriking av mat skjedde lokalt i avdelingen, noe som ble sett på som ekstraarbeid. Dette ble ofte utelatt på grunn av tidsnød eller manglende kunnskap om viktigheten av beriking.

Informanter med eget institusjonskjøkken opplevde samarbeidet med kjøkkenet som betydningsfullt for personalets kunnskap om kosten, slik en uttrykte det: «Jeg lærte at hvis jeg fikk i beboerne et glass med næringsdrikk, var det det samme som en skive og en kopp kaffe og et glass melk. Det hadde jeg ikke visst om ikke jeg samarbeidet med kjøkkenet».

Flere blant dem som hadde storkjøkkendrift, bemerket at kunnskap og opplæring av pleieper-

sonalet om ernæring og kost var mangelfull, og at helsepersonell hadde behov for kjøkkenfaglig personale som kunne komme med råd og tips. De savnet kunnskaper om beriking, hvordan stimulere pasientenes appetitt og hvordan tilrettelegge for den enkelte beboer. Informantene savnet også kjøkkenpersonell med ernæringskompetanse som de kunne drøfte beboernes individuelle problemstillinger med.

Pleiepersonell som hadde institusjonskjøkken fremhevet nytten av samarbeid med kjøkkenet når det ble servert mat beboerne likte spesielt godt, eller mat som ikke ble spist. Likeså at de raskt kunne endre meny og få ønskekost dersom beboers behov tilsa dette. Informantene opplevde at kontakten med kjøkkenet bidro til at beboerne fikk servert mat de kjente. Pleierne erfarte også at beboere spiste bedre dersom kjøkkenet bakte dagsferske brød eller rundstykker med varierende grovhet etter behov.

Informantene visste at maten de fikk vakuumpakket hadde riktig ernæringsmessig verdi, men den ble ikke alltid servert innbydende og delikat. Hvordan maten ble anrettet på tallerkenen, utseende, konsistens og porsjonsstørrelse varierte etter hvem som var på vakt. En sa: «Noen har husmor-genene i seg, andre ikke, og maten ser ut deretter».

Økonomien styrer oss

I alle fokusgruppene var informantene opptatt av økonomiske rammer, samtidig som de ønsket å gi et næringsrikt og variert mattilbud til beboerne. Informanter med storkjøkkendrift og avdelingsvise budsjetter opplevde økonomien som en begrensende faktor i ernæringsarbeidet. De erfarte at det sjeldent ble tatt hensyn til beboernes individuelle ønsker siden innkjøpsavtalen i kommunene var avhengig av storinnkjøp. En sa det slik:

«Vi har et ukentlig budsjett, og selv om vi ser at det er noe vi virkelig trenger kan vi ikke kjøpe det, for om vi bruker for mye går ikke budsjettet opp.

«Porsjonsstørrelse varierte etter hvem som var på vakt.»

1900 kroner per uke på åtte pasienter, er det nok? Frokost, lunsj, kaffemat og kveldsmat, frukt og...».

Informanter med eget institusjonskjøkken tenkte mindre på økonomi. De ringte til kjøkkenet og fikk som oftest det som pasienten ønsket. Økonomiske rammer skapte likevel noen dilemmaer, for eksem-

pel hadde avdelinger krav om å kutte ned forbruket av Biola. Informantene hadde motsatt seg dette da de mente at «man sparte i gal ende». Flere erfarte at dersom man sparte på Biola, yoghurt og grovt brød og juice, måtte de øke opp mengden avførende midler. En informant uttalte: «Vi sparer på fiber, men i neste omgang må vi bruke pengene på avføringsmidler, men det går på et annet budsjett».

Sykehjem med institusjonskjøkken fikk nylaget ernæringsdrikk levert på avdelingen, og flere informanter erfarte at pasientene tilbagemeldte at «hjemmelaget» ernæringsdrikk smakte bedre og friskere enn den ferdiglagede». Informantene på sykehjem uten eget institusjonskjøkken laget ikke «hjemmelaget» fordi ingredienser som egg, fløte og juice var forholdsvis dyrt for matbudsjettet. En av dem forklarte det slik: «Vi burde kunne lage vår egen næringsdrikk, men det kan vi ikke for det er på et annet budsjett (medisinbudsjettet, vår anmerking), og så gir vi skiver isteden».

Diskusjon

Analysen viser at helsepersonell i denne studien erfarer at pasienters matomsorg påvirkes av valg av kjøkkenmodell. Både personalets tilgang til mulighet for å kunne bestille råvarer og servere tilpasset kost, og tilgang på ernæringsmessige kompetanse er elementer i god matomsorg. Økonomi og avdelingsvise budsjetter opplevs som en begrensende faktor i dette arbeidet.

Institusjonskjøkken øker mulighetene for tilrettelegging, fleksibilitet og samarbeid.

God kvalitet i ernæringsarbeidet beskrives av Helsedirektoratet som tiltak tilpasset den enkeltes behov (3,10). Informantene erfarer institusjonskjøkken hvor de kan bestille råvarer og ønskekost, fremmer muligheten til å tilrettelegge måltidet etter den enkelte pasients ønsker og behov. Dersom måltidene tilpasses pasientens ernæringsbehov vil sannsynligheten for at pasienten spiser bedre øke. I tillegg bør måltidene tilbys slik at de både bidrar til matglede og til at pasientene får appetitt (22,29). Tilretteleggingen er avhengig av pleiepersonells evne og vilje til å finne individuelle løsninger for pasienten (30,31). Denne studien viser at individuell tilpasning kan bli nedprioritert, dersom man erfarer at det blir komplisert å bestille mat tilpasset pasientens behov.

Informanter med storkjøkken savnet kjøkkenfaglig kompetanse å rådføre seg med, mens informanter med institusjonskjøkken erfarte samarbeid som viktig for å tilegne seg ernæringsfaglig kunnskap.



GODT BRØD: Beboerne spiste bedre når de fikk servert ferskt brød, bakt på sykehjemmets kjøkken. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Flere studier peker på behovet for å styrke den ernæringsmessige kompetansen i helsesektoren (32-35). Den enkelte helsefagutøver har ansvar for å holde seg faglig oppdatert og tilrettelegge for gode måltidsopplevelser for brukerne. Ledelsen ved det enkelte sykehjem har et spesielt ansvar for å tilrettelegge for god ernæringspraksis (36). Både helsepersonell og ledelse på sykehjemmene har et felles faglig ansvar.

Erfaringer fra studien kan gi inntrykk av at måltidene blir sett på som rutinearbeid, og at pleiepersonell med storkjøkkendrift i mindre grad tilrettelegger for individuelle ernæringsbehov. Studien gir grunn til å stille spørsmål om hvorfor sykehjem som får mat fra storkjøkken opprettholder det samme serveringsmønster som da de hadde egne institusjonskjøkken. Noe av forklaringen kan være behovet for faste måltider og fast rytme for å få avdelingen til å fungere best mulig innenfor de ressurser man har til rådighet.

Det er ikke vanlig praksis for informantene som

har storkjøkkendrift å skulle bytte om på middagsutvalget eller å servere mat til andre tidspunkt enn det faste middagsmåltidet. Når man vet at forekomsten av underernæring hos beboere i sykehjem er bekymringsverdig (5-9), er det uheldig at helsepersonell ikke er mer opptatt av å prøve ut nye måltidsrutiner. Studier viser at endring av rutiner ved tilberedning og servering av mat tar tid, samtidig som det kan ha positiv effekt på beboernes ernæringsstilstand (9,30).

Forsvarlighetskravet i Helse- og omsorgstjenesteloven gir føringer til kommunene om tilrettelegging av tjenester slik at tilbudet til pasienten er verdig og helhetlig, samtidig som tjenesten har tilstrekkelig fagkompetanse (37). Er målet bedret matomsorg for pasientene kan man ikke se bort fra institusjonskjøkkenets betydning som faglig medspiller.

Økonomi styrer

Helsepersonell i denne studien erfarer at mulighetene for å tilrettelegge for god matomsorg også

påvirkes av økonomiske rammer og organisering av mattilbudet på det enkelte sykehjem. Årsaken til omlegging fra institusjonskjøkken til storkjøkken var ønske om å effektivisere, inntjening, samt å sikre ernæringsmessig riktig sammensatt kosthold (1,2). I en av kommunene som deltok i studien ble kjøkkenreformen innført i 2002. Evaluering i 2006 konkluderte med at kjøkkenreformen var et lønnsomt tiltak for kommunen. Omleggingen førte til at det matfaglige kjøkken-

«Storkjøkkendrift vanskelig- gjør god matomsorg.»

personell ble fjernet fra sykehjemmene og innsparingene har i liten grad gått til styrking av pasientpleien (38).

Økonomisk kan man argumentere for at storkjøkkendrift er mer lønnsomt enn institusjonskjøkken. Faren er imidlertid stor for mangelfull tilrettelegging om man bare skuer til økonomi og tall, og ikke til pasientens helhetlige helsebehov (11). Det hjelper lite at mat blir korrekt porjonert og servert om ikke pasientene spiser maten (24). Studier viser at ernæringssvikt får økonomiske konsekvenser i sykehus (39-41), og kost-nytte analyser viser at man kan spare 800 millioner kroner ved å forebygge og behandle underernæring i sykehus i Norge (6). Målet med identifisering og behandling av underernæring i primærhelsetjenesten kan sannsynligvis medføre enda større besparelser (3).

Helse og omsorgsdepartementet skriver at «Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester» (42 s. 9). Når helsepersonell i studien erfarer at mattilbudet blir svekket på grunn av økonomiske disposisjoner, opplever de det som å stå i et krysspress mellom å tilby kost etter pasientens ønsker og behov eller være tro mot avdelingens budsjetter (32). Informantene har preferanser på pasientenes ønsker og behov og hva de ønsker å tilby, og opplever å bli presset til å holde budsjettet fremfor å kunne tilby individuell kost ut fra hva pasienten har behov for i den aktuelle situasjon. Hvis det er effektivisering og økonomisk sparing som er målet, er storkjøkken med kok-kjølmodellen en god løsning. Man kan da undre seg over om det er New Public Management

tenkningen med slagord som effektivitet, fornying og omstilling som egentlig er styrende for valg av kjøkkenmodell på sykehjemmet (43).

