

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Sykepleiers rolle i identifisering av delirium

Side 15

GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbunds

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

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

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Liv Wergeland Sørbye**, Sykepleier Professor Emerita, Fakultet for helsefag Diakonhjemmet Høgskole, Oslo. **Gørill Haugan**, Sykepleier og professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Liv Halvorsrud**, Sykepleier Professor Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslo-met – storbyuniversitetet.

ABONNEMENT

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

ANNONSER

Frank Eide
Tlf: 993 21 576
frank.eide@bergen.kommune.no

TRYKK: Andvord Grafisk

**FORSIDEFOTO: Istock
ANNONSERING**

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

Innhold

02 - 2019



- 4** Brukermedvirkning, likeverd og forutsigbarhet for den eldre pasienten
- 6** Søvnforstyrrelser og tilretteleggelse for god søvn hos eldre sykehuspasienter
- 15** Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus
- 22** Sykepleieres erfaringer med å informere beboere i sykehjem om deres juridiske rettigheter og endringer i deres medisiner
- 30** Palliativ plan og etiske refleksjon
- 38** «Enver må finne sin måte å leve med demens på»
- 44** Byhuset – et aktivitetshus for demente
- 47** Med faget i front



6



15



22



38



FAKTA

Tor EngevikLeder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

God tannhelse er livsviktig for eldre

De siste årene har ernæring blitt et stort fokusområde for sykepleiere som arbeider i både hjemmebaserte tjenester, på sykehjem og i sykehus. Nasjonale føringer har pålagt kommuner og helseforetak å sikre at pasienter som er, eller står i fare for å bli underernært avdekkes og følges opp. Pasienter screenes og for dem som trenger det iverksettes det individuelt tilpassede tiltak. Måltider berikes og en rekke pasienter får næringsmidler på resept. Dette er bra, for vi vet at god ernæring er helt vesentlig i all pasientbehandling.

Vi vet også at den enkeltes kosthold og matinntak er betinget av en rekke faktorer der både fysiske, psykiske og sosiale forhold påvirker. Jeg skal derfor ikke bruke mye spalteplass på det, men jeg har lyst å slå et slag for tannbørsten, og mener munnhygiene fortjener en mye større plass i pasientomsorgen enn den gjør i dag. Selv i pasientsikkerhetsprogrammet er tannhelse, etter min mening, blitt viet altfor liten oppmerksomhet. Munnhygiene er viktig i ernæringsøymed, men tenker vi i det daglige over at eldre i verste fall kan dø av dårlig tannhelse?

Katrine Gahre Fjeld som er spesialistannlege ved institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo, er Doktorgradstipendiat på oralhelse hos syke eldre. Hun viser til studier der det fremgår at ett av ti dødsfall av aspirasjonspneumoni hos sykehjemspasienter kunne vært unngått dersom den orale hygien ble bedre ivaretatt. En munnhule som ikke blir rensket gjennom spytt og drikke, resulterer nemlig i at plakk og matrester gir oppvekst av sykdomsfremkallende mikroflora som er livsfarlig om det når lungene.

I en artikkel publisert av den norske legeforening den 16. mars 2016, sier Camilla Hansen Steinum, President i Den norske tannlege-

forening: «dårlig tannhelse kan øke risikoen for hjerte- og karsykdommer, slag, diabetes, kreft og en rekke andre lidelser.» Bakterier fra munnen kan spres i blodbanen og øke risikoen for blodpropp og hjerteinfarkt, samt skape komplikasjoner for operasjoner og transplantasjoner. Peridontitt som er den vanligste infeksjonen i tannkjøttet, rammer mange eldre og diabetikere har to til fire ganger så stor sjanse for å utvikle det. Risikoen er også større hos mennesker som har psykiske lidelser, eldre med kognitiv svikt og slagrammede med nedsatt svelg- og tyggefunksjon fordi deres evne til egenomsorg er redusert.

Både Gahre Fjeld og Hansen Steinum påpeker at det viktigste tiltaket for å opprettholde god munnhygiene hos pasientene er forebygging og jevnlig oppfølging. Daglige rutiner med tannpuss to ganger om dagen, bruk av tannkrem med fluor og tanntråd eller mellombørste, samt jevnlig besøk hos tannlegen er det viktigste man kan gjøre for tannhelsen. I tillegg er det vesentlig med tidlig diagnostisering og behandling av munn sykdomer.

I et forskningsprosjekt Gahre Fjeld deltok i kom det fram at mange institusjoner og hjemmebaserte tjenester ikke har gode nok prosedyrer for å opprettholde god munnhygiene hos eldre. Kunnskapen til pleiepersonell var heller ikke tilfredsstillende, og pleiepersonell var ofte usikker på grensene når det gjelder bruk av tvang.

Tidspress, uforutsette hendelser og for lite systematisk samarbeid mellom sykepleiertjenesten og tannhelsepersonell er faktorer ansatte selv trekker frem som hinder i tannpleien, men flere studier tyder på at avdelinger som setter tannhelse på agendaen får resultater. En sunn munn dreier seg om mye mer enn et pent smil. God munnhelse er viktig for hele kroppen. ■


FAKTA
**Anne Svelstad
Evju**

Førstelektor

Brukermedvirkning, likeverd og forutsigbarhet for den eldre pasienten

Den nylig utgitte Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten de neste fire årene. Brukermedvirkning, likeverdighet og forutsigbarhet er viktige prinsipper som fremheves i planen og som vi som helsepersonell skal strebe etter å innfri. Hvordan kan vi i praksis gjøre dette best mulig for den eldre brukeren? Flere av artiklene i dette nummeret av Geriatrisk sykepleie, berører disse områdene.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Da trenger de tilstrekkelig, tilrettelagt og god informasjon om sin tilstand og behandling. Dette er et av budskapene i artikkelen «*Sykepleieres erfaringer med å informere beboere i sykehjem om deres juridiske rettigheter og endringer i deres medisinerings*». Studier viser at kun halvparten av pasientene i kommunehelsetjenesten har kunnskap om hvorfor de får medisinen sin og det er også varierende hvor mye informasjon sykepleiere gir om medikamentets indikasjon og virkning. Vi vet at eldre ofte diskrimineres i helsevesenet og alder blir brukt som en forklaring på hvorfor pasientene ikke har fått nødvendig informasjon. Gjennom en intervensjonsstudie har

Helgesen, Fagerli og Grøndahl rettet fokuset på behovet for kompetanseheving knyttet til informasjon om juridiske rettigheter og medisinerings. Det kan være vanskelig å vite hvordan man kan tilpasse informasjon om medisinerings til de skrapelige eldre med kognitiv svikt. Informasjonen bør tilpasses den enkeltes beboers ønske om informasjon og evnen til å bearbeide denne.

Brukermedvirkning er også sentralt i palliativ behandling. Pasientene skal ha anledning til å legge frem sine ønsker rundt avslutningen av livet. Studier har vist at en god plan for det palliative arbeidet er viktig for livskvaliteten til pasient og pårørende. I artikkelen om «*Palliativ plan og etiske refleksjon*», kan vi lese om erfaring med bruk av palliativ plan i kommunehelsetjenesten. Større grad av *brugermedvirkning og forutsigbarhet* er blant gevinstene ved bruk av palliativ plan.

En overordnet målsetning i den nye helse- og sykehusplanen, er en helsetjeneste hvor pasientens stemme blir hørt både i møtet med behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Pasientene krever mer og er mer opplyste om sine rettigheter enn noen gang. Det er en stor fordel med tanke på at dagens helsevesen i stor grad er tilrettelagt for pasienter med høy helsefremmende allmenndannelse. De eldre og særlig eldre med demens, kommer dårlig ut i et slikt parameter og bør styrkes i pasientrollen. I artikkelen «*Enver*

må finne sin måte å leve med demens på», kan vi lese om hvordan pasientkurs kan bidra til hverdagsmestring hos pasienter med demens. Studier har vist at personer med demens kan tilegne seg informasjon og kunnskap, og at god tilrettelegging av undervisning kan føre til at de kan delta i planlegging av egen hverdag og dermed oppleve økt mestring. Det tilbys ofte kurs for de pårørende, men hva med pasienten selv? Pasientene har også behov for kurs om å leve med sin sykdom. I essayet «Om å skape og å opprettholde mening når man lever sammen med og yter omsorg for sin ektefelle som har demens», får vi presentert noen viktige refleksjoner omkring det å motta hjelp til en ektefelle som har diagnosen demens. Essayet gir betraktninger om hvor viktig det kan være for mange å opprettholde et liv sammen, tross fremtredende demenssykdom.

Pasienter med demens er i risiko for delirium. Delirium er en av de mest utbredte psykiatriske diagnosene, på tvers av helsetjenesten og rammer hardt blant de eldste eldre. Belastningen ved delirium er stor for pasienten selv, for pårørende og for helsetjenesten. På tross av dette, er sykepleiere i for liten grad opptatt av å identifisere, dokumentere og følge opp pasienter med delirium. Ofte blir ikke delirium avdekket og diagnostisert og vi stoler heller på vår subjektive vurdering enn å bruke valide, objektive screeninginstrumenter. Det er særlig den hypoaktive varianten av delirium med nedsatt psykomotorisk tempo, initiativløshet og somnolens som er vanskelig å avdekke, fordi vi ofte forveksler dette med depresjon eller demens. Artikkelen «Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus», argumenter for bruk av screeningverktøyene CAM og 4AT for tidlig

identifisering av delir og peker også på behovet for kompetanseheving blant helsepersonell og opplæring i bruken av verktøyene. Målet med screening er å iverksette behandling før sykdommen eller tilstanden gir symptomer, slik at man får et bedre resultat enn om man venter til symptomene gir seg til kjenne. I følge National Institute for Health and Care Excellence (NICE) er alle pasienter som er 65 år eller eldre, har kognitiv svikt og/eller demens, hoftebrudd som innleggelsesårsak eller alvorlig sykdom, i risiko for delirium og bør derfor screenes. Det bør derfor være mange gode grunner til å innføre screeningsverktøy i institusjoner.

Å fremme god søvnkvalitet er et av de viktigste tiltakene for å unngå utvikling av delir, likevel har vi som helsepersonell lite for lite fokus på kunnskapsbaserte tiltak for å fremme god søvn. I artikkelen *Søvnforstyrrelser og tilrettelegging for god søvn hos eldre sykehuspasienter* blir vi påminnet om viktigheten av å fremme søvn ved sykdom. Søvnproblematikk er utbredt blant eldre over 65 år, samtidig som vi vet at det er de eldste eldre som er mest sårbare for dårlig søvn. Støy, smerter og nattevaks-rutiner er de blant de største søvnhemmende faktorene for eldre sykehuspasienter. Artikkelen fremhever behovet for at tiltakene er kunnskapsbasert og ikke basert på personlige erfaringer. ■



Søvnforstyrrelser og tilretteleggelse for god søvn hos eldre sykehuspasienter

Søvn er et grunnleggende menneskelig behov som er nødvendig for overlevelse, for å ha god helse og for velvære (1). Søvnproblemer er vanlig blant eldre.

Introduksjon

Over 65% av voksne mellom 65 og 84 år plages av dårlig søvn (2). Sykehuspasienter, og særlig eldre, er spesielt utsatt for dårlig søvn på grunn av lys, smerter, stress og støy om natten (3). Undersøkelser viser at søvnproblemer rapporteres hos 22-61 % av eldre sykehuspasienter (2). I tillegg er kroppen mer sårbar med alderen. Derfor er eldre sykehuspasienter mer utsatt for de skadelige effektene av søvnmangel enn yngre (3).

Vår arbeidserfaring er at søvnproblematikk hos eldre er undervurdert, særlig under sykehusopphold. Dette til tross for at søvnmangel medfører omfattende helseproblemer hos eldre, som økt risiko for angst, depresjon, delirium, nedsettelse av immunforsvaret og forlenget sykehusopphold (2). Søvnforstyrrelser hos eldre sykehuspasienter kan

Metode

Det ble benyttet et systematisk litteratursøk som metode, der hensikten er å oppsummere og trekke konklusjoner av den tilgjengelige litteraturen (4). I søkeprosessen var det fokus på god søvn for eldre sykehuspasienter og de beste tiltakene/strategiene for å sikre eldre sykehuspasienter god søvn. Søkestrategien ble planlagt etter PICO-metoden (5), med populasjonen eldre sykehuspasienter. Det ble gjort systematiske søk etter forskningsartikler i SveMed+, Cinahl, PubMed og Cochrane Library. Det ble benyttet søkeord i ulike kombinasjoner for å fange opp aktuell kvalitativ og kvantitativ forskning. Følgende søkeord ble brukt: sleep, sleep quality, sleep disorders, nurse's role, nursing staff, nursing care, hospitalization, inpatients, hospitalized patients. Søkene ble utført høst 2018 - vår 2019, avgrenset til fulltekst og publisert fra 2008. I tillegg ble det benyttet siteringssøk og usystematiske søk i Google Scholar. Totalt ble det gjennom søkene funnet 39 aktuelle artikler. Etter gjennomlesning og utvelgelse, ble åtte enkeltstudier og en systematisk oversiktsartikkel inkludert, der seks artikler er skrevet av nordiske forskere og to av forskere fra Amerika og Australia (se tabell 1 for detaljer).

Sjekkklister (6) ble benyttet for å vurdere den metodiske kvaliteten i de inkluderte artiklene. Noen inkluderte studier har begrensninger, som for eksempel at vurdering og evaluering av søvnkvalitet ble basert på selvrapporterte data og kan derfor være over- eller undervurdert på grunn av feilkilder ved å huske tilbake i tid. Enkelte studier

«Hvordan tilrettelegge for god søvn for eldre sykehuspasienter?»

forårsakes av ulike grunner (3). Denne fagartikkelens formål er å belyse hvordan helsepersonell på sykehuset kan bli mer oppmerksomme på søvnforstyrrelser. Problemstillingen er: *Hvordan tilrettelegge for god søvn for eldre sykehuspasienter?* I tillegg belyses søvnopplevelser på sykehus både fra pasienters og sykepleieres perspektiv.

FAKTA

Førsteforfatter og kontaktperson:
Alice Tarchioni
Sykepleier med videreutdanning i avansert gerontologi, Vestre Viken, Ringerike Sykehus, alicetarchioni93@gmail.com

Medforfatter:
Linda Rykkje
Førsteamanuensis, PhD, sykepleier, VID vitenskapelig høgskole, Ulriksdal 10, Bergen. Linda.Rykkje@vid.no



ble utført kun i et bestemt sykehus, hvilket kan ha påvirket resultatene knyttet til miljøfaktorer. Denne fagartikkelen baseres på en studentoppgave ved VID og følger et systematisk søk. Av kapasitetshensyn ble kun ni artikler inkludert, og undersøkelsen er ikke vitenskapelig. Valget av artikler er imidlertid selektert etter de med best relevans for problem-

stillingen og med høy overføringsverdi til norske sykehus, og samlet sett gir artiklene bred oversikt over nyere forskning innen søvn hos eldre.