Konklusjon og veien videre

Studiens funn viser at informantene erfarer forskjeller i god matomsorg med lokalt kjøkken og storkjøkkendrift. Kjøkkenmodell og tilberedningsmetoder har betydning for elementer ved matomsorgen i sykehjem. Institusjonskjøkken bedrer muligheter for individuell tilrettelegging og fleksibilitet i mattilbudet og kontakt med ernæringsfaglig personale erfares som kompetansehevende. Helsepersonell med storkjøkkendrift etterlyser slik kontakt med kjøkkenet.

Helsepersonell må videre våge å stille kritiske spørsmål ved hvilke verdier som får forrang, og hvilke som ikke når frem i diskusjonen om matserveringen ved landets sykehjem. Om man ønsker å sette matservering i sentrum, må også helsefagenes verdigrunnlag med pasienten i sentrum gjenreises, og dette må også ligge til grunn for organiseringen av helsetjenestene.

Dersom Helsedirektoratets anbefalinger for ernæring til eldre på sykehjem skal følges opp i praksis, kan det være hensiktsmessig å revurdere effektiviseringen av sykehjemskjøkkenet i Norge. Dagens organisering med storkjøkkendrift kan vanskeligliggjøre god matomsorg ved landets sykehjem. ■

Artikkelen er fagfelleurdert.

Referanser:

1. Skjeggstad G. Kok-kjøøl og sous vide: produksjonsmetoder i storkjøkken. Småskrift nr.7/2004. Høgskolen i Akershus. Kjeller. 2004.
2. Bergen kommune. Rapport fra evalueringsutvalget – sammendrag. Bergen. 2005. Vedlegg 1. Tilgjengelig fra: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5-CUeaf14igJ:www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak%25C0%6255C0VEDLEGG%25C2006001411.doc+&cd=1&hl=no&ct=clnk&gl=no (Nedlastet 20.04.15).
3. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>. (Nedlastet 20.04.15).
4. Mowe M. Kan ernæring forebygge eller dempe utviklingen av Alzheimers sykdom? Demens & Alderspsykiatri 2008;12:24-27. Tilgjengelig fra: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=2738> (Nedlastet 20.04.15).
5. Droogsma E, van Aasselst DZ, Scholzel-droenbos C J, Van Steijn JH, Van Walderveen PE. Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer's disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status. Journal of nutrition, health aging 2013;17:606-10.

6. Juul H. Forebygging og behandling av underernæring – oppgave i kostnad nytte analyse. (Masteroppgave). Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. 2010.
7. Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Høgskolen i Østfold. Halden. 2008.
8. Eide HD, Aukner C, Iversen PO. Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo. *Vård i Norden* 2013;33:20-24. Tilgjengelig på: <http://njn.sagepub.com/content/33/1/20.full.pdf+html> (Nedlastet 23.04.15).
9. Sortland K, Skjægstad G, Jansen L, Berglund A-L. Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie. *Vård i Norden* 2009;29:25-29. Tilgjengelig fra: https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/821/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf (Nedlastet 23.04.15).
10. Helsedirektoratet. *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgssektoren*. Oslo. 2012.
11. Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skroplege eldre. Oppdrag fra Statens helsetilsyn. Rapport nr 5. Diakonhjemmet Høgskole. Oslo. 2009. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svikt_jenester_s kroplegeeldre2009.pdf. (Nedlastet 20.04.15).
12. Leirvik ÅM, Einarsrud M, Berg F, Kvigne K. Mat, måltider og ernæring på sykehjem- til beboernes glede og livstvist. Notat nr.1. Høgskolen i Hedmark. Elverum. 2010. Tilgjengelig fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/133500>. (Nedlastet 28.4.2015).
13. Martinsen K. *Fra Marx til Løgstруп: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano Forlag. Oslo. 1993.
14. Sortland K. *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Fagbokforlaget. Bergen. 2007.
15. Interpellasjon nr. 58 (2014-2015). Om tiltak for å hindre utvikling av underernæring hos eldre og hindre systemsvikt på dette området ved helseinstitusjoner i Norge. Handsama i Stortinget 14. april 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2014-2015/150414/6/>.
16. Steinsland S. Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at ulike kjøkkenmodeller hemmer og fremmer deres mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold? (Masteroppgave). Fakultetet for helsefag Institutt for helse, ernæring og ledelse. Høgskolen i Oslo og Akershus. Oslo. 2014.
17. Rekke HK. Tilrettelegging av måltider for personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens* 2009;18-20.
18. Rognstad M-K, Brekke I, Holm E, Linberg C, Lühr N. Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien forskning* 2013;8:298-307. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/underernæring-hos-eldre-hjemmeboende-personer-med-demens>. (Nedlastet 20.04.15).
19. Aagaard H. Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning* 2010;5:36-43. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonal-kartleggingsundersøkelse>. (Nedlastet 23.04.15).
20. Wikby K, Fågerskiöld A. The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. *Scand J Caring Sci* 2004;18:120-127.
21. Shepherd GM. Smell images and the flavor system in the human brain. *Nature* 2006;444:316-312. Tilgjengelig fra: <http://www.nature.com/nature/journal/v444/n7117/full/nature05405.html> (Nedlastet 20.04.15).
22. Hartwell HJ, Shepherd PA, Edwards JSA. Effects of a hospital ward eating environment on patients' mealtime experience: a pilot study. *Nutrition & dietetics* 2013;70:332-338.
23. Rodgers S. Deriving Strategic Advantages from Extended Shelf-Life Foods in the Hospitality Sector. *Journal of Culinary Science & Technology* 2006;5:111-129.
24. Wong S, Graham A, Green D, Hirani SP, Grimble G, Forbes A. Meal provision in a UK National Spinal Injury Centre: a qualitative audit of service users and stakeholders. *Spinal Cord* 2012;50:772-777.
25. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Gyl-dendal akademisk. Oslo. 2009.
26. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget. Oslo. 2012.
27. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. SAGE Publications. California. 2009.
28. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Universitetsforlaget. Oslo. 2011.
29. Hansen I, Kuven B. Moments of joy and delight: The meaning of traditional food in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*. Article first published online: 11 JAN 2016 DOI:10.1111/jocn.13163
30. Christensson L, Unosson M, Bachrach-Lindström M, Ek A-C. Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scand J Caring Sci* 2003;17:223-231
31. Best C, Summers J. Strategies for nutritional care settings. *Nursing Older People* 2010; 22(6):27-31
32. Kuven, BM, & Giske, T. Når mor ikke vil spise – Etske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2015; 35(2): 98-104
33. Eide HD, Halvorsen K, Almendingen K. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalized elderly: perspectives of nurses. *J Clin Nurs* 2015;24:696-706.
34. Helsedirektoratet *Ernæringskompetanse i helse og omsorgstjenesten*. Oppdrag 2009-2012. Rapport 12/2012 Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/41/Ernæringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten-opdrag-fra-helse-og-omsorgsdepartementet-2009-2012-IS-2032.pdf>. (Nedlastet 29.10.15).
35. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup , Unosson M, Røthenberg E, Irtun Ø, The Scandinavian Nutrition group. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition* 2008;27:196-202
36. Helse- og omsorgsdepartementet. St. melding nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Tilgjengelig fra: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=4302>. (Nedlastet 20.04.15).
37. Lovdata. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* 24 juli 2011; nr 6. [Helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. (Nedlastet 20.04.15).
38. Byrådet i Bergen *Kjøkkenstruktur i Bergen kommune – oppfølging av evalueringsrapport*. ROBR SARK-43200501520-46. 3 jan. 2006. Tilgjengelig fra: http://www.google.no/url?sa=t&rc=1&q=&esc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=OCCAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww3.bergen.kommune.no%2FBKSAK_filer%2FBksak%255C2006%255C-BR1%255C2005116268-1.doc&ei=Y4s2Vf-JHoersgB51CQBA&usq=AF-QjCNFDmly6lnUseZ6crkUSlpz097ymQ&sig2=lgdKeilPrcl5-efyB4yiA. (Nedlastet 20.04.15).
39. Russel CA. The impact of malnutrition on healthcare, costs and economic considerations for the use of oral nutrition supplements. *Clinical Nutrition* 2007;2(1):25-32
40. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, Subtil A, Martins R, Nazaré M, Sousa Pereira N. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition* 2007;26:778-784.
41. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JMM, Halfens RJG, Nuijten MJC. The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition* 2013; 32:136-141.
42. Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO. *Modernisering av offentlig sektor. Trender ideer og praksiser*. 3. utg. Universitetsforlaget. Oslo. 2011.
43. Sosial- og helsedepartementet. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. NOU 2;1997/1997. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fed6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou19971997002000dddpdf.pdf>. (Nedlastet 20.04.15).

Samhandling for eldres helse

SESAM KONFERANSEN 2016

TEMAER

Demens
Depresjonsbehandling
Eden Alternativ
Implementering
Ernæring
m.m.

FOREDRAGSHOLDERE

Per Kristian Haugen
Hans Johan Breidablik
Anne-Marie Boström
Helge Bergslien
Laila Dolmseth Refsnes
Dag Årsland
Kristina Iden
m.fl.

PÅMELDING

www.psykopp.no/kurs/sesam16/

Mer informasjon:
Stiftelsen
Psykiatrisk Opplysning
t 51 93 88 00, f 51 93 88 01
www.psykopp.no

Regional konferanse i eldremedisin

Stavanger 1. og 2. juni

Målet med SESAM-konferansen er å formidle ny kunnskap og gi inspirasjon til arbeidet med eldres helse i alle deler av helsetjenesten. Denne årlige konferansen er en møteplass for utvikling av faglige nettverk og en mulighet til å skape bedre samhandling.

Eldremedisin er sammensatt, og helsesvikt må ses i et helhetlig perspektiv. Derfor har programmet stor bredde og søker både å gi faglig oversikt og presentere konkrete erfaringer fra vår helseregion.

Arrangører er SESAM - Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling, i samarbeid med Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Vi ønsker hjertelig velkommen til SESAM-konferansen 2016!



HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus



SESAM-REGIONALT KOMPETANSESENTER FOR ELDEREMEDISIN OG SAMHANDLING

NYHET



“ *Hva gjør du hvis pasientene neker å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?* ”

Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Du finner etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett, som kan lastes ned gratis fra AppStore eller Google Play. God lesning!

Sykepleien



PRISUTDELING: Bente Fløisand Larsen ble Årets sykepleier. Prisen ble delt ut av faggruppeleder Tor Engevik (t.v.) og leder for lokalgruppen i Hordaland, Terje Årsvoll Olsen. Foto: Sissel Engevik.

Fikk pris for sitt gode arbeid

Årets sykepleier innen fagområdet geriatrisk sykepleie i 2015 ble Bente Fløisand Larsen fra Fyllingsdalen sykehjem i Bergen.

Tekst **Tor Engevik**, leder NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Bente Fløisand Larsen fikk prisen for sitt langvarige arbeid for den sårbare eldre pasienten. Bentes pasientnære arbeid preges av høy sykepleiefaglig kvalitet, der pasientens beste alltid er i fokus. Hun har gjentatte ganger stilt opp i lokal og nasjonal presse blant annet for å sette søkelys på sammenhengene mellom gode arbeidsforhold og en verdig eldreomsorg. Bente sitt engasjement og gode taleevner inspirerer, og hun kommer med

tungtveiende faglige argumenter i møte med politikere og økonomer.

Studietur

Prispengene sier Bente at hun vil bruke til å reise på en studietur til Skottland. Bente vil nemlig finne ut hvordan skottene gikk frem da de for noen år siden gikk bort fra New Public Management som styringsform og over til andre organisasjonsformer i offentlig helsevesen. Vi venter spent på hva Bente finner ut på sin studietur.

Ble feiret

Etter prisutdelingen var det dags for kaker og kaffe. Foruten leder og lokalgruppeleder fra faggruppen var fylkesleder, Mette Mikkelsen, og hovedtillitsvalgt i Bergen kommune, Jostein Storsæther, til stede sammen med en fin bukett med sykepleierpensjonister. Samtalen gikk fritt og mye erfaring og kunnskap ble utvekslet i den fagtunge forsamlingen. ■

Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend.

Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingenten kan søke.

NSF FGD deler hvert år ut seks utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

Tre stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og tre på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre (<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>) og sende dette til faggruppas leder på epost (sovolse@online.no) som videreformidler søknaden til stipendutvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

1. Utdanningens relevans i forhold til NSF FGD/NSFs satsningsområde.
2. Ansiennitet i faggruppen.
3. Søkere som har søkt tidligere, men ikke har fått tildelt stipend, blir prioritert dersom øvrige kriterier står likt.
4. Hvor langt søkeren er kommet i utdanningsløpet.
5. Søkere som har fått tildelt stipend tidligere vil ikke bli prioritert.

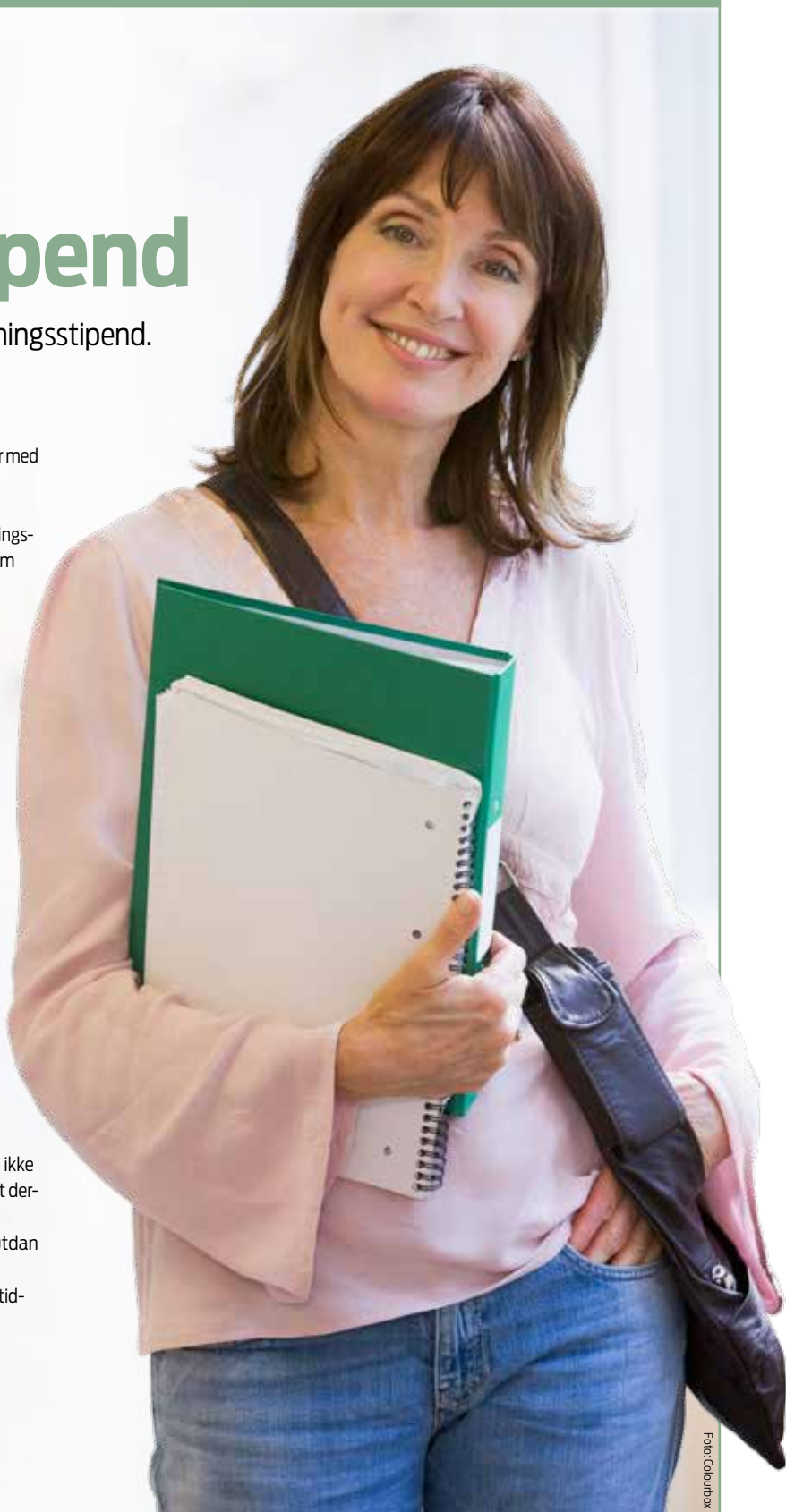
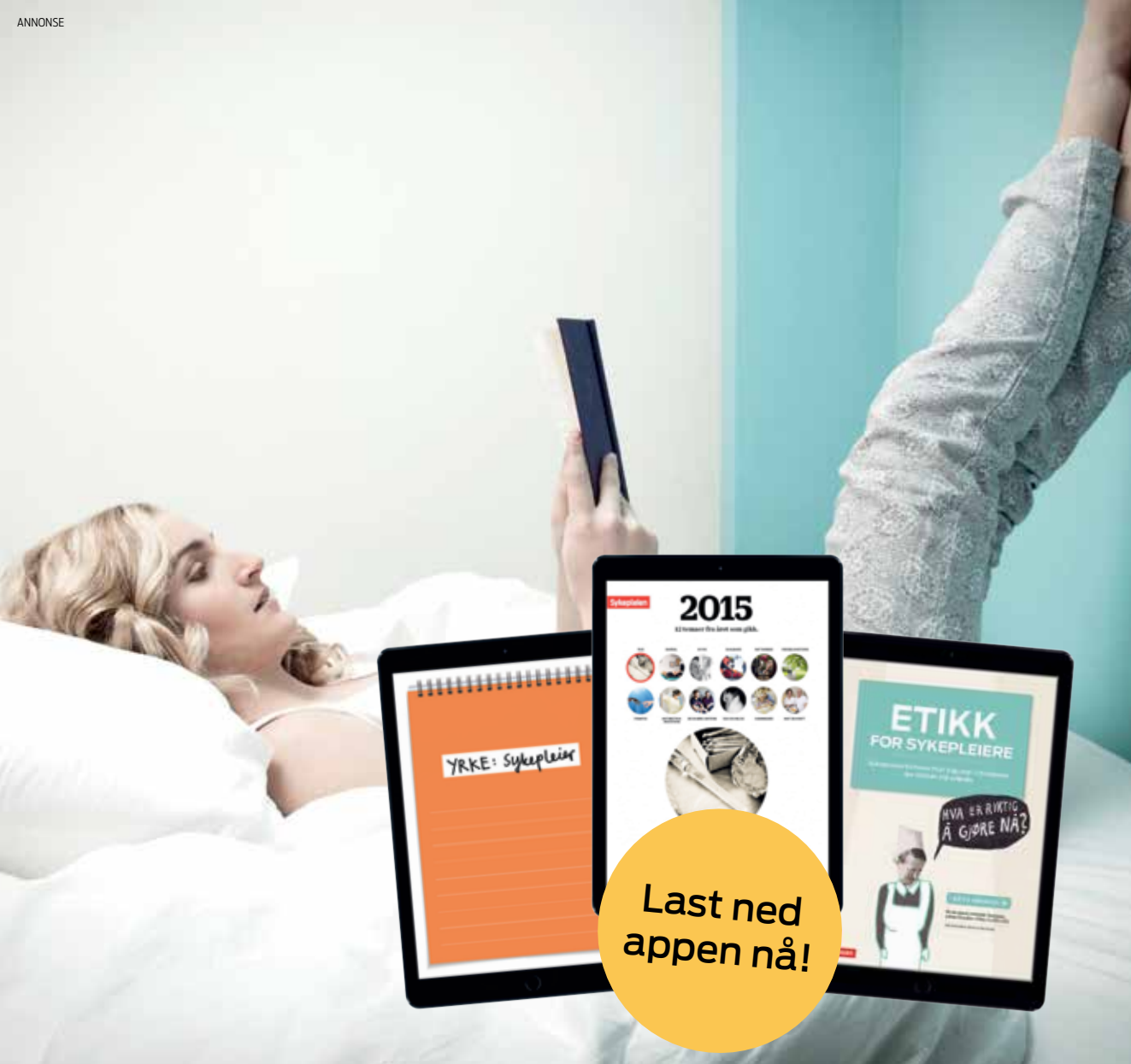


Foto: Colourbox



Les Sykepleien i vår brukervennlige app for nettbrett!

Les også våre tre spesialutgaver her. Én handler om yrke og videreutdanning, noe som er aktuelt både for unge som vurderer yrket, og for deg som vil ta videreutdanning. Én inneholder interessante artikler om etikk, noe som alltid er aktuelt. Én inneholder alle tema fra 2015.

God lesning!