Resultater

De utvalgte studiene setter søkelys på sykepleiers erfaringer og holdninger i forhold til søvn (7-9),

Sammendrag:

Bakgrunn: Søvnproblematikk hos eldre under sykehusopphold er undervurdert til tross for at søvnmangel kan medføre helseproblemer som økt risiko for angst, depresjon og delirium, samt forlenget sykehusopphold.

Hensikt: Denne fagartikkelen undersøker hvordan helsepersonell på sykehuset kan bli mer oppmerksomme på søvnforstyrrelser hos eldre pasienter, samt hvordan søvn under sykehusopphold kan forbedres for å unngå søvnrelaterte helseplager.

Metode: Litteraturstudie med systematisk tilnærming. Det er søkelys på god søvn for eldre sykehuspasienter og de beste tiltakene/strategiene for å sikre eldre sykehuspasienter god søvn. Følgende databaser inngår i søkeprosessen: SveMed+, Cinahl, PubMed, Cochrane. Åtte enkeltstudier og en systematisk oversiktsartikkel er inkludert; sjekklister er benyttet for å vurdere artiklens metodiske kvalitet.

Resultater: Støy, smerter og nattevakt-rutiner er de største søvnhemmende faktorer for sykehuspasienter. Ikke-medikamentelle tiltak som søvnrestriksjon, stimuluskontroll, økt lyseksposering, søvnhygiene, tilbud av kveldsmat, ørepropper og øyemaske, samt proaktiv behandling av smerte, er de mest effektive strategier som sykepleiere kan benytte for å tilrettelegge for god søvn for eldre sykehuspasienter.

Konklusjon: Ved forebygging og planlegging, tilpassing av det kliniske miljøet, riktig bruk av medikamenter og omsorgssamtaler, kan et søvnfremmende sykehusmiljø tilrettelegges for pasientene.

Nøkkelord: søvnkvalitet, søvnfremmende tiltak, sykepleiers rolle, eldre sykehuspasienter

Abstract:

Background: Sleep problems among hospitalized elderly are underestimated, although sleep deprivation may cause health problems as increased risk of anxiety, depression, delirium and prolonged hospital stay.

Purpose: This article explores how hospital nursing staff can be more aware of sleep problems in elderly, and how to improve patients' sleep quality during hospitalization to avoid health problems related to sleep disorders.

Method: Literature study with systematic approach. Focus is upon good sleep for hospitalized elderly and best strategies to ensure them good sleep. Following databases are included in the searches: SveMed+, Cinahl, PubMed, Cochrane. Eight individual studies and one systematic review article are included; checklists were used to assess the methodological quality of articles.

Results: Noise, pain, and night-time routines are major sleep-inhibiting factors for hospitalized patients. Non-drug interventions such as sleep restriction, stimulus control, increased light exposure, sleep hygiene, evening meals, earplugs, eye mask and proactive pain treatment are the most effective strategies which nurses can use to facilitate good sleep for hospitalized elderly.

Conclusion: Through prevention, planning, adaptation of the clinical environment, proper use of medication and care conversations, a sleep-promoting hospital can be created for the patients.

Keywords: sleep quality, sleep promoting interventions, nurse's role, hospitalized elderly



belyser både pasienters og sykepleieres perspektiver på søvn, søvnkvalitet og søvntiltak (10-14) og undersøker kunnskapsgrunnlaget for søvnfremmende sykepleietiltak (15). Mange sykepleiere uttrykte et ønske om å jobbe på måter som fremmer pasientens søvn under sykehusinnleggelse, men at helsetjenestene ikke er organisert etter pasientens perspektiv og behov. De beskrev følelser av frustrasjon på grunn av arbeidsmetoder og prosedyrer som ikke tar hensyn til pasientenes døgnrytme (7).

«De fire hyppigste nattlige støykildene viste seg å være helsepersonell, ringeklokker, dører og medisinsk utstyr.»

Søvnfremmende strategier mest brukt av sykepleiere grupperes av Salzman-Erikson, Lagerqvist og Pousette (8) i fire forskjellige kategorier: a) fore-

bygging og planlegging av sykepleieoppgaver, b) miljøtilpasning, c) administrering av sovetablett og d) omsorgssamtaler. Oppsummert viser studiene at søvnhygiene, det å sove alene og ro på rommet, tilbud av kveldsmat, reduksjon av forstyrrende støy og lys, bruk av små lyskilder istedenfor sentrale lyskilder ved tilsyn, eller ved å bruke stille kroppsbevegelser når man går inn i pasientrommene, samt kartlegging og proaktiv behandling av smerte, ser ut til å være de enkleste og mest effektive strategier som sykepleiere kan benytte i praksis for å tilrettelegge for god søvn for eldre sykehuspasienter (8, 10, 12, 13).

Videre viser forskningen at mange pasienter opplevde bedre søvn hjemme enn på sykehuset, til tross for at de følte seg trygge og godt ivaretatt på sykehuset (10). Dette bekreftes av Delaney, Currie, Huang mfl. (14) som målte en gjennomsnittlig reduksjon i sykehusets søvnvarighet, sammenlignet med hjemme, på 1,8 timer (5,3 timer vs. 7,1 timer; $p < 0,001$). Søvnhemmende forhold på sykehuset var støy, avdelingens kvelds- og nattevakts-rutiner, altfor høy eller lav rom temperatur, seng og sengeutstyr



Foto: iStock

(10, 11). Vaktrom og korridorene er de områdene hvor det ble registrert mest støy, særlig i en tidsramme mellom 22:00 og 24:00 og mellom 05:00 og 07:00. De fire hyppigste nattlige støykildene viste seg å være helsepersonell, ringeklokker, dører og medisinsk utstyr (14).

Monitorering, medisiner og smerter identifiseres som de vanligste hindringene for god søvn på sykehuset, både av pasienter, sykepleiere og leger (9, 12, 13). En undersøkelse utført med actigraf bekreftet at smerter gir objektiv søvnreduksjon hos sykehuspasienter ($p < 0,0003$) (13). Pasienter og sykepleiere beskriver reduksjon av natt-tilsyn for å unngå søvnavbrudd og bruk av sovetablett som de mest effektive søvnfremmende tiltak (12). I tillegg til det, kan nye ikke-medikamentelle tiltak være nyttige for å forbedre søvn under sykehusopphold, som f.eks. Vital Sleep Pannebånd. Det er et verktøy som, gjennom to hodetelefoner, kansellerer støy for å fremme søvn og overvåker pasienters parametere (puls, pulsskysymetri, temperatur) gjennom sensorer som plasseres på arteria temporalis, uten å vekke vedkommende (12). Kunnskapsgrunnet for andre ikke-medikamentelle søvnfremmende sykepleie-tiltak som musikk, akupunktur, massasje og aromaterapi, vises seg å være lav eller svært lav (15).

En studie (14) viser at sykepleiere overvurderer mengde og kvaliteten på søvn sammenlignet med pasienters egenrapportering og bio-fysiologiske målinger ved polysomnografi. Flere pasienter rapporterte at deres søvnkvalitet var dårlig til svært dårlig sammenlignet med sykepleiere, som hovedsakelig vurderte pasientens søvn som grei (14). Resultater fra en annen forskningsartikkel (7) tyder på at sykepleiere, for tiden, ikke har nok kunnskap om søvn og søvnfremmende tiltak, og at deres praksis omkring søvn stort sett baseres på personlig erfaring og sunn fornuft, istedenfor å være kunnskapsbasert.

Flere artikler beskriver at smerter, medisiner og faste tilsynsrunder om natten hvor sykepleiere snakker høyt og lyset slås på, kan vekke pasientene og medføre problemer med å sovne igjen (10, 12). En studie påpeker at mennesker genererer 50% av støyen i miljøet (14), og at helsepersonell ofte er uvitende om dette, eller undervurderer effekten av støy på pasienters søvn. Forfatterne foreslår atferdsmodifiserende strategier for å redusere støynivået. Slike strategier inkluderer klinisk støtte for å endre omsorgstiltak og for å gjøre helsepersonell oppmerksom på viktigheten av søvn, samtidig som det kan

«Studiene viser at smerter og støy er de to hovedårsakene til oppstykket søvn under sykehusopphold.»

være nødvendig med nytt klinisk utstyr og endring av avdelingens planløsning for å gi et nattlig miljø som støtter pasient søvn og sikrer trygg behandling.

Det kan også være interne årsaker som hindrer søvn, som bekymringer om sykdommen, tanker om fremtiden og venting på prøvesvar (9, 10). Flere pasienter angir oppstykket søvn under sykehusinnleggelse, men kun noen av de er virkelig plaget av det. Enkelte kan oppleve at når de våkner, begynner de å tenke på bekymringer om fremtiden uten å kunne stoppe, hvilket hindrer dem i å sovne på nytt. Derimot kan andre pasienter oppleve vekkinger som ikke spesielt plagsomme, noe som kan skyldes at de klarer å kompensere for manglende søvn i en annen anledning, som for eksempel på dagtid (11). Pasienters fortellinger avslørte hvor viktig det er med sykepleiernes skjønn og empatisk holdning til pasientens private sfære. Ved å ta hensyn til hele personen kan sykepleiere bidra til å fremme god søvn hos sykehuspasienter (9). I tillegg aksepterte noen pasienter dårlig og avbrutt søvn som en del av det å være på sykehus, og noen av deltakerne prøvde å ivareta sin verdighet ved å finne løsninger selv (10, 14).

Diskusjon

For å legge til rette for god søvn hos eldre på sykehus bør helsepersonell ha kunnskaper om både årsaker til søvntap og søvntiltak. Studiene viser at smerter og støy er de to hovedårsakene til oppstykket søvn under sykehusopphold (10, 14). Et interessant funn er at støy ofte overskrider anbefalinger om omgivelser- og topplid gitt av Verdens Helseorganisasjon (WHO) (14). Når vi vet at aldersprosessen fører til mer overfladisk søvn (16, 17) og eldre lettere våkner (3), vil vi understreke at eldre sykehuspasienter er særlig utsatte for støy som søvnforstyrrende faktor. Derfor bør helsepersonell bli mer oppmerksom på å opprettholde nattens stillhet ved å dempe lydnivået så mye som mulig.

Smerter er den enkeltfaktor som tydeligst gir objektiv søvnreduksjon hos sykehuspasienter (13).





TABELL 1: Resultattabell

Forfatter	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
Promoting sleep by nursing interventions in health care settings: a systematic review (15)	Hovedformålet er å beskrive og vurdere effektiviteten av søvnfremmende sykepleieintervensjoner i helsevesenet.	Systematisk oversikt. Databasene: Academic Search Elite, CIN AHL, Cochrane Library, MedLine/ PubMed. Data samlet 2009.	9 artikler inkludert	Det finnes lite bevis på effekten av ikke-medikamentelle intervensjoner som musikk, akupunktur, massasje og aromaterapi. Bruk av søvnhygiene og avslappingsteknikk gir kun små effekter. Det kreves mer forskning før disse tiltakene implementeres i klinisk praksis p.g.a. mangelen på høy bevisstyrke og usikkerhet om effekten.
Patients' experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study (7)	Målet er å beskrive sykepleieres opplevelser av pasienters søvn på sykehus og deres oppfatninger av søvnfremmende tiltak.	Sverige. Kvalitativ metode: fokusgrupper (n= 15) og individuelle intervjuer (n= 7). Tematisk analyse ihht Graneheim og Lundman ble brukt. Data samlet 2012-2014.	22 sykepleiere (20 kvinner og 2 menn) fra fire forskjellige sykehus i Stockholm.	Resultatene tyder på at sykepleiere ikke har nok kunnskap om søvn og søvnfremmende tiltak. Disse aspektene av pleien er basert på personlig erfaring og sunn fornuft. Sykepleierne uttrykte ønske om å jobbe på måter som fremmer pasienters søvn under sykehusinnleggelse, men at helsetjenester ikke er organisert etter pasienters perspektiv og behov.
Stoisk omfordeling av søvn – en grounded theory studie om eldre pasienters opplevelse av søvn i medisinske sengeposter på sykehus (10)	Hovedformålet er å få større innsikt i søvnopplevelser hos eldre sykehuspasienter, samt hvordan de håndterte situasjonen.	Norge. Kvalitativ metode, grounded theory. Semistrukturerte dybdeintervjuer. Inklusjonskriterier: -menn og kvinner > 67 år -forståelse av norsk språk -minst tre liggedøgn på sykehus Data samlet 2012-2013.	8 pasienter (3 kvinner og 5 menn, alder 68-89 år) fra et lokalsykehus.	Deltakerne prøvde å ivareta sin verdighet ved å finne løsninger selv, uten å gjøre seg avhengige av helsepersonell.
Keep calm and have a good night: nurses' strategies to promote inpatients' sleep in the hospital environment (8)	Målet er å utforske sykepleieres erfaringer og strategier for å fremme pasienters søvn under sykehusinnleggelse.	Sverige. Empirisk kvalitativ design. Semistrukturerte intervjuer. Burnard's metode for analysering Inklusjonskriterier for utvalg: - jobber netter på sykehus - jobber på en kirurgisk, medisinsk, or topedisk eller intensivavdeling - minst 2 års klinisk erfaring Data samlet 2014.	8 sykepleiere (7 kvinner og 1 mann, alder 29-60 år)	Å sikre pasientens søvn er ansett av sykepleiere som av stor betydning. Sykepleiere bruker ulike strategier for å fremme pasienters søvn og søvnfremmende sykehusmiljø. Slike strategier er forebygging og planlegging, miljøtilpasning, bruk av sovetablett og omsorgssamtaler.
Sleep in the hospitalized patient: nurse and patient perceptions (12)	Målet er å beskrive de mest brukte sykepleie-tiltakene som fremmer søvn hos sykehuspasienter, samt identifisere hvilke tiltak som oppfattes som mest effektive. I tillegg evaluere et nytt ikke-medikamentelt tiltak for å fremme søvn: Vital Sleep Pannebånd	USA, Michigan. Kvantitativ metode. Tversnittstudie: spørreskjema. Inklusjonskriterier: - personer > 18 år - kan snakke og forstå engelsk -minst en natt på sykehus i løpet av siste 5 år	87 sykepleiere og 34 pasienter	Monitorering, medisiner og smerter er største hindringer for gjenopprettende søvn på sykehuset, ifølge pasienter og sykepleiere. Mest effektive søvnfremmende tiltak er færre natt-tilsyn for å unngå søvnnavbrudd og bruk av sovetablett. Flere bekymringer ble uttrykt angående Vital Sleep Pannebånd som f.eks. manglende funksjon for å måle blodtrykk eller høre på musikk.
Awakenings? Patient and hospital staff perceptions of nighttime disruptions and their effect on patient sleep (13)	Hovedformålet er å forstå hvordan sykehuspasienter, leger og sykepleiere opplever søvnforstyrrelser og identifisere hvilke forstyrrelser som er knyttet til dårlig søvn under sykehusopphold.	USA, Chicago. Kvantitativ metode. Tversnittstudie: spørreskjema + actigraf på håndledd. Data samlet 2010- 2015.	166 pasienter, 28 leger og 37 sykepleiere til spørreskjema og 574 pasienter til actigraf	Pasienter, leger og sykepleiere er enige om at smerter, tester og monitorering av vitale tegn er de tre største forstyrrelsene til pasientens søvn. Actiwatch-undersøkelsen bekreftet at smerte er største årsak til redusert søvn, noe som understreker behovet for proaktiv screening og behandling av pasientens smerte for å forbedre søvnen på sykehus.
Nurses' experiences of supporting sleep in hospitals – A hermeneutical study (9)	Hovedformålet er å beskrive sykepleiers erfaringer og perspektiver angående søvn hos sykehuspasienter og å spørre hvordan sykepleiere kan støtte pasientenes søvn.	Finland. Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervjuer. Analysemetoden: hermeneutisk tilnærming inspirert av Gadamer's filosofiske tenkning.	20 sykepleiere	Sykepleiere opplever at pasientene har varierende forståelse for viktigheten av søvn på sykehus og at plager kan oppstå ved utilstrekkelig søvn. Sykepleieres viktigste oppgaver er å vurdere ulike helsemessige aspekter og å sørge for at pasienter får god og trygg søvn på sykehus. Søvn er nødvendig for at pasientene kan oppnå optimal helse, samt øker velferden og forhindrer sykdommer.