Sykepleien

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE

Ny utgave

Boken handler om medisinsk geriatri. Ifølge forlaget gir den en bred omtale av symptombildet hos gamle, geriatrike undersøkelsesmetoder, geriatrik behandling og av hele det geriatrike sykdomspanoramaet. En rekke sykdommer er omtalt, konsekvent med vekt på de geriatrike relevante aspektene. Den er skrevet for medisinstuderenter og leger, men passer ifølge forlaget også for sykepleiere og andre som arbeider med geriatrike pasienter og trenger kunnskap om de komplekse medisinske resonnementene som arbeid med pasientgruppen innebærer. Dette er 2. utgave. Den er grundig revidert. Tre nye kapitler og en rekke avsnitt er kommet til.

Geriatrici. En medisinsk lærebok, Gyldendal



BOKOMTALE

Omsorg ved demens

Boken gir teoretisk og praktisk innsikt i emnet personsentrert omsorg ved demens, ifølge forlaget. Utgangspunktet er personsentrert omsorg som et verdigrunnlag for behandling og omsorg, og målet er å bidra til å gjøre leseren i stand til å gi en individuelt tilpasset omsorg og behandling som er i tråd med oppdatert viten på fagfeltet. Forfatteren legger særlig vekt på en klinisk tilnærming og en synliggjøring av sammenhengen mellom teori og praksisutøvelse. I boken belyses også forhold ved ledelse og organisering av tjenestene som har innvirkning på muligheten for å utøve personsentrert omsorg. Boken passer både for studenter og helse- og omsorgspersonell i praksis. Forfatter er sykepleier Anne Marie Mork Rokstad.

Se hvem jeg er! Universitetsforlaget



BOKOMTALE

Lær om flyktninger

Vi trenger alle mer kunnskap om flyktingers sosiale og kulturelle bakgrunn, deres fluktopplevelser og hvordan de klarer seg i eksil, skriver Universitetsforlaget i omtalen av denne boken. Boken skal gi noen svar på:

- Hva vil det si å være flyktning?
- Hvordan kan mottakerland legge forholdene best til rette for flyktingens rehabilitering?
- Hvordan påvirkes enkeltmennesker og familier på kort og lang sikt av vold og overgrep som skjer i krigssituasjoner?

Forfatter er Sverre Varvin. Han er psykiater og professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Flukt og eksil, Universitetsforlaget



BOKOMTALE

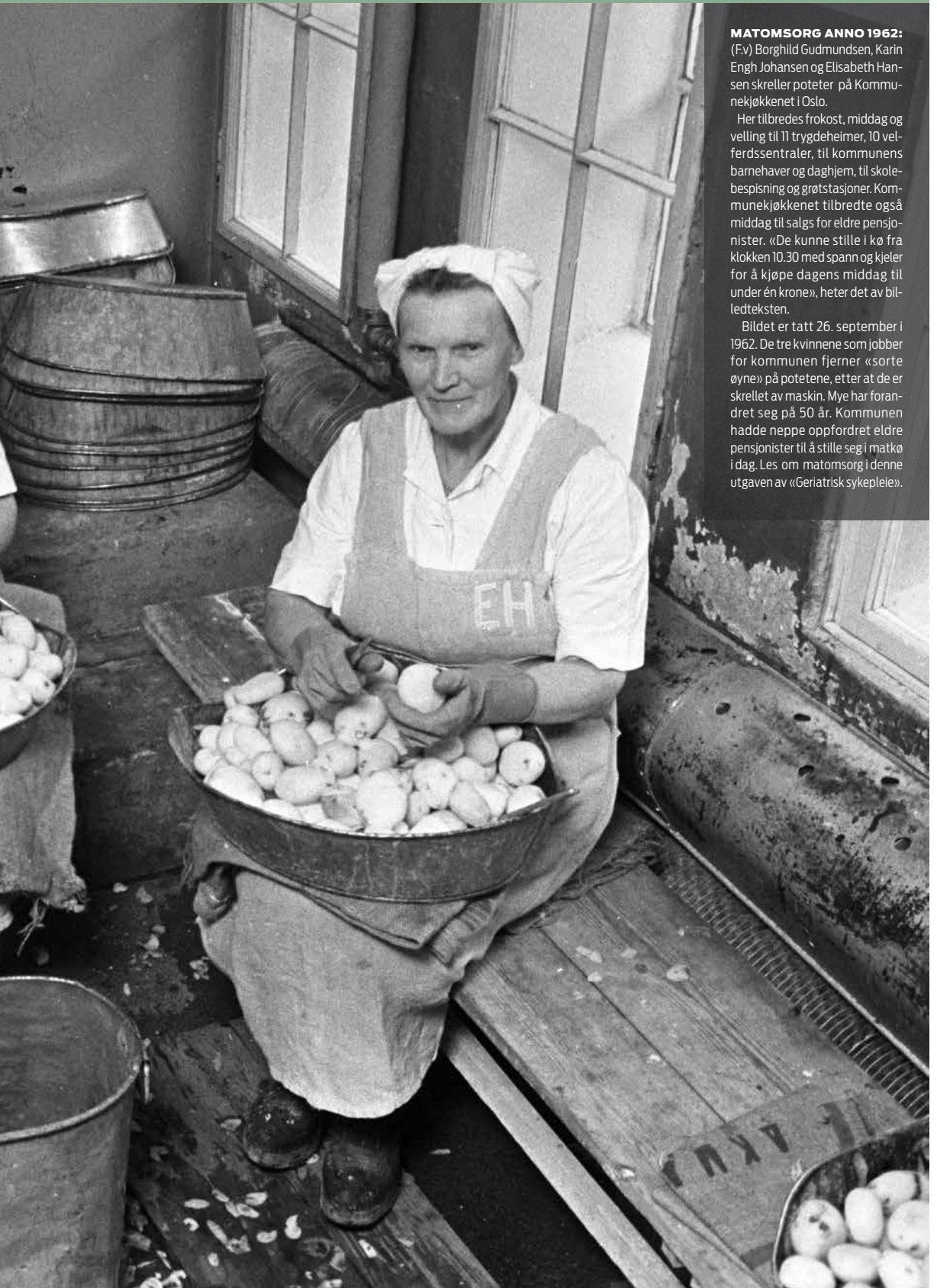
Ord til oppmuntring

Boken er en samling sitater av Per Fugelli. I omtalen av boken skriver Universitetsforlaget: «Per Fugelli er en ordkunstner med et klokt blikk på verden. I denne boken finner du hans aller beste formuleringer. Ord som forfrisker livet og forsterker flokken. Sitater til oppmuntring, opprør og trøst: Om å være glad i godt nok, finne glede ved livet, naturen og det gode samfunn, mot til å møte sykdom og død, og trygghet når fare truer. Dette er ordlegens medisiner i krystallisert form, kortfattet og spissformulert.»

Sitater av Per Fugelli, Universitetsforlaget







MATOMSORG ANNO 1962:

(F.v) Borghild Gudmundsen, Karin Engh Johansen og Elisabeth Hansen skreller poteter på Kommunekjøkkenet i Oslo.

Her tilbredes frokost, middag og velling til 11 trygdeheimer, 10 velferdssentraler, til kommunens barnehaver og daghjem, til skolebespisning og grøtstasjoner. Kommunekjøkkenet tilbødte også middag til salg for eldre pensjonister. «De kunne stille i kø fra klokken 10.30 med spann og kjeler for å kjøpe dagens middag til under én krone», heter det av bilde teksten.

Bildet er tatt 26. september i 1962. De tre kvinnene som jobber for kommunen fjerner «sorte øyne» på potetene, etter at de er skrellet av maskin. Mye har forandret seg på 50 år. Kommunen hadde neppe oppfordret eldre pensjonister til å stille seg i matkø i dag. Les om matomsorg i denne utgaven av «Geriatrisk sykepleie».

Oppdag Sykepleiens digitale verden

Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på www.sykepleien.no

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.



Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien, men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).



Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - www.sykepleien.no, og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

bss@nsf.no / 22 04 33 33
(hverdager 08.00–15.45)



Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.



Sykepleien

Faglig utbytte i Trondheim

Varierte foredrag sto på programmet da lokalgruppen i Trøndelag arrangerte fagdag.

Tekst og foto Kari Merete Lian, nestleder FGD lokalgruppe Sør- og Nord-Trøndelag

Den 20. november 2015 arrangerte FGDs lokalgruppe i Sør- og Nord-Trøndelag fagdag på Øya helsehus i Trondheim. Vi hadde lagt opp til et variert program, med aktuelle temaer for ansatte innen helsesektoren. 25 deltakere fikk med seg interessante foredrag om tannhelse hos eldre, demens og demenssykdommer, utagerende atferd og velferdsteknologi.

Tannpleier Åshild Buås startet dagen med et foredrag om eldre og tannhelse, og om sammenhengen mellom god tannhelse og god helse.

Demens

Lege og stipendiat Marte Kvello-Alme fortsatte dagen med et foredrag om demens- og demenssykdommer, spesielt blant yngre og de utfordringer en møter med tanke på utredning og behandling hos denne pasientgruppen.

Atferd og teknologi

Etter lunsj fikk Lisa Digerud ved alderspsykiatrisk avdeling på St. Olav holde et foredrag om utagerende atferd hos eldre. Torill Nervik fikk avslutte dagen med å fortelle om



DEMENS: Lege og stipendiat Marte Kvello-Alme holdt foredrag om demens- og demenssykdommer.

«Vi hadde lagt opp til et variert program.»

sitt prosjekt hjemmeboende eldre og velferdsteknologi, hun hadde med seg to av deltakerne fra prosjektet. Sissel Berg Fremstad og Tore Jensen kunne fortelle om erfaringer og hva de hadde

lært om bruk av velferdsteknologi i hverdagen.

Det er tredje gang vi arrangerer fagdag for både medlemmer og ikke medlemmer. ■

LÆRTE OM MEDISINER

Lokalgruppen i Hordaland arrangerte 18.02.2016 en vellykket fagkveld på Knarvik Sjukeheim. Lege og stipendiat Christine Gulla foreleste om temaet «mange sykdommer og mange medisiner». Det kom 24 sykepleiere for å høre på foredraget.

Tekst og foto: Tor Engevik, leder NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.





Illustrasjonsfoto: Colourbox

Å leve i forhandlinger

– pasienterfaringer av å være i den diagnostiske prosessen med å få diagnosen KOLS

Introduksjon

Omtrent 300 000 personer i Norge har KOLS, og over halvparten er ikke diagnostisert (1). Det at man kanskje har påført seg sykdommen selv gjennom røyking, vekker skam og er en årsak til at noen utsetter å søke legehjelp (2). Forekomsten øker kraftig i eldre aldersgrupper, men forekommer også hos yngre (1). KOLS er en samlebetegnelse for kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, og er vanligst hos personer med tidligere eller nåværende eksponering for tobakksrøyk eller andre skadelige partikler og gasser. Symptomene kommer snikende (3-6) og KOLS har også blitt beskrevet som en «fortelling uten begynnelse» (4). Tidlige symptomer er langvarig hoste, med eller uten oppspytt, tung pust ved anstrengelse og gjentatte bronkitter ved luftveisinfeksjoner. Ved moderat til alvorlig KOLS kan symptomene i tillegg være tung pust i hvile, forstyrret nattesøvn, tretthet og vekttap (1,7). Symptomene mestres ofte gjennom å unngå eller gi opp fysisk aktivitet (2,6,8). Den diagnostiske fasen oppleves som

en langvarig og utydelig prosess (2,5,9) som kan lede til håpløshet og tap som er vanskelig å håndtere (10). Mange føler seg stigmatisert i samfunnet, og av helsepersonell (11,12). Noen prøver dermed å holde sine plager skjult for andre for å unngå stigmatisering (13). Selvbredelse og hjelpeløshet undergraver pasientens følelse av kontroll og bidrar til dårligere mestring av sykdommen (12).

I dag brukes mesteparten av kostnadene til KOLS-sorgen til behandling av pasienter med alvorlig KOLS (1). Internasjonale og nasjonale retningslinjer har stort fokus på å øke årvåkenhet og kunnskap blant helsepersonell, helsemyndigheter og befolkningen (1,7). KOLS kan ikke kureres, men røykeslutt, mindre eksponering for passiv røyking og luftforurensning kan hindre utviklingen av KOLS. Rehabilitering og medikamentell behandling kan bidra til å redusere symptomer, bedre livskvalitet, redusere antall perioder med forverringer, og redusere dødeligheten (1,7).

For å møte pasientenes behov, er det nødvendig

■ Av **Sari Lindgren**, intensivsykepleier, universitetslektor, Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, Campus Narvik

Sissel Lisa Storli, intensivsykepleier, førsteamanuensis, Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

Lena Wiklund-Gustin, psykiatrisk sykepleier, docent i vårdvitenskap, Mälardalens Högskola, professor, Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, Campus Narvik

Sammendrag

Bakgrunn: Det at man kanskje har påført seg sykdommen selv, vekker skam og er en årsak til at noen utsetter å søke legehjelp. Selvbekreidelse og hjelpeløshet bidrar til dårligere mestring av sykdommen. Studiens hensikt er å belyse pasientenes levde erfaringer av å være i den diagnostiske prosessen med å få diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Metode: En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble brukt i analysen av intervjuer med åtte personer diagnostisert med mild eller moderat KOLS.

Funn: Hovedtema «å leve i forhandlinger», og tre tema; «å leve med en kropp i utakt med diagnosen», «å håndtere fortiden» og «å bli utfordret av fremtiden» reflekterer prosessen deltakerne gjennomlevde i deres søken etter aksept og ny balanse i livet. Diagnosen i seg selv var «et slag i ansiktet». Skam og skyldfølelse knyttet til diagnosen hadde sin opprinnelse i fortiden. Dette forstyrret her og nå situasjonen og bidro til usikkerhet for fremtiden.

Konklusjon: Diagnose kan oppleves som at livet bryter sammen og at selve livet står på spill. Diagnosen bør formidles ansikt-til-ansikt, klart og med empati, etterfulgt av informasjon om KOLS. Men for å være i stand til å støtte pasienten, kreves åpenhjertelighet og livsverdenkunnskap. Helsepersonell bør bruke tid til å lytte til pasientens historie for å skape en felles forståelse av både sykdommens temporale aspekt og pasientens behov. God kommunikasjon kan være avgjørende for om pasienten lever videre i forhandlinger eller klarer å gå inn i en prosess mot aksept og ny forståelse.

Nøkkelord: Kronisk obstruktiv lungesykdom, fenomenologisk hermeneutikk, levde erfaring, temporalitet

Abstract

Background: The shame of a self-inflicted disease is a reason for delaying taking the initiative to seek medical advice. Experiences of self-blame and helplessness undermine patients' sense of control and contribute to poor self-management. The aim of this study is to illuminate patients' lived experiences of being in the diagnostic process of chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Method: A phenomenological-hermeneutic analysis was applied in the interpretation of interviews with eight persons diagnosed with mild or moderate COPD.

Results: One main theme «living in negotiation» and three subthemes «living with a body out of step with the diagnosis», «dealing with the past» and «being challenged by the future» reflected the process participants were living through in their quest for acceptance and a new balance in life. The diagnosis itself was «a slap in the face». Shame and guilt related to the diagnosis had origins in the past. This interfered with the present moment and gave rise to uncertainty for the future.

Conclusion: The diagnosis seems to be a breakdown of life, which puts life itself at stake. The diagnosis should be communicated face-to-face, clearly and with empathy, and followed by information about COPD. In order to support the patient, an openhearted attitude and lifeworld knowledge are required. Healthcare professionals should allow time, listen to the patient's narrative, and thus develop a shared understanding of the temporal aspect of the illness and patients' needs and concerns. Thus, good communication is essential in determining whether the patient remains in negotiation or enters a process towards acceptance and new understanding.

Keywords: COPD, phenomenological hermeneutics, lived experience, temporality

med gode helhetlige omsorgstilbud og solid støtte til pasientens egen mestring. Primærhelsetjenesten trenger å forandre sin tilnærming til kronisk sykdom inkludert KOLS (3,14). Dette er i tråd med regjeringens helsepolitiske satsinger presentert i Meld.st. 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet» (15), der det presiseres at pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten.

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det de fire ikke smittsomme sykdommene, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft som bidrar til for tidlig død på verdensbasis. Dette medfører at Helse- og omsorgstjenesten i årene fremover vil møte flere personer med kroniske lidelser som vil trenge langvarig oppfølging. De kommunale tjenestene blir stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester (15). Regjeringen ønsker å styrke brukermidvirkning og det forebyggende perspektivet

til personer som lever med kronisk sykdom. KOLS og diabetes trekkes frem som sykdommer der forebygging, god medisinsk behandling og rehabilitering over tid kan påvirke prognosen og redusere konsekvensene av sykdommen (15).

KOLS-forskning har i hovedsak hatt et biomedisinsk perspektiv, med fokus på diagnostiske kriterier og behandling av symptomer (7, 16). For å kunne møte pasientens behov på best mulig måte, er også kunnskap om pasientperspektivet essensielt. Et fenomenologisk livsverdenperspektiv vektlegger erfaringer fra dag-

«Diagnosen medførte usikkerhet og frykt for fremtiden.»

liglivet slik det oppleves av individet, og kan bidra til forståelse av hvilken betydning fenomener kan få i menneskers liv (17-19).

Hensikten med studien er derfor å belyse pasi-

entens levde erfaringer av å være i den diagnostiske prosessen med å få diagnosen KOLS.

Teoretisk perspektiv

Studiens teoretiske perspektiv har sin grunn i et livsverdenperspektiv (17-19).

Livsverden, er den verden mennesker lever sine liv, en subjektiv-relativ, en verden som alltid oppleves i relasjon til et subjekt, det vil si ut fra et konkret perspektiv med en viss betydning (20). Ifølge Merleau-Ponty (21) kan man ikke forstå mennesket som et tenkende og intensjonalt vesen løsrevet fra kroppen. Med andre ord eksisterer vi i verden som både subjekt og objekt som en integrert helhet, den levde kroppen. Ifølge Toombs som bygger på ovenstående perspektiv, vil en forstyrrelse av den kroppslige kapasiteten, som sykdom representerer,

«Å ha en selvpåført sykdom ga opphav til selvbebreidelse.»

få betydning som overgår enkel mekanisk dysfunksjon, og når kroppen brytes ned, brytes også livet sammen (22,23). I sin analyse av helse presenterer Gadamer (24) helse som en måte å være- i -verden på, i en meningsfylt sammenheng sammen med andre. Helse er en tilstand av likevekt, ikke delt opp i somatisk og psykisk, men en helhetstilstand i en naturlig balanse. Helsen «tier still» og først når sykdom forstyrrer balansen tenker vi tilbake på den som en ønskelig tilstand. Han sier videre at legen eller pleierens oppgave handler ikke kun om å fjerne somatiske defekter, men oppgaven i første hand er å støtte det frø til helse som finnes hos den syke eller skadde individet, og forsterke de faktorer som bidrar til balanse. Videre sier han at fornektelse av sykdom er en del av individets måte å opprettholde denne balansen (24). Hos eldre kommer dette til uttrykk i forhold til det som Tornstam kaller gerotranscendens (25). Ifølge Tornstams tenkning innebærer alderdommen en mulighet til å reflektere over sitt liv, og forsones med hvordan det ble og nytte av de år som er igjen. Et godt aldrende har ifølge dette syn ikke å gjøre med at man er frisk, men hører snarere sammen med den holdning man inntar i relasjon til de utfordringer man møter i livet og derigjennom evnen til å bevare den balanse som Gadamer (24) snakker om.

Metode

Proessen med å forstå meningen eller betydningen av pasientens levde erfaringer av å være i den diagnostiske prosessen med å få diagnosen KOLS har utgangs-

punkt i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (18). Deltakerne ble rekruttert via tre fastlegekontor og en poliklinisk lungerehabiliteringsklinikk. Elleve potensielle deltakere fikk skriftlig informasjon og åtte personer ga skriftlig samtykke til å delta. Det var ingen opplysninger om de personer som ikke ønsket å delta i studien. Data ble samlet inn gjennom individuelle intervju med fem kvinner og tre menn i alderen 60-74 år. Disse var diagnostisert med mild og moderat KOLS.

Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter i deltakernes hjem. Deltakerne ble oppfordret til å fortelle fritt om sine erfaringer i forhold til å bli diagnostisert med KOLS, og på hvilken måte diagnosen hadde påvirket deres liv. Oppfølgingsspørsmål som: «Hva følte du om det?» og «Kan du gi et eksempel?» ble brukt for å få en dypere forståelse og for å bekrefte felles forståelse. Intervjuene varte i 60-110 minutter, ble tatt opp digitalt og deretter transkribert ordrett av førsteforfatter. Studiens metode og funn er i helhet beskrevet i studien «Living in negotiation» (26), og delvis publisert på norsk (27). Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord, 2009/2146).