Forfatter	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat og konklusjoner
“They can rest at home”: an observational study of patients’ quality of sleep in an Australian hospital (14)	Målet med studien er å undersøke varigheten og kvaliteten av pasienters søvn under sykehusopphold og å identifisere eventuelle miljøfaktorer assosiert med pasientrapportert dårlig søvn.	Australia. Mixed metode: kvalitativ og kvantativ, inkludert: - Semistrukturerte intervjuer av pasienter - Spørreskjema av sykepleiere - Miljøovervåking gjennom presise verktøy og observasjonsdata dokumentert av forskningsassistenter. Data samlet mai-oktober 2013.	144 pasienter og 81 sykepleiere	Pasientene rapporterte en gjennomsnittlig reduksjon i sykehusets søvnvarighet, sammenlignet med hjemme, på 1,8 timer (5,3 vs. 7,1 timer; p <0,001). At pasienter og pleiepersonale forventer og aksepterer dårligere kvalitet søvn på sykehus viser mangel på kunnskap om de mange og seriøse bivirkninger av søvnmangel. De primære faktorene som forstyrrer pasientens søvn, er tiltak knyttet til pleie/behandling og støy. Studien fant at støy målt på sykehus overskrider WHO’s anbefalinger for omgivelses- og toppløyd.
To sleep or not to sleep during hospitalization (11)	Å undersøke pasienters søvnopplevelser under sykehusinnleggelse.	Danmark. Kvantitativ og kvalitativ metode. Spørreskjema og intervjuer. Data ble samlet mellom 2014 og 2015.	257 deltakere til spørreskjema og 12 deltakere på intervjuer.	Selv om pasientene rapporterer at de har sovet bra, må deres søvn evalueres systematisk. En mer systematisk tilnærming er nødvendig for å evaluere søvnkvalitet til sykehuspasienter.

Dette understreker behovet for proaktiv screening og behandling av smerte hos sykehuspasienter for å fremme god nattesøvn. Dette støttes av en norsk studie som viser at smertebehandling forbedrer søvn også hos pasienter rammet av demens og depresjon, som bor på sykehjem (18). Vi har erfart at mange eldre sykehuspasienter ikke etterspør smertestilende (jf studie 8) selv om de har sterke smerter som hindrer dem i å sovne. Det kan virke som at eldre pasienter har vennet seg til og forventer å ha smerter under sykehusopphold. Samtidig er vårt inntrykk at mange pasienter aksepterer generelt dårligere og oppstykket nattesøvn som en del av å være på sykehuset, derfor ber de ikke om hjelp fra helsepersonell. Sykehuspasienter kan kompensere for dårlig nattesøvn ved å sove noen timer på dagtid, noe som tillater dem å opprettholde sin selvstendighet og ikke være til bry (10). Vi anerkjenner at eldre sykehuspasienter ønsker å bevare kontroll og en opplevelse av verdighet, men det å forebygge søvnforstyrrelser og tilby søvnfremmende tiltak, mener vi også vil bidra til pasientenes velvære og verdighet.

I forhold til smertebehandling vil vi understreke at det er viktig at pasientene som har evne til det, selv er klare over sitt eget ansvar for å gi uttrykk for smerter. Sykepleiere kan oppleve at noen pasienter taper ethvert ansvar for deres situasjon under sykehusopphold og avventer beskjeder fra sykepleier for det meste, derfor understrekes viktigheten av å oppmuntre pasienter til å være involvert i egen omsorg (8). Tilstrekkelig smertelindring er en viktig faktor for å fremme pasientens søvn. Samtidig er det ikke

«Sykdom kan fremkalle mange tanker og bekymringer om natten og forstyrre pasientens søvn.»

bare det fysiske omsorgsmiljøet som er relevant når man snakker om søvnfremmende strategier, men også den psykososiale, hvor sikkerhet og individualisert omsorg er de viktigste aspektene. Sykdom kan fremkalle mange tanker og bekymringer om natten og forstyrre pasientens søvn. Det er ulikt hvordan pasienter opplever eller håndterer å bli vekket og i en studie forteller en deltaker:

«Jeg blir irritert når jeg våkner om natta fordi jeg begynner å tenke, og problemer fortsetter å vokse. Det er på grunn av mørket tror jeg og fordi ingen kan stoppe mine tanker» (11, s. 45).

Ved aktiv lytting og god kommunikasjon og informasjon kan det skapes trygghet og følelse av kjente omgivelser hos mange pasienter, hvilket fremmer god søvn på en indirekte måte (7-9).

Bruk av farmakologiske legemidler kan være nyttig ved spesifikke tilfeller, men det argumenteres også for bruk av enkle strategier som sensorisk reduksjon som et kostnadseffektivt søvnfremmende tiltak som også reduserer forbruk av beroligende medisiner (8). Vi vil påpeke at langvarig bruk av sovemedisiner kan medføre ubehagelige bivirkninger



for pasienter, skape avhengighet og øke falltendens om natten. Dessuten ser effekten av hypnotika ut til å bli veldig liten etter et par ukers behandling (17).

Det finnes flere søvnfremmende faktorer. Fra resultatene vil vi fremheve noen av de mest effektive tiltakene indentifisert av pasientene selv, som søvnhygiene, kveldsmat før sengetid og begrensning av sønnavbrytning på grunn av rutiner og medisinerings på nattetid. I tillegg til det er vår erfaring at det å informere pasienter om nattevakts-rutiner kan gi pasienter trygghet og ro, noe som kan fremme søvn på en indirekte måte. Å være forberedt på hvordan det er å sove på sykehuset, gjennom for eksempel tidligere sykehusinnleggelse, kan virke søvnfremmende (10). Det kan være viktig for mange pasienter, og særlig eldre, å bevare sine hjemme-rutiner også ved sykehusinnleggelse. Enkle og små ting, som for eksempel det å ha sin egen tannbørste og tannkrem, kan bidra til å beholde rutine de er vant til og, dermed fremme bedre søvn (7). Men også enkle intervensjoner som å gi pasienter masker og øreplugger kan bedre pasientens søvn (14). I tillegg kan helsepersonell bli flinkere til å planlegge sitt arbeid gjennom natten for å tilby pasienter lengre sammen-

hengende perioder med søvn uten hyppige avbrutt på grunn av vanlig tilsyn, medisinerings eller måling av vitale tegn (7, 8). Allikevel, gitt kompleksiteten og betydningen av å sove, spesielt ved sykehusinnleggelse, er det mangel på forskning på søvnopplevelse til sykehuspasienter, inkludert virkningen av strategier for å fremme god søvn (19). For å behandle søvnforstyrrelser hos eldre kan aktuelle ikke-medikamentelle tiltak være effektive og inkluderer først og fremst søvnrestriksjon, stimuluskontroll og økt lyseksponering (17). Det finnes fremdeles lite bevis på effektiviteten av andre ikke-medikamentelle intervensjoner (15). Dette indikerer behovet for videre forskning for å finne flere søvnfremmende tiltak i klinisk praksis.

Pasienters og sykepleieres perspektiver er ikke alltid sammenfallende, blant annet at kvaliteten på pasientens søvn rapportert av pasientene selv ikke stemmer med det som var oppfattet av sykepleiere (14). Dette viser behov for mer systematisk tilnærming for å evaluere søvnkvalitet til sykehuspasienter, selv om pasientene ofte selv rapporterer at de har sovet bra ved direkte forespørsel (11). Samtidig har sykepleiere en tendens til å undervurdere effekten av



Foto: Shutterstock

søvnforstyrrende faktorer på pasientens helse (13). Dette mener vi demonstrerer mangel på kunnskap om de mange og seriøse bivirkninger av søvnreduksjon. Dessverre erkjenner vi gjennom vår erfaring at søvnen ofte nedprioriteres sammenlignet med andre behandlings- og sykepleieoppgaver. Dessuten er det ofte slik at også pasienter selv ser på hjelp fra helsepersonell som først og fremst relatert til behandling i form av medisiner, hygiene, ernæring og mobilitet, og at helsepersonell identifiserer seg med denne rollen (10). Den naturlige konsekvensen blir at pasientens søvn regnes som noe hverdagslig og dermed ofte neglisjeres i en sykehuskontekst.

Mange sykepleiere er imidlertid oppmerksomme på søvnproblemer, men opplever at de mangler mulighetene for å jobbe effektivt med å fremme søvn fordi sykehusene ikke er organisert etter pasientens behov (7). En mulig forklaring kan være at kvelds- og nattevakt rutiner er mer tilpasset helsepersonellens oppgaver enn det å tilrettelegge for individuell tilpasset søvn for pasientene. På grunn av stor arbeidsmengde og høyt arbeidstempo har vi erfart at søvn neglisjeres og at konsekvenser av flere netter med dårlig søvn blir undervurdert. Vi gjengir en sykepleiers fortelling som beskriver med enkle ord dette problemet:

Jeg opplever at søvn ikke er et prioritert område. Vi vet at pasientene er her for tre til fem dager, så går de hjem og vi behandler de litt som - sov dårlig for tre til fem dager og da kan du sove når du blir utskrevet og kommer hjem [...]. Dette er måten søvnproblemer behandles i helsevesenet på (7, s.7).

Vi vil imidlertid påpeke, i tråd med forskning (19), at opprettholdelse av normal døgnrytme under sykehusinnleggelse kan forbedre pasientens helsetilstand og redusere lengden på oppholdet, samt forbedre den generelle oppfatning av sykehusopplevelsen. Derfor mener vi at sykepleiere må prioritere pasientens søvn og øke sin kunnskap om søvnforbedrende tiltak.

Konklusjon

Det er økende bevis på at farene som skyldes redusert søvnvarighet og dårligere søvnkvaliteten er like store som farer knyttet til kliniske hendelser som fall, infeksjoner og medisineringsfeil. Denne litteraturstudien viser at ved forebygging og planlegging, tilpassing av det kliniske miljøet, riktig bruk av medikamenter og omsorgssamtaler, kan et søvnfremmende sykehusmiljø opprettes for pasientene. ■

Referanser

1. Lee CY, Le Low, L. P. & Twinn, S. Understanding the sleep needs of older hospitalized patients: A review of the literature. *Contemporary nurse*. 2005;20(2):212-20.
2. LaReau R, Benson L, Watcharotone K, Manguba G. Examining the feasibility of implementing specific nursing interventions to promote sleep in hospitalized elderly patients. *Geriatric Nursing*. 2008;29(3):197-206.
3. Nagel CL, Markie MB, Richards KC, Taylor JL. Sleep promotion in hospitalized elders. *Medsurg Nursing*. 2003;12(5):279-90.
4. Aveyard H. *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2014.
5. Helsebiblioteket. PICO 2016 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>].
6. Helsebiblioteket. Sjekklister 2016 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>].
7. Gellerstedt L, Medin J, Karlsson MR. Patients' experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. *Journal of Research in Nursing*. 2014;19(3):176-88.
8. Salzmann Erikson M, Lagerqvist L, Pousette S. Keep calm and have a good night: nurses' strategies to promote inpatients' sleep in the hospital environment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016;30(2):356-64.
9. Honkavuo L. Nurses' Experiences of Supporting Sleep in Hospitals-A Hermeneutical Study. *International Journal of Caring Sciences*. 2018.
10. Kyte K, Natvig GK, Giske T. Stoisk omfordeling av søvn – en grounded theory studie om eldre pasienters opplevelse av søvn i medisinske sengeposter på sykehus. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2015(04):329-42.
11. Terp R, Bergholt, M. D., Harboe, G., Herning, M., Noiesen, E., Szöts, K., ... & Konradsen, H. To sleep or not to sleep during hospitalization. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2018;8(01).
12. Vincenzi B, Pearce K, Redding J, Brandonisio S, Tzou S, Meiusi E. Sleep in the hospitalized patient: nurse and patient perceptions. *MedSurg Nursing*. 2016;25(5):351.
13. Grossman MN, Anderson SL, Worku A, Marsack W, Desai N, Tuvilla A, et al. Awakenings? Patient and Hospital Staff Perceptions of Nighttime Disruptions and Their Effect on Patient Sleep. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2017;13(2):301.
14. Delaney LJ, Currie MJ, Huang H-CC, Lopez V, Van Haren F. «They can rest at home»: an observational study of patients' quality of sleep in an Australian hospital. *BMC health services research*. 2018;18(1):524.
15. Hellström A, Willman A. Promoting Sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence Based Nursing*. 2011;8(3):128-42.
16. Nygaard HA. Søvn og søvnforstyrrelser hos eldre. In: Bondevik M, Nygaard HA, editors. *Tverrfaglig geriatri*. 3 ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
17. Bjorvatn B, Fetveit A. Søvnproblemer blant eldre. *Norsk epidemiologi*. 2012;22(2).
18. Blytt KM, Bjorvatn B, Husebo B, Flo E. Effects of pain treatment on sleep in nursing home patients with dementia and depression: A multicenter placebo controlled randomized clinical trial. *International journal of geriatric psychiatry*. 2018;33(4):663-70.
19. Hultman T, Coakley AB, Annesse CD, Bouvier S. Exploring the sleep experience of hospitalized adult patients. *Creative nursing*. 2012;18(3):135-9.