Analyse

En fenomenologisk-hermeneutisk analyse ble brukt i tolkningen av de nedskrevne intervjuene gjennom tre trinn: Naiv forståelse, strukturell analyse og helhetlig forståelse (18). Den naive forståelsen innebærer gjentatte lesninger av hele teksten for å fange et forsteintrykk av betydningen av teksten. Den første tolkningen er imidlertid umoden, og bygger på antakelser slik at det er behov for ytterligere analyse for å oppnå en gyldig tolkning (28). Trinn to, den strukturelle analysen har til hensikt å skape distanse til både tekst og forfatterens forforståelse (29). Teksten ble delt opp i meningsenheter og kondensert til dagligspråk. Ved å gå frem og tilbake mellom naiv forståelse og meningsenheter, ble likheter og ulikheter gruppert og abstrahert i subtema og tema (tabell 1). I den helhetlig forståelse ble teksten lest igjen og tolket som en helhet, med tidligere tolkninger i tankene og videre reflektert i forhold til teori. Dermed ble ulike tolkninger konfronteret i en heterogen syntese, altså en syntese som er i stand til å inkludere selv tilsynelatende forskjellige perspektiv (29). Denne fasen er en re-kontekstualisering av teksten, knytte til konteksten av studien og et teoretisk rammeverk. Denne prosessen gir kontekstuell og teoretisk støtte for tolkninger på en måte som fremmer videre forståelse (28). Å bli diagnostisert med KOLS kan ikke ses som en enkelthendelse, slik at forsknings-

TABELL 1: Eksempel fra strukturell analyse

Meningsenheter	Kondensering	Subtema	Tema
Informant Sigrid Jeg var så dårlig nå sist før jeg sluttet å røyke (...) Jeg var så redd naboene skulle se at jeg hadde dårlig pust (flirer). Jeg gikk veldig sakte (...) De behøver ikke se at jeg var dårlig. Jeg ville ha det for meg selv.	Pusten var begrenset når hun røykte. Følte seg skyldig og observert. Ønsker å skjule sine begrensninger.	Kampen med å gi slipp på fortiden	Å håndtere fortiden
Informant Åse Jeg har jo spurt han Arne (fastlegen), er det ikke noe, (...) en plass der jeg kan komme, (...) Lungesenter eller noe? (...) Men så samtidig så vet jeg ikke, tørr jeg å reise dit? (...) Da har jeg å fått den diagnosen, og da vil det kanskje komme frem, blant flere. «Å ja, hun har fått KOLS.»	Søker kunnskap, men er samtidig redd for å bli synlig som KOLS-pasient.		
Informant Evald (...) at dem (legen) klarer å forklare sykdommen slik, at det er normalt at du får en sånn sykdom.(...) hvis du slutter å røyke så dør du jo ikke av den, med en gang (...) altså at det ikke er livstruandes. Selvfølgelig du må jo ta dine forholdsregler selv og se lyst på livet. Man må bare omstille seg (...) jeg sa høgt til meg selv «Evald, nå skal du ha det godt! Nå skal du kosa deg!» (...) nå kan vi nyte tilværelsen. (...) du har ikke kommet til verden bare for å arbeide. Du skal fan mæ ha litt livsnyting igjen.	Å få bekreftelse på at sykdommen er vanlig gir håp om at han kan forsonse seg med situasjonen og leve fullt ut, hvis han tar ansvar og tilpasser sin adferd.	Å finne nye måter å leve på	
Informant Torild Lars er bare fantastisk som menneske og som lege. (...) det som menneske betyr jo masse med den legen du har. Han er bare heilt unik ... som du kan spørre han om hva som helst, og han har alltid tid til deg å ... (...)	Å bli møtt med empati og få svar på ens bekymringer, er avgjørende for å føle seg i vare tatt.		

resultatene trenger også og ses i forhold til personens aldrende. Derfor brukes ikke kun et livsverdenperspektiv som støtte i dette analytiske trinn men, også teori om gerotranscendens (25).

Funn

Presentasjon av funnene følger analysens tre trinn; naiv forståelse, strukturell analyse og helhetlig forståelse.

Naiv forståelse

Å bli diagnostisert med KOLS ble tolket som en opplevelse med fortid og fremtid tett sammenflettet. Den diagnostiske prosessen opplevdes som langvarig og uklar, og diagnosen KOLS opplevdes overveldende og fremmed. Tap av kroppslig kontroll begrenset livet, og diagnosen medførte usikkerhet og frykt for fremtiden. Samtidig bidro frykten til motivasjon og håp om å klare og stoppe sykdomsutviklingen. Det var en kontinuerlig kamp om å finne svar og støtte for å redusere symptomer og begrensninger. Å ha en selv påført sykdom ga opphav til selvbebreidelse, skyld og skam. Man kjempet imot for å bli stempet som en KOLS pasient, dels gjennom å skjule og isolere seg fra omverdenen. For å klare å godta diagnosen, hadde deltakerne en kontinuerlig prosess for å håndtere fortiden og finne ulike måter å lette skyldfølelsen. Måten diagnosen ble overlevert og fremstilt på, bidro til usikkerhet og en følelse av å være alene med ubesvarte spørsmål. Opplevelsen av å bli tatt på alvor og sett på som et individ, gjorde det lettere å ta kontroll over eget liv. Bevisstheten om at man ikke var alene, økte selvfø-

lelsen, hvilket bidro til å gjøre det mulig å leve med en åpen holdning til sykdommen og i forhold til andre.

Strukturell analyse

Analysen identifiserte tre tema og subtema;

Å leve med en kropp i utakt med diagnosen.

Subtema; *kampen for å finne svar og avstand mellom kropp og diagnose.*

Å håndtere fortiden.

Subtema; *Kampen med å gi slipp på fortiden og å finne nye måter å leve på.*

Å bli utfordret av fremtiden.

Subtema; *Å bli slitt mellom redsel og håp, og å finne en ny balanse i livet.*

Hovedtema: *Å leve i forhandlinger*, tredde frem når tema og subtema ble relatert til hverandre. Dette utdypes videre i tolkning av den helhetlige forståelsen.

Å leve med en kropp i utakt med diagnosen

Deltakerne beskrev hvordan tidlige symptomer ble oppfattet som ufarlige og bortforklart som røykhoste eller normalt for alderen. Men når fysiske begrensninger ble mer uttalt, oppsto følelsen av å miste kontroll og rytme i dagliglivet. Å innse at «noe må være galt» var også starten på kampen for å finne svar på plagene og komme i takt med livet igjen. Den diagnostiske prosessen ble erfart som en lang reise med mange tester, men med få tydelige svar. Dette førte til både frustrasjon og mistillit til helsevesenet. Når diagnosen var satt, strevde de med å forstå hva som var blitt sagt. Uklare beskjeder gjorde deltakerne usikre, i tvil og fortsatt fylt med ubesvarte spørsmål. «Det jeg har fått beskjed om,

det var jo at jeg hadde litt ... noen flekker, på lungene. Men ikke hvor mye eller sånn der. Ikke hva det kunne skyldes og sånt». Tvil rundt diagnosen medførte en stadig søken etter informasjon eller en «second opinion», for å finne ut betydningen av diagnosen og for å føle kontroll i eget liv. Kampen for å finne svar ble hindret av avstanden mellom kroppen og diagnosen. Ved mindre uttalte symptomer opplevdes stor avstand mellom diagnosen og hvordan kroppen fungerte. Dette bidro også til at det ble vanskeligere å akseptere KOLS som en pålitelig diagnose. Selv når symptomene hadde stor innvirkning i dagliglivet, opplevdes stor avstand til diagnosen. «Jeg har ikke noen plager i forbindelse med, ja, med KOLSEN. Hvis ikke den her lungebetennelsen kan være en del av det? For det vet jeg jo ikke». Gjennom å bagatellisere og forhandle betydningen av symptomene kunne diagnosen delvis fornektes og holdes på avstand. Å få diagnosen overlevert skriftlig, uten å være forberedt, var overveldende og utløste stress, angst og følelse av å miste kontroll.

«Det var jo et slag i ansiktet (...) kanskje vi er heldige når du først har vært uheldig, ved å oppdage det tidlig. At du kan gjøre noe med det. Men når du da bare får det på en sykmelding, så begynner du å lure,» hva er det som skjer?» For jeg har da som sagt gått og trodd at dette her var astma».

Denne type erfaringer bidro til at de følte seg forlatt alene i en sårbar situasjon og ikke tatt på alvor.

Å håndtere fortiden

Å få diagnosen ble beskrevet som å bli merket som «røyker», et synlig bevis på dårlige valg fra fortiden. Å være eksponert som en person med en selvpåført diagnose opplevdes av noen som fornedrende og ga opphav til skam- og skyldfølelse. Kampen med å gi slipp på fortiden handlet om å frigjøre seg fra selvbegrensende skyld, for å kunne leve med sykdommen. Gjennom å fornekte og forhandle den diagnostiske merkelappen, minsket følelsen av skam og skyld. Slik kunne verdighet og identitet opprettholdes. Det ble beskrevet som lettere å forsone seg med en astmadiagnose enn med KOLS. «Jeg har ikke noen KOLS, du må bare skrive astma, sa jeg. For jeg følte det helt forferdelig nedverdiggende». Deltakerne fremhevet også at tidligere var det en annen holdning i samfunnet angående røyking, men dette hindret ikke skyldfølelsen. «Etter så lang tid, går det an? (...) For det var jo ingen som sa at det var farlig å røyke. Men det er jo ikke noen unnskyldning for at jeg ventet så lenge før jeg sluttet. (...) Jeg blir så irritert på meg selv, at jeg var så dum».

For noen var det også vanskelig å gi slipp på egne



ÅRSAK: Røyking er ofte en medvirkende årsak til KOLS. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

normer om å fremstå som frisk. Dette hindret både aksept av diagnosen og etterfølgelse av legens råd om å slutte å røyke. «Hvis jeg hadde trodd på det han sa, om at det er KOLS, så kan det hende at jeg hadde sluttet å røyke». Når man følte seg dømt av andre og av seg selv, ble skyld- og skamfølelsen opprettholdt. Dette sto i veien i prosessen med å klare å gi slipp på fortiden og bidro til økt innsats for å holde diagnosen skjult. «Men samtidig så vet jeg ikke, tør jeg å reise dit (lungerehabilitering)? (...) Da har jeg jo fått den diagnosen, og da vil det kanskje komme frem, blant flere. Å ja, hun har fått KOLS». Når legen forklarte prognosen med positive termer og at det var mulig å leve med sykdommen, hjalp det til å innse at de fortsatt hadde en sjanse til å gjøre endringer og finne nye måter å leve på.

Når man hadde gjort gode valg, åpnet mulighetene seg for å møte fremtiden på en ny måte. «Hvis du slutter å røyke, så dør du jo ikke av den, med en gang. (...) Selvfølgelig du må jo ta dine forholdsregler selv, og se lyst på livet». Når de innså at KOLS var en vanlig sykdom, oppsto det en mer åpen og positiv holdning til egen situasjon. Å dele erfaringer med andre i samme situasjon bedret selvbildet og minsket sjølkritikken. Økt selvtillit bidro til at de stilte større krav både til behandling og generell informasjon. For å klare og leve med diagnosen, var de nødt til å gi slipp på fortiden og skyldfølelsene som begrenset livet. Hvis man i tillegg ble møtt som et individ og med empati, lettet skyldfølelsen og de selvpålagte begrensningene i livet, noe som bidro til at man klarte å forsone seg bedre med fortiden.

Å bli utfordret av fremtiden

Situasjonen her og nå var tett sammenflettet med fremtiden. Ubesvarte spørsmål om fremtiden bidro til at deltakerne ble slitt mellom redsel og håp, samtidig som de strevde med å finne en ny balanse i livet. Når de etter hvert innså alvoret i diagnosen, reiste det seg flere spørsmål om liv og død. Alvorlighetsgraden i situasjonen ble jamført med andre diagnoser, og å få vite at det ikke var kreft ga håp om å klare utfordringene etter hvert som de oppsto. Samtidig gjorde opplevelsen av å miste seg selv og egne fremtidsdrømmer det vanskelig å akseptere diagnosen. Trusselen om å bli verre var skremmende, men ga også motivasjon for å forsøke å stoppe utviklingen. «Det var jo det som jeg var redd for (...) at jeg måtte begynne med oksygen ... for jeg har sett de som gikk i byen, med oksygenflaske på ryggen (...) og det (dyp sukk) var også mye det, som fikk meg til å kutte røyken sånn». Slike redsler for fremtiden utfordret deltakerne til å gjøre endringer for å finne en

ny balanse i livet. Å lære seg å leve med utfordringene bidro til kontroll, håp, og ny balanse i situasjonen og gjorde det lettere å forsone seg med at livet ikke var blitt slik de håpet. Å akseptere situasjonen og streve etter å leve best mulig ble beskrevet som helt avgjørende for livskvaliteten når man har fått diagnosen.

Helhetlig forståelse

Betydningen av å være i den diagnostiske prosessen ble tolket som «Å leve i forhandlinger». Denne forhandlingsprosessen har blitt beskrevet av Toombs (30) som «living through». Det er en prosess der fortid, nåtid og fremtid er tett sammenvevd. En alvorlig sykdom som KOLS blir en trussel mot selvet og representerer et fundamentalt tap av helhet, relatert ikke bare til fysisk tilstand, men også til person. Sykdommen forstyrrer hvem vi er når det gjelder personlige og profesjonelle roller og våre mål og drømmer i livet (31). Dette kan redusere en persons følelse av egenverd og selvfølelse og fremkalle følelser av skyld og manglende deltakelse i sosialt liv (31).

Den tilbaketrekning som kommer frem i studiens resultat trenger imidlertid ikke kun å være en konsekvens av å ha fått diagnosen KOLS, men kan også forstås som knyttet til gerotranscendens (25) og det eldre menneskets holdning til livet. Det overordnede tema «Å leve i forhandlinger» kan dermed også forstås som bundet til naturlig aldring, og de refleksjoner over livet den eldre personen gjennomgår, der tilbaketrekning er en naturlig del. Da dette tema også finnes i analysen av intervjuer med yngre personer, så forstår vi imidlertid ikke gerotranscendens som en forklaring av resultatet, men som et aspekt som bidrar til

«Helse er en tilstand av likevekt.»

utfallet av disse forhandlinger. Å få diagnosen KOLS stiller med andre ord tilværelsen på sin spiss. Sett i et livsverdenperspektiv er det ikke kun erfaringer av «den levde kroppen» som blir berørt gjennom den sviktende helsen, uten også levde erfaringer av tid, rom og relasjoner (29). Den opplagte trussel som diagnosen utgjør, påvirker tidsperspektivet, da døden kan oppleves som mer følbart og nærmere samtidig som også det man har gjort – og ikke gjort – i fortiden kan bidra til skyld, skam og anger. Ettersom skammen er plagsom, kan tilbaketrekning og andre strategier for å skjule at «KOLS-etiketten» blir egen identitet og beskyttelse av egen verdighet, også innebære vanskeligheter i forhold

til å leve ærlig med seg selv og andre. Dette krever forhandlinger mellom å beskytte den sårbare personen man er knyttet til diagnosen og den personen man er i relasjon til andre. Og ikke akseptere diagnosen kan da forstås som en måte å slippe og forholde seg til tanken at livet ikke er uendelig. Skyld og skam kan også bidra til selvstigmatisering. At personen trekker seg unna fra relasjoner kan ses som et uttrykk for dette og en måte for å unngå skam. Denne tilbaketrekning utgjør en begrensning som strekker seg utover det

«Å få vite at det ikke var kreft ga håp.»

fysiske og som omfatter personens livsverden. Ytterst vil forhandlingene dermed handle om og kunne forsones seg med disse omstendigheter, og leve et godt liv tross de begrensninger som diagnosen innebærer. Gerotranscendens, som eldre naturlig gjennomgår (25), innebærer en mulighet til å reflektere over livet på en slik måte at personen kan forsones med det som har skjedd i livet, inkludert det å ha blitt diagnostisert med en sykdom som KOLS. For og på dette vis skape et godt liv tross sykdom, er det vesentlig at personen kan få støtte i den prosessen. Dette kan innebære en utfordring for sykepleiere og annet helsepersonell (hjelpepleier, leger osv.) som på den ene siden trenger å være lydhør for personens naturlige behov for å trekke seg unna forbundet med gerotranscendens, og det tilbaketrekende som ikke er knyttet til refleksjon, men som hører sammen med opplevelser av skam.

Diskusjon

Det overordnede tema i denne studie, «Å leve i forhandlinger», løfter gjennom sitt utgangspunkt i et livsverdenperspektiv frem en ny forståelse for hva det innebærer å være i den diagnostiske prosessen. Samtidig som studien bidrar med en ny og unik helhetsforståelse for pasientens situasjon, kan temaene i studien relateres til tidligere forskning. Slik andre studier også viser, bidro det å bli diagnostisert med vage og uklare termer til frustrasjon og redsel (2, 9). Samtidig viser denne studien at vage beskjeder innga håp om at diagnosen kunne være feilaktig eller ikke så veldig alvorlig. Studien viser også at skyldfølelser og skam bidro til at man var villig til å gi avkall på både informasjon og behandling for å holde diagnosen skjult. Funnene i denne studien er i tråd med en review som viser at pasienter med nydiagnostisert KOLS ofte erfarer stadier av sorg, fornektelse, sinne og kjøpslåing

på veien mot aksept (14). Personens beslutning angående røykeslutt og andre egenomsorgsstrategier, kan bli mer utfordrende av slike fenomen, og det kan bidra til dårligere etterfølgelse av behandling og mestring (32). Funnene i studien viser at noen deltakere følte seg forlatt i en sårbar situasjon og ikke tatt på alvor, hvilket bidro til økt stress og angst. Studien viser også at det å bli møtt som et individ og med empati fikk stor betydning for den enkelte, og bidro til å finne forsoning med fortiden og med at livet ikke ble slik de hadde håpet. Dette bidro også til økt selvtillit og økt innsats til å gjøre endringer og finne nye måter å leve på. Veien mot å finne aksept er beskrevet av Delmar et al (33) som å oppnå harmoni med seg selv. Å akseptere en kronisk lidelse og oppnå forsoning er en læringsprosess som krever at man anerkjenner både lidelse og sykdom som en del av livet. Da forekomsten av KOLS er økende i Norge og mange fortsatt ikke er diagnostisert, vil sykepleiere møte disse pasienter, i ulike stadier av sykdommen, i hele helse- og omsorgssektoren. Der som sykepleiere kjenner til betydningen av faktorer som kan bidra til økt lidelse og stå som hinder for at pasienten skal finne ny balanse i livet kan sykepleieren gjennom sin tilnærming i møtet bidra til og ikke påføre pasienten tilleggsbelastning. Helsepersonell trenger også innsikt i hvilken avgjørende roll makt spiller i å tilrettelegge eller hindre veien mot en omsorg for innsiden (34), hvilket kan bli avgjørende for om den enkelte finner tilbake til helse og likevekt i livet (24). Betydningen av å ha forståelse for en annens innside perspektiv eller «insiderness» belyses av Tordes, Galvin og Dahlberg (34). Eldre personer beskriver at de føler at deres verden blir tatt på alvor når profesjonelle prøver å «strekke seg mot dem», og det er stor trøst når de får bekræftelse på at deres innside eller verden betyr noe. Fravær av forståelse for pasientens innside kan føre til dyp maktesløshet og bidra til stor lidelse. Når den enkelte følte at helsepersonell viste anerkjennelse for deres lidelse og strev, følte de nærhet og trøst, hvilket bidro til å støtte opp selvtillit og følelsen av å ha større kontroll i situasjonen (34). Formell omsorg kan bli så fanget i rutiner at dette kan medføre at pasienten føler sinne, sorg eller fortvilelse når omsorgsregimet svikter og personen ikke blir møtt som en unik individ med sine egne bekymringer og behov. Noen føler seg overgitt på grunn av at sykdommen påvirker hele livet, mens de profesjonelle kun har fokus på visse deler av livet (34). Behandling, pleie og omsorg i dag har et stort aktivitetsfokus, også for eldre som trenger opp trening og rehabilitering. Med tanke på at mange som lever med KOLS er eldre mennesker, må man også



TRØST: Når helsepersonell viser pasientene anerkjennelse for deres lidelse og strev, kan pasientene føle nærhet og trøst. Illustrasjonsfoto: Shutterstock.

ta hensyn til aldringsprosessen slik at man legger til rette for et godt aldrende. Studier viser at symptomer på KOLS ofte mestres gjennom å unngå eller gi opp fysisk aktivitet (2,6,9) samtidig er rehabilitering og fysisk trening en viktig del av behandlingen (1,7). Slik studien viser, bidro følelsen av skam og skyld til at man dro seg bort fra for eksempel tilbud om rehabilitering med blant annet gruppetrening.