Sondenæring med innhold av ekte råvarer, klar til bruk*

Inneholder fiber både fra frukt og grønnsaker*

Fire proteinkilder: Kyllingkjøtt*, melkeprotein, grønne bønner og erter*

I mage- og tarmkanalen er det en variert mikrobiota som trives med en variert kost med høyt fiberinnhold fra frukt og grønnsaker.¹ Sondenæring som inneholder ekte mat, eller ingredienser fra ekte mat, har vist seg å være bra både for magen og matopplevelsen.^{2,3}

Isosource® Mix er en sondenæring som inneholder ekte råvarer som kylling*, erter*, bønner*, ferskenpuré og appelsinjuice*. Disse til sammen bidrar til et næringsinnhold som magen og tarmen trives med!



EKTE MAT EKTE OMTANKE

Næringsmiddel til spesielle medisinske formål. For kostbehandling av pasienter med, eller risiko for, underernæring. Skal bare brukes under medisinsk tilsyn.

Ref: 1. Mark L. Heiman & Frank L. Greenway, A healthy gastrointestinal microbiome is dependent on dietary diversity. *Molecular Metabolism* 2016;317-320. **2.** Hurt RT, et al., Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract.* 2015;30(6):824-829. **3.** Samela K, et al., Transition to a Tube Feeding Formula With Real Food Ingredients in Pediatric Patients With Intestinal Failure. *Nutr Clin Pract.* 2017;32(2):277-281.

*Rehydrert kyllingkjøtt og rehydrerte grønnsaker samt juice fra konsentrat.

[Informasjon til helsepersonell.](http://www.nestlehealthscience.no)
www.nestlehealthscience.no

 Nestlé
HealthScience



Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus

Delirium kjennetegnes ved en akutt endring i oppmerksomhet, bevissthet og kognisjon som et resultat av fysiologiske endringer slik som skader, kirurgi eller sykdom [1].

Innledning

Opptil 50% av eldre mennesker over 65 år innlagt på sykehus, rammes av delirium i løpet av et sykehusopphold. Konsekvensene av delirium er store både for individet, men også for samfunnet [2, 3]. Utvikling av delirium er assosiert med økt risiko for dødelighet, demenssykdom og innleggelse på institusjon [4]. I et samfunnsperspektiv innebærer en høy forekomst av delirium en betydelig økonomisk byrde, blant annet i form av lengre sykehusopphold og økt risiko for innleggelse på institusjon [3-5]. Sammenlagt er konsekvensene av delirium alvorlige, og kan i følge Watne og Wyller [6] anses som et folkehelseproblem. Likevel blir delirium ofte oversett av helsepersonell ved at lidelsen ikke blir identifisert og dermed blir ikke pasientene diagnostisert [3]. Manglende identifisering og diagnostisering kan henge sammen med utilstrekkelige kunnskaper om delirium blant helsepersonell, og at diagnosen lett forveksles med demens i en klinisk hverdag [7]. En

studie viser at enkelte sykepleiere ikke ser på kartlegging av pasientens kognitive status, og dermed identifisering av delirium, som en del av sin rolle som sykepleier [8]. Sykepleiere har imidlertid en sentral rolle i arbeidet med å identifisere delirium siden de tilbringer mye tid inne hos pasientene og foretar kontinuerlige observasjoner av pasientens kognitive tilstand [9]. Ved symptomer og mistanke om delirium skal underliggende årsak utredes og behandling iverksettes etter Helsedirektoratet nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre [10]. Implementering av nasjonale faglige råd i klinisk praksis krever at sykepleier har kunnskap om delirium, og hvilke symptomer de skal observere. Bruk av instrumenter som Confusion Assessment Method (CAM) eller 4 A's Test (4AT) vil strukturere sykepleiernes observasjoner, og kan styrke deres evne til å identifisere delirium på et tidlig tidspunkt [11, 12]. Hensikten med denne artikkelen er å belyse og drøfte sykepleiers rolle i identifisering av delirium,

FAKTA

Førsteforfatter og kontaktperson:
Guro Kirkholt Melhus
Sykepleier, Diakonhjemmet sykehus, mail: guro.kirkholt.melhus@gmail.com tlf: 904 19 622

Medforfatter:
Ellisiv Lærsum-Onsager
Sykepleier, førsteamanuensis, phd. Lovisenberg diakonale høgskole

Sammendrag

Hensikten med denne artikkelen er å sette søkelys på sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Identifisering av delirium er en sentral sykepleieroppgave, likevel indikerer flere studier at sykepleiere i liten grad følger opp dette ansvaret. Det foreligger ulike instrumenter som kan benyttes til å identifisere delirium, blant annet Confusion Assessment Method (CAM) og 4 A's Test (4AT). Valg av instrument må styres av den kliniske situasjonen og ressurser til opplæring på den enkelte avdelingen. Sykepleierutdanningen kan styrke sykepleierstudenters teoretiske kunnskap om delirium og den rollen sykepleier har i identifiseringen av delirium.

Nøkkelord: delirium, sykepleier, identifisering, CAM, 4AT.

Abstract:

The objective of this article is to highlight the role of nurses in identification of delirium in hospitalized elderly patients. Identification of delirium is a central task for registered nurses, yet multiple studies indicate that this responsibility is largely neglected. There are several instruments that can be employed to identify delirium, such as Confusion Assessment Method (CAM), and the 4 A's Test (4AT). In a clinical setting, available resources and the patients' medical situation should be considered when choosing a specific instrument. To improve theoretical knowledge about delirium, and how to identify it need to be emphasized in training of nursing students.

Keywords: delirium, nurse, identification, CAM, 4AT.



hos eldre pasienter innlagt på sykehus, med vekt på bruk av instrumentene CAM og 4AT.

Årsaker til delirium

Delirium er ingen enkeltstående sykdom, men et symptomkompleks med en underliggende årsak [3]. Det er vanlig å skille mellom predisponerende og utløsende faktorer for delirium (se tabell 1).

Ofte kan utviklingen av delirium skyldes en kombinasjon av at pasienten innehar predisponerende faktorer og utsettes for en eller flere utløsende fakto-

Hyperaktivt og hypoaktivt delirium

Delirium diagnostiseres etter kriteriene i DSM-5 (se tabell 2), og kan kort oppsummeres med at pasienten har en forstyrrelse i oppmerksomhet, bevissthet og kognisjon som utvikles over kort tid [14]. Forstyrrelsene har ingen annen forklaring, og undersøkelser og sykehistorie gir ikke holdepunkter for at forstyrrelsene er en konsekvens av annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens [7]. Videre kan delirium klassifiseres som hyperaktivt, hypoaktivt eller blandet, avhengig av pasientens endringer i psykomotoriske tempo og symptombilde [3]. Symptomene kan vekse gjennom døgnet, og endringene kan skje over noen minutter eller langsommere over flere timer. Hyperaktivt delirium gir høyt psykomotorisk tempo. Pasienten kan oppleves som agitert, motorisk urolig, ofte vandrende, preget av raske inadekvate tankeprang og med paranoide hallusinasjoner [7]. I motsetning til den hyperaktive formen har pasienter med hypoaktivt delirium et lavt psykomotorisk tempo. Typiske tegn hos pasienten er sløvhets, nedsatt reaksjonsevne og apati [2]. Denne formen for delirium blir også kalt stille delirium og blir ofte identifisert for sent. Pasienter med hypoaktivt delirium skaper «lite bryderi» i avdelingen og ligger ofte stille og rolig i sengen, og krever mindre oppmerksomhet fra sykepleierne [8]. Selv om hypoaktivt delirium

«Hyperaktivt delirium gir høyt psykomotorisk tempo.»

rer [7]. Styrken på den ytre belastningen og den utløsende hendelsen som skal til for å utvikle delirium står i nær sammenheng med pasientens sårbarhet. En person med høy sårbarhet har lite reservkapasitet og det kreves kun en minimal ytre påkjenning, som for eksempel innleggelse av kateter, for å utløse delirium hos disse pasientene. Samtidig vil en robust pasient være bedre rustet og tåle ytre påkjenning uten å utvikle delirium [13].

TABELL 1: Eksempler på predisponerende- og utløsende faktorer for delirium [3].

Predisponerende faktorer	Utløsende faktorer
Høy alder (over 75 år) Demens Sansesvikt Bruk av legemidler med kognitive bivirkninger Underernæring Komorbiditet Alkoholmisbruk	Akutt sykdom og traume Kirurgisk inngrep f.eks. ved hoftebrudd Infeksjonssykdommer Polyfarmasi Bruk av urinkateter

TABELL 2: – Diagnostiske kriterier for delirium etter DSM-5 [14].

A	Forstyrrelse i oppmerksomhet (reduert evne til å rette, fokusere, opprettholde og flytte oppmerksomhet) og bevissthet (reduert orientering om miljøet omkring)
B	Forstyrrelsene utvikles i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), er en endring fra personens vanlige oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i alvorlighetsgrad gjennom døgnet
C	Forstyrrelse i kognisjon (for eksempel forstyrret hukommelse, orientering, språk, visuospatial evne eller persepsjon)
D	Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en annen nevrokognitiv lidelse som allerede er etablert, eller som er under utvikling, og de forekommer ikke i sammenheng med en alvorlig bevissthetsnedsettelse som koma
E	Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratorieundersøkelser for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens (for eksempel av rusmidler eller legemidler), annen toksisk påvirkning eller har flere slike årsaker



Foto: iStock

kan være vanskelig å identifisere har denne formen minst like alvorlig prognose som den hyperaktive typen med tanke på dødelighet og senere redusert funksjonsnedsettelse [15].

Identifisering av delirium

National institute for Health and Care Excellence (NICE) har utviklet kliniske retningslinjer for forebygging, diagnostisering og behandling av delirium [11]. Det fremheves at alle pasienter som er 65 år eller eldre, har kognitiv svikt og/eller demens, hoftebrudd eller alvorlig sykdom, som innleggelsesårsak, er i risiko for delirium. Den første risikovurderingen bør derfor omhandle om pasienten oppfyller noen av de gitte risikofaktorene. Videre anbefales en nærmere klinisk vurdering av pasienten [11]. Diagnostisering etter kriteriene i DSM-5 gjøres av lege, men sykepleiere har ansvar for observasjon og vurdering. Det er utviklet en rekke instrumenter for å identifisere pasienter med økt risiko for å utvikle delirium. De og Wand [12] har i et systematiske review identifisert og vurdert bruken av 21 ulike instrumenter.

I denne artikkelen vil særlig instrumentene CAM og 4AT utdypes, siden de er validerte og oversatt til norsk og derfor kan benyttes i praksis [1].

Confusion Assessment Method (CAM)

Internasjonalt er CAM det mest brukte instrumentet for å identifisere delirium [12]. Itemene i CAM er direkte relatert til de diagnostiske kriteriene for delirium som nevnt i tabell 2 [14]. Verktøyet består av fire vurderingskriterier; akutt debut og fluktuerende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå [16], som er nærmere presentert i tabell 3.

Pasienten skåres ved at sykepleieren svarer ja eller nei på spørsmålene i de fire vurderingskriteriumene. Hvis pasienten oppfyller kriterium 1 (akutt debut og fluktuerende forløp) og kriterium 2 (uoppmerksomhet), samt kriterium 3 (desorganisert tankegang) eller kriterium 4 (endret bevissthetsnivå) så er det sannsynlig at pasienten har delirium. Pasienter som skåres til «våken» under vurderingskriterium 4 vil vurderes til å være i en normal tilstand, og det er





derfor kun de øvrige punktene (oppspilt, somnolent, stuporøs og komatøs) som vil lede til mistanke om delirium under vurderingskriterium 4 [16].

4 A's Test (4AT)

4AT er et relativt nytt instrument for identifisering av symptomer på delirium og kognitiv svikt. Det er enkelt i bruk og beskrives som et godt verktøy for å identifisere delirium hos pasienter med en allerede kjent demensdiagnose [12]. Instrumentet består av fire vurderingskriterier; årvåkenhet, mental vurdering (AMT4), oppmerksomhet og akutt endring eller fluktusjon (se tabell 4)

Poengene summeres opp på en skala fra 0-12 poeng. Ved skår 0 er delirium eller alvorlig kogni-

tiv svikt lite sannsynlig, men mer detaljert testing kan være påkrevd avhengig av pasientens kliniske tilstand. En poengsum mellom 1-3 indikerer mulig kognitiv svikt. En totalskår på 4 eller mer antyder mulig delirium. 4AT er imidlertid ikke en diagnostisk test som med sikkerhet kan stille diagnosen [17].

Valg av instrument i klinisk praksis

Det er ingen felles retningslinje for utredning av delirium i norske sykehus i dag, derfor varierer det hva som er etablert praksis i de ulike sykehusene og hvilke instrumenter som benyttes i kartleggingen av delirium. Bruk av et validert instrument styrker systematiske observasjoner for å finne potensielle sykdomsindikatorer på et tidlig tidspunkt [11]. Doku-

TABELL 3: – Vurderingskriterier i CAM [16].

1	Akutt debut og fluktuerende forløp: Er det en akutt endring i pasientens mentale tilstand fra normalt tilstand (baseline)? Vekslet den unormale atferden i løpet av døgnet?
2	Oppmerksomhet: Har pasienten problemer med å holde oppmerksomheten for eksempel lett distraheret eller problemer med å få med seg det som blir sagt?
3	Desorganisert tankegang: Har pasienten desorganisert eller usammenhengende tankegang med for eksempel uklare eller ulogiske tankerekker eller uforutsigbar endring fra tema til tema?
4	Endret bevissthetsnivå: Hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå? - våken (normal) - oppspilt (anspent) - somnolent (søvnig, lett å vekke) - stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke) - komatøs (umulig å vekke)

TABELL 4:– Vurderingskriterier i 4AT [17].

1	Årvåkenhet: - Normal: helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse (skår 0) - Lett søvnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal (skår 0) - Tydelig unormal: pasienten virker tydelig døsig eller motorisk urolig/hyperaktiv (skår 4)
2	AMT4 (forkortet mental vurdering): Spør pasienten om alder, fødselsdag, sted og årstall - Ingen feil (skår 0) - 1 feil (skår 1) - 2 eller flere feil eller ikke testbar (skår 2)
3	Oppmerksomhet: Spør pasienten om å nevne årets måneder i baklengs rekkefølge fra desember - Oppgir 7 måneder eller flere korrekt (skår 0) - Begynner, men klarer <7 måneder/avslår å begynne (skår 1) - Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom) (skår 2)
4	Akutt endring eller fluktusjon: Har pasienten betydelige endringer eller fluktusjon knyttet til årvåkenhet, kognisjon eller annen mental funksjon (for eksempel paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer - Nei (skår 0) - Ja (skår 4)



mentasjonen etter systematisk observasjon vil trolig også styrke en presis kommunikasjon med annet helsepersonell i det tverrfaglige teamet som igjen vil sikre helhetlig pleie og behandling av pasienten. Likevel viser studien til Wong et al. [18] at enkelte sykepleiere anser bruk av instrumenter i identifisering av delirium som overflødig, og mener at et instrument ikke gir bedre kartlegging enn vanlig rutinemessige observasjoner. Sykepleierne rapporterte at de i større grad ønsket å dokumentere observasjonene av pasientens tilstand på en mer beskrivende måte, enn det instrumentene legger til rette for. Vi kan dermed anta at det foreligger stor variasjon i hva som dokumenteres og følgelig hva som følges opp. Det foreligger mange ulike instrumenter og det kan være vanskelig å enes om hvilket verktøy som bør benyttes [12]. Valg av instrument styres av flere faktorer, slik som setting, tidsbruk og kunnskapsnivå. De ulike instrumentene varierer med tanke på behov for trening og opplæring før bruk og antall elementer og tid det tar å gjennomføre [12]. CAM er det hyppigst brukte instrumentet i klinisk praksis, men det krever relativt mye opplæring. Blant annet har en del studier indikert at sykepleiere benytter CAM feil og på den måten blir validiteten

og reliabiliteten til instrumentet redusert [19]. 4AT krever ingen fysisk respons for å gi pasienten en skår og er dermed godt egnet instrument å benytte hos

«Demens og delirium har flere likehetstrekk som gjør det vanskelig å skille diagnosene i en klinisk situasjon»

pasienter med hypoaktive symptomer og redusert bevissthet [12]. Pasienten vil i disse tilfellene bli skåret som ikke testbar under vurderingskriteriet for AMT4 og oppmerksomhet (se tabell 4) hvis pasienten ikke evner å besvare disse kriteriene [20]. Demens og delirium har flere likehetstrekk som gjør det vanskelig å skille diagnosene i en klinisk situasjon [21]. Identifisering av delirium hos pasienter med en demenssykdom kan derfor være utfordrende [8], men 4AT er imidlertid et godt instrument å benytte hos pasienter med en demenssykdom [20].



Tid og opplæring i bruk av instrumentene

Høyt tidspres i dagens helsevesen og manglende rutiner i avdelingen kan være et hinder for sykepleiere i å sette av tid til å gjøre systematisk kartlegging av pasienten for identifisering av delirium

«En annen utfordring er at helsepersonell trolig har manglende kunnskap om delirium.»

[22]. Andre sykepleieoppgaver kan bli ansett som viktigere, og identifisering av delirium kan bli nedprioritert [8]. Bruk av instrumentene CAM og 4AT er imidlertid relativt enkle i bruk. CAM tar mellom 5-7 minutter, mens 4AT tar 2-3 minutter å gjennomføre [12]. Likevel gjør mangelfull opplæring i bruk av instrumentene, og manglende implementering av instrumentene i praksis det vanskelig å bruke dem på en god måte for å identifisere delirium [8]. Mer trening på bruk av instrumenter, og ressurser til å implementere instrumentene i praksis er dermed viktige ledd for å styrke sykepleiernes mulighet til å identifisere delirium [18]. Implementering av instrumenter i praksis uten et system med gode strukturer kan hindre at instrumentene brukes på riktig måte [24]. Studiet til Sjøbø et al., [23] viser at instrumenter ikke blir benyttet i praksis, selv om de er tilgjengelig i avdelingen, på grunn av manglende kunnskaper om bruk av instrumentene. Bruk av CAM forutsetter trening og opplæring, og implementering av verktøyet i en avdeling uten et system for opplæring er ikke anbefalt [7]. 4AT krever derimot ingen spesiell trening for å benyttes [22].

En annen utfordring er at helsepersonell trolig har manglende kunnskap om delirium. På tross av tilstandens alvorlighetsgrad, indikerer flere studier at sykepleiere og leger ikke klarer å identifisere delirium hos mer enn halvparten av pasienter med delirium [3, 5, 8]. Dette kan tyde på at sykepleiere har for liten kunnskap om delirium, og kanskje spesielt den hypoaktive typen, og hvilke symptomer de skal se etter [8]. Mangelfull identifisering av delirium kan ha en sammenheng med helsepersonells forventninger til at den deliriske pasienten «skal» være urolig. Pasienter som har de karakteriske hyperaktive symptomene på delirium blir lettere

identifisert, enn pasienter som fremstår med et hypoaktivt symptombilde, uavhengig om pasienten oppfyller de diagnostiske kriteriene for delirium [6]. To studier viser at sykepleiere i mindre grad har tilstrekkelig kunnskap til å identifisere delirium hos pasienter med et hypoaktivt symptombilde [8, 22]. Den generelle forventningen blant sykepleiere kan se ut til å være at pasienter som har delirium skal fremstå urolig. I de diagnostiske kriteriene for delirium i DSM-5 fremkommer det imidlertid ikke et eget punkt som viser til at pasienten skal være urolig for å diagnostiseres med delirium [14]. Watne & Wyller [6] poengterer at pasienter som oppfattes urolige, aggressive og vanskelige å håndtere, men uten at de diagnostiske kriteriene for delirium er tilstede, har som oftest demensrelaterte atferdsforstyrrelser og ikke delirium.

Et sentralt tiltak for å fremme kunnskap om delirium, og systematisk observasjon av pasienten, kan være å styrke teoriundervisningen i sykepleierutdanningen om de ulike formene for delirium. Undervisningen bør inkludere bruk av systematiske instrumenter for å identifisere delirium. Gode teoretiske kunnskaper kan gjøre det enklere for studentene å arbeide systematisk med identifisering av delirium i praksisstudiene og trolig også som ferdigutdannede sykepleiere.

Oppsummering

Sykepleiere har en viktig og sentral rolle i identifiseringen av delirium, men litteraturen indikerer at det er nødvendig med mer kunnskap om lidelsen. Den norske befolkningen er aldrende og vi kan dermed anta at forekomsten av delirium ikke vil reduseres i de kommende årene. Identifisering ved hjelp av et instrument kan gjøre at sykepleiere har en mer systematisk tilnærming til identifisering av delirium hos den eldre pasienten, og kan kanskje gjøre det enklere å identifisere blant annet hypoaktivt delirium. Hvilket instrument som er best egnet må vurderes ut ifra setting, kunnskap- og opplæringsressurser i den enkelte avdeling. ■

Referanser

1. Evensen, S., et al., Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak. 2019; Available from: <https://tidsskriftet.no/2019/03/originalartikkel/delirium-og-kognitiv-svikt-blant-eldre-i-norske-akuttmottak> (downloaded: 13.10.2019)
2. Eide, L.S., et al., Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*, 2017. 105(7): p. 52-55. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2017/08/kjenn-tegnene-pa-delirium-hos-eldre> (downloaded: 13.10.2019)
3. Inouye, S.K., R.G. Westendorp, and J.S. Saczynski, Delirium in elderly people. *The Lancet*, 2014. 383(9920): p. 911-922. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613606881?via%3Dihub> (downloaded: 13.10.2019)
4. Witlox, J., et al., Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *Jama*, 2010. 304(4): p. 443-451. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/186304> (downloaded: 13.10.2019)
5. Young, J. and S.K. Inouye, Delirium in older people. *Bmj*, 2007. 334(7598): p. 842-846. Available from: <https://www.bmj.com/content/334/7598/842.long> (downloaded: 13.10.2019)
6. Watne, L.O. and T.B. Wyller, Delirium - framleis underdiagnostisert. *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*, 2018. Available from: <https://tidsskriftet.no/2018/03/leder/delirium-framleis-underdiagnostisert> (downloaded: 13.10.2019)
7. Wyller, T.B. *Geriatrí: en medisinsk lærebok*. 2011, Oslo: Gyldendal akademisk.
8. Coyle, M.A., P. Burns, and V. Traynor, Is it my job? The role of RNs in the assessment and identification of delirium in hospitalized older adults: An exploratory qualitative study. *Journal of gerontological nursing*, 2017. 43(4): p. 29-37. Available from: <https://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2017-4-43-4/%7B07e6bbb6-b057-4c26-ale8-8elb76743a04%7D/is-it-my-job-the-role-of-rns-in-the-assessment-and-identification-of-delirium-in-hospitalized-older-adults-an-exploratory-qualitative-study> (downloaded: 13.10.2019)
9. Inouye, S.K., et al., Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of internal medicine*, 2001. 161(20): p. 2467-2473. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/649403> (downloaded: 13.10.2019)
10. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd. Psykiske lidelser hos eldre. 2019; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre> (downloaded: 13.10.2019)
11. National Institute for Health and Care Excellence, Delirium: prevention, diagnosis and management. London, 2019. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103> (downloaded: 13.10.2019)
12. De, J. and A.P. Wand, Delirium screening: a systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *The Gerontologist*, 2015. 55(6): p. 1079-1099. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/6/1079/2605483> (downloaded: 13.10.2019)
13. Clegg, A., et al., Frailty in elderly people. *Lancet*, 2013. 381(9868): p. 752-62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612621679?via%3Dihub> (downloaded: 13.10.2019)
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).
15. Meagher, D.J., et al., A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *Journal of psychosomatic research*, 2011. 71(6): p. 395-403. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399911001693?via%3Dihub> (downloaded: 13.10.2019)
16. Inouye, S.K., et al., Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*, 1990. 113(12): p. 941-948. Available from: <https://annals.org/aim/article-abstract/704335/clarifying-confusion-confusion-assessment-method-new-method-detection-delirium?volume=113&issue=12&page=941> (downloaded: 13.10.2019)
17. Berg, G.V., et al., Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien*, 2016. 104(3): p. 52-53. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/delirium-screening> (downloaded: 13.10.2019)
18. Wong, E.K.-C., et al., Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study. *Age and ageing*, 2018. 47(6): p. 880-886. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/47/6/880/5059686?redirectedFrom=fulltext> (downloaded: 13.10.2019)
19. Rolfson, D.B., et al., Validity of the confusion assessment method in detecting postoperative delirium in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 1999. 11(4): p. 431-438. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/validity-of-the-confusion-assessment-method-in-detecting-postoperative-delirium-in-the-elderly/6C24EF4E83B9EC25B7DEE56E0BD57ACE> (downloaded: 13.10.2019)
20. Bellelli, G., et al., Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and ageing*, 2014. 43(4): p. 496-502. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article/43/4/496/2812210> (downloaded: 13.10.2019)
21. Downing, L.J., T.V. Caprio, and J.M. Lyness, Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's-delirium, dementia, and depression. *Current psychiatry reports*, 2013. 15(6): p. 365. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs1920-013-0365-4> (downloaded: 13.10.2019)
22. Flagg, B., et al., Nursing identification of delirium. *Clinical nurse specialist*, 2010. 24(5): p. 260-266. Available from: https://journals.lww.com/cns-journal/fulltext/2010/09000/Nursing_Identification_of_Delirium.8.aspx (downloaded: 13.10.2019)
23. Sjøbø, B., B. Graverholt, and G. Jamtvedt, Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien forskning*, 2012. 7(4): p. 358-368. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2012/11/kunnskapsbasert-vurdering-av-delirium-hos-intensivpasienten> (downloaded: 13.10.2019)
24. Løvsletten, M., Fagutvikling i praksis. *Sykepleien*, 2013. 101(2): p. 47-49. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2013/01/fagutvikling-i-praksis> (downloaded: 13.10.2019)

Sykepleieres erfaringer med å informere beboere i sykehjem om deres juridiske rettigheter og endringer i deres medisinerings

En rapport over pasientrettigheter i 30 europeiske land påpeker at de fleste land har lovverk som gir pasienter rett til helsehjelp og rett på informasjon om deres helse og behandlingstilbud (1).

Introduksjon

Norsk lovverk gir pasienter rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen og om mulige risikoer forbundet med helsehjelpen (2). Helsepersonell har plikt til å gi denne informasjonen (3). Beboerne i sykehjem har ofte høy alder, sammensatte sykdomstilstander inkludert demens og bruker flere legemidler (4). Økt forekomst av skrøpelig og det komplekse sykdomsbildet kan gjøre informasjonsplikten vanskelig å gjennomføre for helsepersonalet.

Studier viser at håndheving av lovverket er en utfordring og at manglende kunnskap hos helsepersonell hindrer etterfølgelse av de lovpålagte pasientrettighetene (1). En studie viste at sykepleiere og leger anså det å ha kunnskap om pasientens juridiske rettigheter som viktig i sin yrkesutøvelse, men halvparten opplevde at de hadde lite kunnskap om lovgivningen knyttet til pasientrettigheter, blant annet om pasientenes rett til informasjon. De erfarte å ha mest kunnskap om retten til nødvendig helsehjelp og selvbestemmelse (5).

Noe av den samme utfordringen gjelder også informasjon til pasienter om deres medisinerings. En studie viste at sykepleiere i kommunehelsetjenesten i varierende grad ga informasjon om legemidler til pasientene (6), og en oversiktsartikkel rapporterte at kun halvparten av pasientene har kunnskap om hva medisinerings er for (7).

En tidligere studie som omhandler kvalitet i helse-tjenesten på sykehjem fra pasientens perspektiv (8) avdekket forbedringspotensial på punktene behovet

for sosial kontakt (9) samt informasjon om juridiske rettigheter og endringer i medisinerings. Som en følge av resultatene i den tidligere studien ble det gjennomført en 12 måneders intervensjonsstudie for å øke kvaliteten på helsetjenesten ved et sykehjem på Østlandet (10). Fokus i denne artikkelen er sykepleiernes erfaringer med intervensjonene informasjon til beboerne om juridiske rettigheter og informasjon ved endringer i medisinerings.

Hensikt

Hensikten med studien var å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med å informere beboere i sykehjem om deres juridiske rettigheter og endringer i deres medisinerings.