Diagnosen medførte usikkerhet i forhold til fremtiden og bidro i stor grad til refleksjoner om liv og død. I lys av teorien om gerotranscendens (25) kan disse refleksjoner i tillegg til tilbaketrekning ses som en universell aldringstendens, der den aldrende personen endrer livsperspektivet fra et materielt og rasjonelt syn til en mer åndelig og kosmisk orientering i livet. Gerotranscendens vil variere fra person til person, og de utfordringer som er knyttet til KOLS-diagnosen kan derfor ha betydning for denne variasjonen etter-

«Å dele erfaringer med andre i samme situasjon bedret selvbildet.»

som prosessen er nært forbundet med livsverden. Å gi omsorg og pleie med livsverden som grunn, krever at omsorgspersonen har en åpenhet for hvordan enkeltmennesker forstår og håndterer sykdom.

Med livsverdenkunnskap som støtte for den omsorgsfulle holdningen, bekrefte helse i termer av livskraft, man får redskap for å hjelpe pasienten til å optimalisere relasjonen mellom sårbarhet og frihet, å balansere bevegelse og hvile for å klare å finne en sunn livsrytme (35). Helsepersonell trenger derfor å utvikle evnen til å skjelve den tilbaketrekning som er koblet til gerotranscendens slik at den ikke mistolkes og oppfattes som inaktivitet (25). På bakgrunn av denne studie er det imidlertid like viktig å ikke oppfatte all tilbaketrekning som en del av gerotranscendens.

Metodediskusjon

Utvalget har begrensninger vedrørende kulturelle forhold i og med at kun etniske nordmenn deltok, men aldersgruppen 60-74 år er representativt i forhold KOLS sykdommens forløp. Antall deltakere (åtte) er nok for å bidra med omfattende data for å muliggjøre en forståelse av betydningen av å være i den diagnostiske prosessen. Antallet er i tråd med anbefalinger (15 +/- 10) for kvalitativ forskning (36) og fenomenologiske studier for å tillate inngående analyser av fenomener

(37). I løpet av intervjuene fortalte deltakerne om lignende erfaringer, og etter åtte intervjuer dukket ikke nye tema opp. Samtidig må det anerkjennes at disse erfaringer godt kan skille seg fra de personer som ikke ønsket å delta i studien. Noen av deltakerne fikk diagnosen for en tid tilbake, hvilket kan ha påvirket deres minne. Samtidig var det tydelig at deltakerne under intervjuet «gjenopplevde» diagnostiseringstidspunktet og fortalte som om de var tilbake i situasjonen. Et element av refleksjon og ettertanke kan ha endret erfaringene i ettertid, men som Husserl (38) sier, er det en radikal forskjell mellom objektiv klokketid og subjektiv tid. Det er en prosess av levd tid, der fortid, nåtid og fremtid henger sammen som en helhet. En diagnose vil ikke oppleves som et isolert nå-punkt langs en gitt tidslinje, men som et kontinuum som inkorporerer nåværende nå-punktet, men også fortidens nå-punkt samt forventninger om fremtidige nå-punkt. Studiens troverdighet er avhengig av sannferdige, detaljerte fortellinger fra levde erfaringer (18). Intervjuene ble gjennomført i en avslappet atmosfære som en dialog slik at deltakerne kunne snakke fritt, dette bidro til et datamateriale med rike beskrivelser. Det anerkjennes også at deltakerens fortelling alltid vil bli påvirket av forskeren (17,28). En tekst kan tolkes på forskjellige måter, men den valgte tolkningen har blitt validert gjennom argumentasjon som den mest rimelige (29). Gjennom hele tolkningsprosessen var det viktig at forskerne var klar over sin egen forforståelse og hadde så åpent sinn som mulig. Den strukturelle analysen der tolkninger ble validert sikter på å skape avstand til teksten og for å håndtere forforståelsen (29). Alle tre forfattere var involvert i ulike deler av tolkningsprosessen. Førsteforfatter gjennomførte alle intervjuer og en første tolkning. Medforfatterne har gjort individuelle tolkninger, etterfulgt av diskusjoner i teamet for å sikre gyldigheten av tolkninger. For å oppnå pålitelighet, har tolkningsprosessen blitt presentert på en måte som gir leseren mulighet til å følge det steg for steg. Funnene viser at deltakernes detaljerte fortellinger ikke kun er begrenset til diagnostidspunktet, men spenner over fortid, nåtid og fremtid, og henger sammen som en helhet. Dermed var en livsverdentilnærming hensiktsmessig i denne studien.

Konklusjon

Å bli diagnostisert med KOLS kan metaforisk beskrives som «et slag i ansiktet». Uavhengig av alvorlighetsgraden kan diagnosen oppleves som at livet bryter sammen. Hvordan diagnosen blir presentert har vesentlig betydning for hvordan individet forstår og

håndterer sin sykdom. Studien anbefaler at diagnosen formidles ansikt-til-ansikt, klart og med empati, etterfulgt av informasjon om KOLS. Men for å være i stand til å støtte pasienten, kreves åpenhjertelighet og livsverdenkunnskap. Helsepersonell bør bruke tid til å lytte til pasientens historie for å skape en felles forståelse av både sykdommens temporale aspekt og pasientens behov og bekymringer. Helsepersonell må akseptere tegn på gerotranscendens som normalt i aldringsprosessen, og at et godt eldre for den enkelte kan innebære større åndelighet og mindre fysisk aktivitet en «ønskelig», sett fra yngre og middelaldrende personer sitt perspektiv. Samtidig trenger de også å støtte personen til å være aktiv og delta i fellesskap med andre på sine egne premisser. God kommunikasjon kan være avgjørende for om pasienten lever videre i forhandlinger eller klarer å gå inn i en prosess mot aksept og ny forståelse. ■

Artikkelen er fagfellevurdert.

Referanser:

- Helse- og omsorgsdepartementet. Kols - Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging Oslo: Dep.; 2012. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lgning-IS-2029.pdf>.
- Arne M, Emtner M, Janson S, Wilde-Larsson B. COPD patients perspectives at the time of diagnosis: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*. 2007;16(4):215-21.
- Fromer L. Diagnosing and treating COPD: understanding the challenges and finding solutions. *International journal of general medicine*. 2011;4:729-39.
- Pinnock H, Kendall M, Murray SA, Worth A, Levack P, Porter M, et al. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2011;342.
- Giacomini M, Dejean D, Simeonov D, Smith A. Experiences of Living and Dying With COPD: A Systematic Review and Synthesis of the Qualitative Empirical Literature. *Ontario health technology assessment series*. 2012;12(13):1-47.
- Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2008;58(557):844-9.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2015. Available from: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015_Apr2.pdf.
- Chan SC. Chronic obstructive pulmonary disease and engagement in occupation. *Am J Occup Ther*. 2004;58(4):408-15.
- Walters JA, Hansen EC, Walters EH, Wood-Baker R. Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study in primary care. *Respiratory Medicine*. 2008;102(5):738-43.
- Oliver SM. Living with failing lungs: the doctor-patient relationship. *Family Practice*. 2001;18(4):430-9.
- Lindqvist G, Hallberg LR-M. 'Feelings of Guilt due to Self-inflicted Disease': A Grounded Theory of Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Journal of Health Psychology*. 2010;15(3):456-66.
- Sheridan N, Kenealy T, Salmon E, Rea H, Raphael D, Schmidt-Busby J. Helplessness, self blame and faith may impact on self management in COPD: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*. 2011;20(3):307-14.
- McMillan Boyles C, Hill Bailey P, Mossey S. Chronic Obstructive Pulmonary Disease as Disability: Dilemma Stories. *Qualitative Health Research*. 2011;21(2):187-98.
- Fromer L. Implementing chronic care for COPD: planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2011;6:605-14.
- Meld.St.26(2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
- Vestbo J, Hurd SS, Rodriguez-Roisin R. The 2011 revision of the global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (GOLD)--why and what? *Clin Respir J*. 2012;6(4):208-14.
- Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M. Reflective lifeworld research. [Lund]: Studentlitteratur; 2008. 370 s. p.
- Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):145-53.
- Van Manen M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ont.: Althouse Press; 1997. XVIII, 202 s. p.
- Bengtsson J. Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: livsverdensfenomenologiske bidrag. Kristiansand: Høyskoleforl.; 2006. 191 s. p.
- Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. London: Routledge; 2002. xxiv, 544 s. : ill p.
- Toombs SK. *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1993. XVI, 161 s. p.
- Toombs SK. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic; 2001. VI, 497 s. p.
- Gadamer H-G. *Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis; 2003. 221 s. p.
- Tornstam L. *Gerotranscendence: a developmental theory of positive aging*. New York: Springer; 2005.
- Lindgren S, Storli SL, Wiklund-Gustin L. Living in negotiation: patients' experiences of being in the diagnostic process of COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2014;9:441-51.
- Lindgren S, Storli SL, Wiklund-Gustin L. Å leve i forhandlinger-pasienterfaringer av å være i den diagnostiske prosessen med å få diagnosen KOLS. *Bestpractice NO-Lungemedisin*. 2015(16):23-6.
- Wiklund L, Lindholm L, Lindström UÅ. Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. *Nursing Inquiry*. 2002;9(2):14-25.
- Ricœur P. *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Tex.: Texas Christian University Press; 1976. XII, 107 s. : port. p.
- Toombs SK. The temporality of illness: four levels of experience. *Theoretical medicine*. 1990;11(3):227-41.
- Toombs SK, Barnard D, Carson RA. *Chronic illness: from experience to policy*. Bloomington: Indiana University Press; 1995. XIV, 221 s. p.
- Post L, Collins C. The poorly coping COPD patient: a psychotherapeutic perspective. *International journal of psychiatry in medicine*. 1981;11(2):173-82.
- Delmar C, Bøje T, Dylmer D, Forup L, Jakobsen C, Møller M, et al. Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005;19(3):204-12.
- Todres L, Galvin KT, Dahlberg K. «Caring for insiderness»: Phenomenologically informed insights that can guide practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2014;9.
- Dahlberg K, Segesten K. *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur; 2010. 344 s. p.
- Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1996. XVII, 326 s. : ill. p.
- Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*. 1995;18(2):179-83.
- Husserl E. *The phenomenology of internal time-consciousness*. Bloomington: Indiana University Press; 1964. 188 p. p.



Bli medlem

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

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

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2016.

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

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

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

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