Metode

Det ble utarbeidet en veiledende pleieplan for hver av intervensjonene. Informasjon om generelle juridiske rettigheter skulle gis beboeren i løpet av den første uken personen bodde på sykehjemmet. Deretter skulle informasjonen gientas etter tre måneder for de som hadde langtids plass og ved tredje opphold for de som hadde rullerende avlastningsplass. Pårørende kunne delta i informasjonssamtalen der dette var avklart med beboeren, eller der pårørende talte på vegne av beboeren. Informasjon om endringer i ordinasjon av medikamenter skulle gis første gang beboeren mottok medikamentet etter endringen.

Før intervensjonsperioden startet, gjennomførte forskerne tre informasjonsmøter og et arbeidsseminar på sykehjemmet hvor hensikten var at personalet

FAKTA

Av Ann Karin Helgesen (kontaktperson)
Førsteamanuensis/PhD, Høgskolen i Østfold, avdeling Helse og Velferd. Geriatrisk sykepleier med PhD i sykepleievitenskap. ann.k.helgesen@hiof.no +47 416 44 245

Liv Berit Fagerli
Førstelektor, Høgskolen i Østfold, avdeling Helse og Velferd. Sykepleier. liv.b.fagerli@hiof.no

Vigdis Abrahamsen Grøndahl
Professor/PhD, Høgskolen i Østfold, avdeling Helse og Velferd. Sykepleier med PhD i sykepleievitenskap. vigdis.a.grondahl@hiof.no



Foto Shutterstock

Sammendrag:

Introduksjon: De fleste europeiske land har lovverk som gir pasienter rett på informasjon om deres helse og behandlingstilbud. Helsepersonell har plikt til å gi denne informasjonen. Økt forekomst av skrøpelighet og et komplekst sykdomsbilde hos beboere på sykehjem kan gjøre det vanskelig å gjennomføre informasjonsplikten.

Hensikt: Å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med å informere beboere i sykehjem om deres juridiske rettigheter og endringer i deres medisiner.

Metode: Det ble gjennomført en intervjuundersøkelse over 12 måneder på et sykehjem. En kvalitativ intervjuundersøkelse ble utført for å undersøke sykepleieres erfaringer med å gjennomføre intervjuene. Fem sykepleiere ble intervjuet. Data ble analysert med innholdsanalyse. Norsk Senter for forskningsdata (NSD) har tilrådd studien.

Resultat: Sykepleierens kompetanse og arbeidssituasjon har innvirkning på informasjon som gis til beboerne i sykehjem om deres juridiske rettigheter og medisiner. Det er avgjørende at informasjonen tilpasses den enkelte beboers ønske og evne til å ta imot informasjonen.

Konklusjon: Resultatene indikerer at det bør legges til rette for kompetanseheving knyttet til informasjon om juridiske rettigheter og medisiner samt hvordan tilpasses informasjon til de skrøpelige eldre med høy alder og ofte kognitiv svikt som bor på sykehjem. Informasjonen bør i første rekke tilpasses den enkeltes beboers ønske om å få informasjon og evne til å bearbeide denne.

Nøkkelord: Informasjon, juridiske rettigheter, medisiner, sykehjem, kvalitativ

Abstract:

Introduction: Most European countries have legislation that gives patients the right to information on their health and treatment. Healthcare professionals are obliged to provide this information. Nursinghome residents' increased frailty and their complex diagnoses can make it difficult to meet the obligation to provide information.

Aim: To gain knowledge about nurses' experiences of informing nursinghome residents about their legal rights and changes in their medication.

Method: An interventional study was performed in a nursing home over a period of 12 months. A qualitative interview study was carried out, to investigate nurses' experiences of implementing the intervention. Five nurses were interviewed. Data was analysed using content analysis. The Norwegian Centre for Research Data (NSD) approved the study.

Results: Nurses' skills and work situation have an effect on the information given to nursinghome residents about their legal rights and medication. It is crucial that the information be adapted to individual residents' wishes and their ability to take it on board.

Conclusion: The results indicate that one should put in place skills development related to information on legal rights and medication, as well as how to adapt the information to frail, older nursinghome residents, who often suffer from cognitive impairment. The information must primarily be adapted to individual residents' desire to receive information and their ability to process it.

Keywords: information, legal rights, medication, nursing home, qualitative



skulle bli fortrolige med prosjektet. I løpet av de tolv månedene intervensjonsstudien ble gjennomført, besøkte en av forskerne avdelingene på sykehjemmet hver fjortende dag for å fange opp og diskutere eventuelle utfordringer med gjennomføringen.

Umiddelbart etter at intervensjonsperioden var avsluttet, ble det gjennomført en intervjustudie for å undersøke sykepleiernes erfaringer med å gjennomføre intervensjonene.

Informanter

Det ble innhentet tillatelse til gjennomføring av studien fra virksomhetsleder og avdelingssykepleierne ved sykehjemmet. Avdelingssykepleierne videreformidlet muntlig og skriftlig informasjon om studien til sykepleierne som skulle gjennomføre intervensjonene. Avdelingssykepleierne ble også forespurt om deltakelse. Til sammen fem sykepleiere/avdelings-sykepleiere ga sitt skriftlige samtykke til å delta i intervjustudien.

Datainnsamling

Data ble innsamlet i 2016 i form av to individuelle intervjuer og ett gruppeintervju. Intervjuerne benyttet en temaguide med spørsmål for å få fram positive og utfordrende erfaringer ved innføringen og gjennomføringen av intervensjonene.

De individuelle intervjuene ble utført av første forfatter, og gruppeintervjuet ble gjennomført av andre og siste forfatter sammen. Alle tre intervjuene foregikk i et egnet rom på sykehjemmet. Intervjuene varte mellom 45 og 70 minutter og foregikk uten forstyrrende avbrutelser. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som ble transkribert umiddelbart.

Data analyse

Dataanalysen ble gjennomført i tråd med Hsien og Shannons konvensjonelle innholdsanalyse (11). Først ble intervjuene lest for å få et helhetsinntrykk av innholdet. De ble så lest på nytt og innholdet ble kodet ved å gi meningsbærende ord og utsagn en fargekode. Ord og meningsbærende utsagn som hadde likheter fikk samme fargekode, og kategorier ble utviklet. For å finne en dypere mening ble intervjuene gjennomgått flere ganger. Direkte utdrag fra intervjuene ble skrevet ned under kategoriene. Sita-ter som ble valgt, skal illustrere den enkelte kategori og bidra til å underbygge troverdigheten av funnene. Andreforfatter var hovedansvarlig for analysen. Alle forfatterne drøftet koder og kategorier underveis i

analyseprosessen, og kom fram til enighet om innholdet i datamaterialet (11).

Etiske overveielser

Personvernombudet for forskning, Norsk Senter for forskningsdata (NSD) har tilrådd studien (ref.nr. 40549). Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sør-øst (ref.nr. 2014/1530) vurderte at studien ikke måtte meldes dit. Informantene ble skriftlig og muntlig informert om studiens hensikt og innhold, og ga sitt skriftlige samtykke til å delta. Informantene ble informert om at deres konfidensialitet ville bli ivaretatt, og at de på et hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra studien uten at dette ville gi konsekvenser for dem.

Resultat

Følgende to kategorier ble utviklet fra datamaterialet: Sykepleierens kompetanse og arbeidssituasjon og Informasjonen må tilpasses den enkelte beboer.

«Informantene beskriver at de har begrenset kompetanse om juridiske rettigheter.»

Sykepleierens kompetanse og arbeidssituasjon

Data viser at informasjonsutvekslingen mellom sykepleierne og beboerne er knyttet til sykepleiernes kompetanse og deres arbeidssituasjon. Informantene beskriver at de har begrenset kompetanse om juridiske rettigheter. Å få mulighet til delta på kurs fremheves som viktig, da det å lese om lovverket på egenhånd ikke var tilstrekkelig. En informant beskriver at deltakelse i prosjektet i seg selv har ført til økt kompetanse, hvilket har gjort det lettere å formidle informasjonen på en forenklet måte til beboerne.

«Og så etter hvert forsto jeg jo litt... Men det er klart, vi har visst lite om det. Det er jo ingen tvil om det.»

Informantene beskriver at de juridiske rettighetene varierer ut fra om beboeren har korttids- eller langtidsplass, rullerende- eller avlastningsplass, og at det er mye å skulle ha kunnskap om.

«Og så har jo jeg et problem, jeg har korttid, avlast-



Foto: iStock

ning og langtidsplasser, og der er jo reglene forskjellige.»

Arbeidssituasjonen påvirket når, hvor og hvordan informantene informerte om de juridiske rettighetene. Høyt arbeidspress og dårlig tid kunne medføre at informantene utsatte eller forkortet tiden til informasjonen.

«Det er en utfordring å rekke alt og holde styr på alle.»

Det beskrives samtidig at beboerne ikke alltid var så interessert i informasjonen. Noen mistet interessen i løpet av selve samtalen.

Data avdekker flere utfordringer knyttet til informasjon om endringer i beboerens legemidler. Når ordinasjonskort ikke er oppdatert, eller at pårørende har ordnet med medisinene hjemme og dette ikke stemmer med annen informasjon, blir det vanskelig. Det fremkommer delte oppfatninger om det er en legeoppgave eller også en sykepleieroppgave å skulle informere om endringer i medisinerings.

«Jeg synes ikke det er vår oppgave, for det er så mye vi ikke kan svare på.»

Kontakten informanten har med beboeren og graden av tillit som er opparbeidet har betydning for om informasjonen om juridiske rettigheter og medikamenter når fram til beboeren. Sykepleierens

tålmodighet ble også beskrevet som viktig.

«... jeg tenker på det her med tålmodighet, at man heller får gå tilbake etterpå. Det kan jo være sånn på grunn av kognitiv svikt, så har de glemt det en stund, så kan jeg prøve på nytt igjen.»

Informantene beskriver at sykepleieres erfaring er av betydning, spesielt når beboere med kognitiv svikt skal informeres.

«Jeg har jo vært i yrket i så mange år så jeg vet på en måte hva vi kan prate om.»

Informasjonen må tilpasses den enkelte beboer

Data viser at informasjonen om juridiske rettigheter og endringer i medisineringsen må tilpasses den enkelte beboers ønske og evne til å ta imot informasjonen. Informantene beskriver at de forsøker å være fleksible på hvor og hvordan de informerer. Noen ganger begrenser de hva det informeres om, eller de velger å ikke informere, med begrunnelse at beboerne har høy alder, og/eller at mange av dem har kognitiv svikt og ikke kan forstå informasjonen.

«Du kan ikke begynne å forklare en på 95 år hvorfor de får en hjertetablett. Det er de ikke med på.»

Informantene beskriver både positive og negative reaksjoner fra beboerne på informasjonen.



«Jeg valgte å ikke ha den siste samtalen med en mann som har plass her, for sist gang når vi hadde pratet, så ble han litt oppstresset etterpå.»

« Pårørende stiller ofte flere spørsmål enn beboerne selv. »

Informantene beskriver de uformelle samtaler med beboere som kommer med uanmeldte spørsmål vedrørende juridiske rettigheter som de mest vellykkede.

«Men har de mange spørsmål om prøver og hva legen har sagt, da blir det en naturlig sak at, altså, du har jo rett til å lese din journal, eller vil du at jeg leser, eller at jeg forteller hva som står i journalen? Hva legen har skrevet? Da kan vi gjøre det.»

Tidlig i prosjektperioden forsøkte de å gjennomføre informasjonen på en systematisk måte, men det opplevdes unaturlig å informere om disse rettighetene uten at det kom spørsmål fra beboerne. Informantene formidler et inntrykk av at juridiske rettigheter er noe fjernt for den eldre generasjonen som er vokst opp med å skulle være fornøyd med det man fikk. De beskriver at beboerne ikke er spe-

sielt opptatt av, eller ser nytten av informasjon om juridiske rettigheter. Informantene omtaler juridiske rettigheter som et stort begrep, men at det i realiteten begrenser seg til beboerens spørsmål om praktiske forhold vedrørende oppholdet og om sin rett til å være på sykehjemmet.

«Pasientene er ofte ikke så veldig opptatt av sine juridiske rettigheter. De er mest opptatt av hva de må betale, at de har plass, og hva de får hjelp til, hvor ofte det er lege her.»

Informantene forteller at beboere uten kognitiv svikt og noen pårørende oftere ønsker informasjon om juridiske rettigheter. Pårørende stiller ofte flere spørsmål enn beboerne selv. Et informasjonshefte om juridiske rettigheter er gitt beboere og pårørende.

Dataene viser at informantene tilpasser informasjonen om endringer i ordinasjon av medikamenter ut fra beboerens dagsform, deres eget forhold til beboer, og selve konteksten.

«Vet du hva, det er så forskjellig fra dag til dag og fra pasient til pasient. Og så kommer det helt an på hvilken kontakt du har med pasienten. Altså, hvilken tillit du har klart å skaffe... Situasjonen rundt omkring, og stress rundt omkring. Er det besøk, er det mat, er de sultne eller har de sovet dårlig eller, det er jo masse. De er jo like forskjellig som vi er.»

Informantene informerer beboerne i hovedsak muntlig om endringer i medisineringen. I sjeldne tilfeller er informasjonen gitt skriftlig eller ved hjelp av bilder. Ved større endringer i ordinasjon av medikamenter er det legen som informerer beboerne. Informantene beskriver at de følger opp hvorvidt beboeren har forstått legens informasjon, og forenkler informasjonen.

Man sier det på en måte som er på deres nivå. Du kan ikke fortelle, ja, nå får du Furix, fordi du har så mye vann i kroppen. Det sier man ikke, de forstår det ikke. Men man kan si at nå får du en tablett til, og den kan hjelpe deg å puste.»

Informantene beskriver at informasjon om endringer i medisinerings stort sett gis samme dag som endringen er ordinert. Informasjonen blir fortrinnsvis gitt på beboerens rom, men også i fellesarealene.

Data viser at informantene kun benytter den veiledende pleieplanen ved informasjon om beboernes juridiske rettigheter.

Diskusjon

Denne studien avdekker at sykepleiernes kompetanse og arbeidssituasjon har innvirkning på informasjon som gis til beboerne i sykehjem om deres juridiske rettigheter og medisinerings. Det er avgjørende at informasjonen tilpasses den enkelte beboers ønske og evne til å ta imot informasjonen.

Resultatene som viser at det gis begrenset med informasjon til beboerne, kan på den ene siden knyttes til sykepleiernes kompetanse. Informantene erfarte at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om lovverket, pasientenes juridiske rettigheter og legemidler, hvilket er i samsvar med tidligere studier (5, 6, 12, 13). Informantene forteller at det er mye å skulle ha kunnskap om, for eksempel om juridiske rettigheter som varierer ut fra type sykehjemsplass beboeren har fått tildelt. En studie beskriver at sykepleiere i sykehjem blir frustrerte når det forventes at de «skal vite allting» og påpeker at det er en vanskelig oppgave å tilfredsstille alle forventningene (14).

Det fremkommer delte oppfatninger hvorvidt det er en sykepleieroppgave å informere om endringer i medisinerings eller ikke. I norske sykehjem er det ikke til enhver tid lege til stede. Landsgjennomsnittet for legetimer per beboer i sykehjem per uke i 2017 var på 0,55 timer (15). Et godt samarbeid mellom lege og sykepleier med en avklaring om hvem som skal gjøre hva er viktig for å sikre best mulig

informasjon om legemiddelendringer til beboere på sykehjem.

Resultatene tyder også på at stort arbeidspress og mangel på tid er medvirkende årsaker til at informantene utsetter eller avkorter tiden til informasjon til beboerne. Høy grad av arbeidsbyrde for sykepleiere på sykehjem og at dette kan gi negative konsekvenser for omsorgen som ytes, er allerede slått fast i internasjonal og nasjonal forskning (16, 17).

Resultatene som viser at det gis begrenset med informasjon kan på den andre siden knyttes til beboerne og informantens vurdering av dem. Beboere på sykehjem i dag kjennetegnes med høy alder og sammensatte sykdomstilstander inkludert demens (4). At høy alder i seg selv benevnes som en årsak til å ikke informere er oppsiktsvekkende. Det er likevel en kjensgjerning at eldre er utsatt for aldersdiskriminering i møte med helsevesenet (18) og at det bør arbeides iherdig for å bekjempe slike holdninger (19). Resultatene viser at informasjonsutvekslingen erfarer som mest vellykket når den gis når beboeren har «en god dag». Dette er i tråd med tidligere studier som beskriver at det må tas hensyn til dagsformen til personer med demens når informasjon skal formidles (12) og at tilnæringsmåten må skreddersys den enkelte (20). Resultatene beskriver også at informasjon i hovedsak blir gitt dersom beboerne selv stiller spørsmål. Dette kan tenkes å være et dilemma idet flertallet av beboerne på sykehjem er definert som skrupelige og å ha kognitiv svikt (4), hvilket kan medføre utfordringer med å kommunisere og sette ord på sine behov (21). En tidligere studie beskriver at beboere med demensdiagnose ofte ikke blir tatt på alvor når de stiller spørsmål om medisiner de får (22).

Det er mulig at en passiv informasjonsutveksling fra sykepleieres side kan medføre at beboere ikke får den informasjonen de ønsker, men ikke klarer helt å etterspørre. Samtidig er det fare for at en aktiv informasjonsutveksling skaper negative reaksjoner hos beboerne. Dette er en balansegang som krever avansert kompetanse i hvordan kommunisere med personer med demens og kunnskap om hver enkelt beboers preferanser.

Resultatene som viser at det gis begrenset med informasjon kan også knyttes til selve intervensjonen, spesielt når det gjelder informasjon om juridiske rettigheter. Informantene omtaler juridiske rettigheter som et stort begrep, men at det i realiteten begrenser seg til beboerens spørsmål



om praktiske forhold vedrørende oppholdet og om sin rett til å være på sykehjemmet. Det kan således stilles spørsmål om intervensjonen fungerte helt som planlagt.

Metodiske overveielser

Det ble utarbeidet veiledende pleieplaner for intervensjonene. Personalet benyttet disse i svært liten grad, hvilket kan antas å ha svekket systematikken i gjennomføringen. Det kan på den andre siden tenkes at pleieplanene ikke var godt nok tilpasset beboergruppens behov.

Informantene var sentrale i gjennomføring av intervensjonene og ga gode beskrivelser av deres erfaringer. Et større antall informanter ville muligens ha gitt større bredde og dybde i beskrivelsene. Forskerne har hatt et nært samarbeid gjennom hele forskningsprosessen, hvilket styrker resultatenes troverdighet.

Konklusjon

Resultatene indikerer at det bør legges til rette for kompetanseheving knyttet til informasjon om juridiske rettigheter og medisinerings samt hvordan tilpasse informasjon til de skrøpelige eldre med høy alder og ofte kognitiv svikt som bor på sykehjem. Informasjonen bør i første rekke tilpasses den enkeltes beboers ønske om å få informasjon og evne til å bearbeide denne. ■

Referanser

1. Townsend D, Clemens, T., Shaw, D., Brand, H., Leuven, K.U., Nys, H. & Palm, W. Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise, Final Report. European Commission 2016.
2. Norge. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 LOV-1999-07-02-63, Pasient- og brukerrettighetsloven, <https://lovdata.no/sok?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>
3. Norge. LOV-1999-07-02-64, Lov om helsepersonell m.v., <https://lovdata.no/sok?q=Helsepersonellloven>
4. Kojima G. Prevalence of frailty in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(11):940-5.
5. Iltanen S, Leino Kilpi H, Puukka P, Suhonen R. Knowledge about patients' rights among professionals in public health care in Finland. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012;26(3):436-48.
6. Dilles T, Stichele RV, Van Rompaey B, Van Bortel L, Elseviers M. Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(5):1072-9.
7. Pérez-Jover V, Mira J, Carratala-Munuera C, Gil-Guillen V, Basora J, López-Pineda A, et al. Inappropriate use of medication by elderly, polymedicated, or multipathological patients with chronic diseases. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(2):310.
8. Grøndahl VA, Fagerli LB. Nursing home care quality: a cluster analysis. *International journal of health care quality assurance*. 2017;30(1):25-36.

9. Helgesen AK, Fagerli LB, Grøndahl VA. Healthcare staff's experiences of implementing one to one contact in nursing homes. *Nursing Ethics*.0(0):0969733019857775.
10. Grøndahl VA, Fagerli LB, Karlson H, Hansen ER, Johansson H, Mathisen AG, et al. The impact of person-centered care on residents' perceptions of care quality in nursing homes: an intervention study. *International Journal of Person Centered Medicine*. 2018;7(2):118-24.
11. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
12. Helgesen AK. Patient participation in everyday life in special care units for persons with dementia. 2013.
13. Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. *Sykepleien forskning*. 2013;8(1):26-34.
14. Karlsson I, Ekman SL, Fagerberg I. A difficult mission to work as a nurse in a residential care home—some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):265-73.
15. Helsedirektoratet. Rapport IS-2375 Helse -, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester 2016.
16. Lohne V, Høy B, Lillestø B, Sæteren B, Heggstad AKT, Aasgaard T, et al. Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring. *Nursing Ethics*. 2017;24(7):778-88.
17. Gaudenz C, De Geest S, Schwendimann R, Zúñiga F. Factors associated with care workers' intention to leave employment in nursing homes: A secondary data analysis of the Swiss nursing homes human resources project. *Journal of Applied Gerontology*. 2017;0733464817721111.
18. Wyller T. Alderisme eller aldersdiskriminering? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2018;138(1):1.
19. São José JMS, Amado CAF, Ilinca S, Buttigieg SC, Taghizadeh Larsson A. Ageism in health care: a systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *The Gerontologist*. 2017;59(2):e98-e108.
20. Karlsson S, Bleijlevens M, Roe B, Saks K, Martin MS, Stephan A, et al. Dementia care in European countries, from the perspective of people with dementia and their caregivers. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(6):1405-16.
21. Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):241.
22. Helgesen AK, Larsson M, Athlin E. Patient participation in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*. 2010;5(2):169-78.

Ved underernæring og dehydrering

resource® addera plus

- ENERGI
- PROTEIN
- VÆSKE
- 6 SMAKER

RESOURCE® Addera Plus er en klar næringsdrikk med fruktjuice fra konsentrat og aroma.



Informasjon til helsepersonell.

RESOURCE® Addera Plus er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Brukes i samråd med lege eller klinisk ernæringsfysiolog.

 **Nestlé**
HealthScience

www.nestlehealthscience.no



Palliativ plan og etiske refleksjon

Sula kommune på Sunnmøre har i fleire år kombinert palliativ plan med etisk refleksjon som ein del av det palliative arbeidet.

FAKTA

Lars André Olsen:
Lars.a.olsen@ntnu.no
Tanja Yvonne Alme:
Tanja.alme@sula.kommune.no
Bardo Driller:bardo.driller@t-online.de
Sigrid Lerstad Thorsnes:
sigrid.l.thorsnes@ntnu.no
Rigmor Einang Alnes:
Rigmor.e.almes@ntnu.no

Introduksjon

I samband med oppstart av prosjektet «Palliativ plan i Møre og Romsdal» i 2015 tok kreftkoordinatoren initiativ til ei kartlegging om bruk av palliativ plan og etisk refleksjon i Møre og Romsdal, noko som også vart starten på eit samarbeid mellom Sula kommune og NTNU i Ålesund.

Pasientar med uheldrelege tilstandar lever lenge enn tidlegare og kommunane må ta hand om fleire og sjukare pasientar i ei palliativ fase. I Norge dør meir enn 8 av 10 personar i institusjon, noko som plasserer Norge som eitt av dei landa i verda der færrest dør heime (1).

Ein palliativ plan skal sikre kvalitet og individualitet i behandling og pleie for pasientar med uheldreleg sjukdom ved å vektlegge pasienten sine ønsker og prioriteringar (2). Helse Møre og Romsdal definerer palliativ plan som «eit dokument som skal

sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er sjuk og familien kan oppleve tryggleik og best mogeleg livskvalitet» (3).

I Norge er «Livets siste dager. Plan for lindring i livets sluttfase» ein mykje brukt tiltaksplan for omsorg til døyande og deira pårørande. Planen er ein vidareutvikling av «Liverpool Care Pathway (LCP). Medan Livet siste dager er ein plan for de siste dagane og timane i livet, kan ein palliativ plan følge pasient og pårørande over fleire år (4).

Brukarmedverknad er sentralt i palliativ behandling og Helsedirektoratet (5) peikar på at pasientane alltid skal få legge fram sine ønsker og verdiar rundt avslutninga av livet. Pasientar med uheldrelege tilstandar kan ha behov for avansert behandling og pleie over lang tid, og uavhengig av om pasienten bur heime eller i institusjon er det viktig å integrere palliasjon tidleg i sjukdomsforløpet (2, 6). Forsking

Sammendrag:

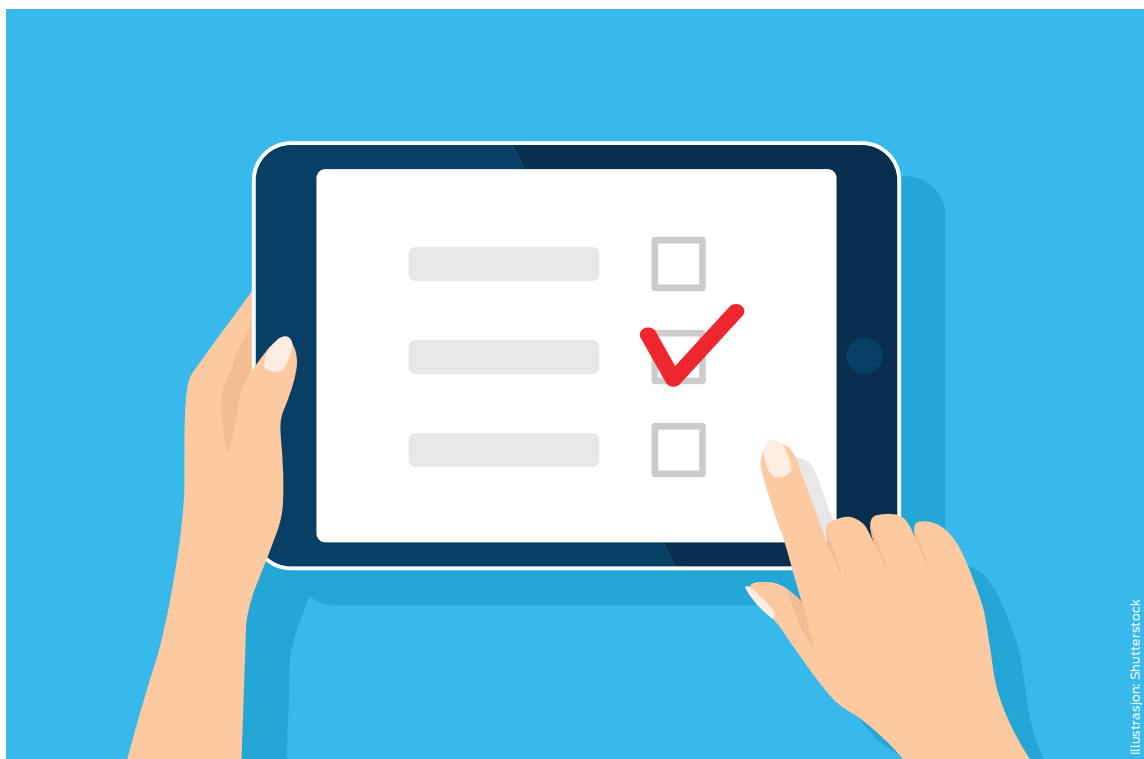
I 2015 sendte vi ut ei spørjeundersøking til sjukepleiarar i 36 kommunar om bruk av palliativ plan og etisk refleksjon i tilknytning til palliativ omsorg. Det kom 50 svar frå sjukepleiarar i 28 kommunar. I tillegg intervjuar vi fire legar om deira erfaring med bruk av palliativ plan og etisk refleksjon.

Spørjeundersøkinga viser at det var stor variasjon i bruken av palliativ plan og etisk refleksjon. Sjukepleiarane fortalte at den palliative planen bidrog til betre omsorg ved å gi støtte til struktur og systematisering av det palliative arbeidet. Legane la vekt på at palliativ plan er eit viktig bidrag til medverknad, tverrprofesjonelt samarbeid og kontinuitet i arbeidet. Nokre av kommunane har sett av fast tid til etisk refleksjon, noko sjukepleiarane meinte bidrog til auka kvalitet og kompetanse i omsorga.

Begge gruppene peikar på at standardisering og systematikk er viktige føresetnader for god omsorg i det palliative arbeidet og at det er behov for å arbeide vidare med implementering av palliativ plan som ein standard

Abstract:

In 2015, we sent out a questionnaire to nurses in 36 municipalities on the use of palliative plan and ethical reflection in connection to palliative care. There were 50 responses from nurses in 28 municipalities. In addition, we interviewed four physicians about their experience with the use of palliative plan and ethical reflection. The survey shows that there was a big variation in the use of palliative plan and ethical reflection. The registered nurses said that the palliative plan contributes to better care when it supports the structure and systematization of the palliative care. The physicians believe that a palliative plan is an important contribution to patient participation, interprofessional collaboration and continuity in the work. Some of the municipalities have agreed on ethical reflection as part of their working hours, which the nurses believe can contribute to increased quality and competence in care. Both groups emphasized that standardization and systematics are important guidelines for good palliative care and that there is a need to further work on implementing palliative plan as a standard.



viser at ein god plan for det palliative arbeidet kan auke forståinga for prognosen og ha positiv verknad på livskvalitet for pasientar og pårørande (7-10).

Forskning antydar at å arbeide med palliasjon både kan vere krevjande og vere medverkande til utbrentheit hos helsepersonell (11-12). Systematisk etisk refleksjon kan vere ein ressurs for det faglege sam-arbeidet, underbygge tverrprofesjonell forståing og respekt, og gi grunnlag for god omsorg for pasient og pårørande. Etisk refleksjon kan bevisstgjere korleis verdiar kan bli omsett i praktiske handlingar (13-14).

Som første fase av prosjektet «Palliativ plan i Møre og Romsdal» var det viktig å få oversikt over bruken av palliativ plan og etisk refleksjon i fylket. Hensikta med studien var å få innsikt i kva grad helsepersonell bruker palliativ plan og korleis dei vurderer behovet for og ser nytten av palliativ plan og etisk refleksjon.

Metode

Studien har et «mixed methods»-design og bruker både kvantitativ og kvalitativ data. Det er gjort ei

spørjeundersøking med lukka og opne svaralternativ, og det er gjennomført kvalitative intervju.

Rekruttering, utval og datainnsamling

Vi sendte ut invitasjon til å delta i spørjeundersøkinga til leiarar i kommunehelsetenesta i 36 kommunar i Møre og Romsdal, med en oppfordring til å sende invitasjonen vidare til ressursjukepleiarar som arbeider med palliasjon. Vi har ikkje oversikt over kor mange av ressursjukepleiarane som fekk invitasjon til å delta, men 50 sjukepleiarar frå 28 kommunar svarte, noko som representerer 78 % av kommunane.

Spørjeskjemaet bestod av 18 spørsmål, kor elleve var spørsmål om palliativ plan, fire omhandla etiske refleksjon og tre var bakgrunnsspørsmål. Det var ti ja/nei-spørsmål og fem spørsmål med fleire svaralternativ. Spørsmåla hadde kommentarfelt. Tre spørsmål var fritekstspørsmål.

Vi rekrutterte legar til intervju via «snøball-metoden» (15) ved å spørje legar om dei kjente nokon som dei trudde kunne vere interesserte i å delta. Vi





Foto: Shutterstock

fekk ei liste med ti legar, og etter førespurnad gjorde vi avtale med fire legar for telefonintervju. Legane er fastlegar i tre forskjellige kommunar i Møre og Romsdal. Vi sendte intervjuguiden til legane før intervjuet, og intervjuet varte ca. 30 min. Samtalen vart tatt opp, transkribert og avidentifisert. Datainnstillinga er meldt inn til NSD (Prosjektnummer 43946).

Analyse

Spørjeskjema er utforma og sendt ut i SurveyMonkey. Svarene er overført til Microsoft Excel. Dei lukka svaralternativa er analysert deskriptivt ved optelling og det er gjort ei samanstilling av dei kvalitative svarene frå kommentarfelt og fritekstspørsmål. Vi har brukt kvalitativ innhaldsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (16) for å analysere intervjuet. For å få eit heilheitleg inntrykk av intervjuet vart teksten

lest fleire gonger av fleire av forfattarane. Vi delte teksten opp i meningsberande einingar og kategoriserte essensen frå intervjuet i fire hovudområde: dialog med pasient og pårørende, tverrprofesjonelt samarbeidet og kontinuitet i tilbodet, ansvar for etablering og innhald i planen og etisk refleksjon.

Resultat

Spørjeundersøking – Bruk av palliativ plan i Møre og Romsdal.

Svar frå 50 sjukepleiarar frå 28 kommunar viser stor variasjon i bruken av palliativ plan.

Bruk av palliative verktøy i kommunane i Møre og Romsdal.

13 Sjukepleiarar (7 kommunar) svarte at dei aktivt bruker palliativ plan. Bruken varierer frå ein til tjue

TABELL 1: Bruk av palliative verktøy i Møre og Romsdal (N = 28 kommunar)

	Ja	Nei	Veit ikkje	Ikkje svart
Blir palliativ plan brukt i din kommune?	7	20	1	0
Har de rutinar for å vere i forkant og planlegge god palliativ omsorg?	16	7	0	5
Blir symptomkartleggingsverktøyet ESAS systematisk brukt på din arbeidsplass?	17	10	0	1

planar siste året. 33 Sjukepleiarar (21 kommunar) svarte at dei ikkje har brukt palliativ plan. I seks av desse kommunane bruker dei Liverpool Care Pathway (LCP), medan sjukepleiarar frå 17 kommunar svarar at dei aktivt bruker ESAS symptomregistrering.

Som oftast er det fastlege/tilsynslege som har ansvaret for å opprette den palliative planen, men svara viser at sjukepleiarane også er involvert, enten på sjølvstendig basis eller i samarbeid med lege.

Blant dei som ikkje bruker palliativ plan svarte sjukepleiarane at dei har andre rutinar for å planlegge det palliative arbeidet, slik som eit palliativt oppsett i pleieplanen eller samling av opplysningar i dokumentasjon heime hos pasienten. Sjukepleiarar frå sju kommunar svarar at dei ikkje har skriftlege rutinar for palliativt arbeid. I berre fire av kommunane er den palliative planen inkludert i dokumentasjonssystemet.

Nær alle av dei 13 sjukepleiarane som hadde erfaring med bruk av palliativ plan opplevde at planen bidrog til betre omsorg via ein systematisering av det palliativt arbeidet. Svara indikerte at planen bidrog til eit betre samarbeid med pasient og pårørande når den dokumenterte deira ønsker og behov. Planen vart opplevd som ei støtte for sjukepleiarane sitt arbeid med å skape tryggleik og oversikt for pasient og pårørande. Sjukepleiarane nemner også at planen la til rette for sjølvstende i spørsmål omkring medikamentell behandling. Når medisinerings og aktuelle dosejusteringar er oppført i planen, ga det støtte til avgjersler sjukepleiarane tok i møte med pasienten.

Behov for palliativ plan?

70 % av sjukepleiarane som ikkje bruker palliativ plan uttrykte eit behov for palliativ plan på deira arbeidsplass, men halvparten av dei svarte at dei såg utfordringar for innføring av palliativ plan. Mange

meinte økonomi og tid til koordinering av planen er den største utfordringa, medan andre nemnte frykt for meirarbeid, for lite engasjement og lite fagkunnskap som noko som bremser arbeidet med palliativ plan. Tidsressursar hos legane, utskifting av legar og bruk av vikarar vart trekt fram som utfordringar for det tverrprofesjonelle samarbeidet.

84% av sjukepleiarane svarte ja på spørsmålet om dei såg nytten av å ha ein felles forståing for palliativ plan i Møre og Romsdal. Mange skreiv at det kan styrke kontinuitet i det palliative arbeidet og at omsorga kan bli meir lik, uavhengig av kor ein bur. Om same plan blir brukt i heile fylket vil det kunne styrke samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.

Etisk refleksjon.

Som tabell 2 viser er det mange som ikkje hadde avsett fast tid til etisk refleksjon, samtidig som sjukepleiarane er samstemte i at dei såg behovet for meir systematisk bruk av etisk refleksjon i det palliative arbeidet. Sjukepleiarar frå fem av kommunane svarte at dei har sett av faste tider for etisk refleksjon, medan sjukepleiarar frå dei andre kommunane svarte at dei set av tid ved behov. Av dei åtte som har etisk refleksjon til faste tider svarar seks at det bidrar til å auke både kvalitet og kompetanse i den palliative omsorga.

Intervju med legane

I følge legane er det særleg tre punkt som gjer ein palliativ plan viktig. Det er medverknad og dialog med pasient og pårørande, tverrprofesjonelt samarbeid og kontinuitet i tilbodet.

Medverknad og dialog med pasient og pårørande

Legane meinte at dialog mellom pasient/pårørande og helsepersonellet er ein føresetnad for at ein pal-

TABELL 2: Etiske refleksjon i det palliative arbeidet (N = 50 sjukepleiarar)

	Ja	Nei	Veit ikkje	Ikkje svart
Er det satt av faste tider for etisk refleksjon knytt mot palliative utfordringar på din arbeidsplass?	8	34	2	6
Opplever du at bruken av systematisk etisk refleksjon bidrar til å auke kvalitet og kompetanse i den palliative omsorga	6	1	1	0
Er det behov for meir systematisk bruk av etisk refleksjon i den palliative omsorga på din arbeidsplass?	36	2	7	5

liativ plan skal fungere. Planen kan avklare tankar pasient og pårørende har om den siste tida, t.d. spørsmål om sjukehusinnlegging eller livsforlengende behandling og gjenoppliving.

«Ein palliativ plan legg til rette for å bli kjent med den personen pasienten er, ikkje berre diagnosen.»

Å bli kjent med pasient og pårørende gjennom å opprette ein palliativ plan kan i følge legane vere eit insitament for å kome i ein djupare dialog om den siste tida. Ein palliativ plan legg til rette for å bli kjent med den personen pasienten er, ikkje berre diagnosen. Ein av legane sa dette slik: «*Om den er på plass så kjenner eg allereie pasienten mykje betre ... og eg blir kjent med pårørende gjennom planen*», og vidare: «*det blir alltid nokre usikre moment og det blir hengande litt i lufta ... kva tenker pasient og pårørende ...*».

Medverknad er eit tema som var viktig for legane, og det å fylle ut planen i lag med pasient og pårørende retter fokus mot deira oppleving av situasjonen, planen gir brukarane «*eit rom kor dei kan kome i dialog med helsepersonellet*». Samarbeid med pasient og pårørende er å «*stille seg open for spørsmål*», sa ein av legane, «*her er to brukarar, både pasienten sjølv og den pårørende*». Planen kan skape forutsigbarheit for pasient og pårørende ved at dei kan vere i forkant av situasjonane. Å gi forutsigbarheit for pårørende kan skape kjensle av tryggleik hos pasienten, samtidig får legane innblikk i dei pårørende sine observasjonar i kvardagen.

To av legane er opptatt av at det å få ein palliativ plan kan vere utfordrande for dei det gjeld. Ein lege seier det slik: «*Berre namnet palliativ plan kan gi assosiasjonar om at dødsattesten snart er på bordet*». Dei opplevde at det kan vere vanskeleg å snakke med pasient og pårørende om palliativ plan, og særleg utfordrande blir det om pasient og pårørende har ulik oppfatning av situasjonen. Likevel framhevar legane at dialogen med pasient og pårørende må vere på plass frå tidleg fase.

Tverrprofesjonelt samarbeid og kontinuitet i tilbodet
Legane trekte fram palliativ plan som eit verktøy for kvalitetssikring ved at ting er drøfta og planlagt på førehand. Planen kan i følge legane bidra til kontinuitet og tverrprofesjonell forståing i det palliative arbeidet ved at den omhandlar ulike sider ved behandlinga som legemiddelbehandling og behandlingsavslutning. Ein sentral del er ivaretaking av grunnleggande behov som ernæring, eliminasjon, aktivitet, smerter, eksistensielle spørsmål og sosiale tilhøve. Når det gjeld legemiddelbehandling såg legane at det var viktig både for sjukepleiarane og for pasient og pårørende å avklare dette. «*Det gjer jo at dei som jobbar rundt pasienten føler seg tryggare på medisinbruk og symptomlindring*».

Legane la særleg vekt på betydinga planen har om fastlegen ikkje er tilgjengeleg. Skriftleggjinga er avgjerande for ei felles forståing og kan gi anna helsepersonell ein tryggleik til å gripe inn og bidra konstruktivt når fastlegen ikkje er tilgjengeleg. «*... og sjukepleiarane som jobbar med det ute i felten, dei føler trygghet på at ting står svart på kvitt*».

Samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta er sentralt i det palliative arbeidet og legane fortel at kreftavdelinga og palliative team er opne for samarbeid. Ein lege ønskte meir kontakt med pasienten når pasienten er til behandling i spesialisthelsetenesta, men kontinuiteten mellom ulike nivå kan vere ei utfordring. Ein av legane viser til at han som lege først blir involvert når pasienten blir overført til kommunen. Det å bli involvert tidleg nok som fastlege kan vere viktig og fastlegen bør vere ein del av «teamet» når pasienten får tilbod frå palliativ team ved sjukehuset. «*Eg tenker det hadde hjulpet oss mykje å hatt ein tettare kontakt med pasienten mens dei er i behandling på sjukehuset*».

Bruk av palliativ plan

Det er ulik erfaring mellom legane når det gjeld bruk av palliativ plan og når i forløpet den blir tatt i bruk. I nokre tilfelle blir planen initiert av spesialisthelsetenesta, sjølv om den skal gjelde for kommunehelsetenesta. Det kan gi uklare skilje mellom dei ulike nivåa. Ein av legane meinte at planen skal lagast den dagen pasienten er i ein «*rein palliativ setting*», fordi det er vanskeleg å utarbeide ein plan i ein kritisk fase der pasienten enno ikkje har avklart egne ønsker.

Elektronisk kontakt med heimesjukepleia er i følge legane nødvendig for oppdatering og evaluering av planane, noko som kan vere ei utfordring



Foto: Shutterstock

i større kommunar med fleire legekontor og/eller ulike dokumentasjonssystem. Legane trakk fram gode datasystem og felles løysningar som essensielt for god oppdatering og fortløpande evaluering av planen.

Etisk refleksjon

Legane fortalte om ein kvardag der etisk refleksjon er ein naturleg del av arbeidet som lege og noko som skjer uformelt mellom kollegaer. Etisk refleksjon er i følgje legane viktig i arbeidet med palliasjon. Tidsfaktoren i kvardagen kan utfordre felles refleksjon, men dei trakk fram at situasjonar som er ekstra utfordrande reint etisk alltid fører til diskusjon og refleksjon med kollegaer. Eit system med meir elektronisk kommunikasjon mellom heimesjukepleie og fastlegane gir færre fysiske møte mellom lege og sjukepleiarar enn tidlegare, og dermed færre møtepunkt for etiske refleksjonar og vurderingar.

Diskusjon

Resultata frå spørjeundersøkinga og intervju med legane viser at respondentane er samstemte om at

palliativ plan kan sikre pasientmedverknad, og legge til rette for fagleg kontinuitet i det palliative arbeidet. Respondentane erfarer at planen er viktig for å kunne utnytte den medisinske og sjukepleiefaglege kompetansen og at det å komme tidleg i dialog med pasient og pårørande gjer det mogeleg å vere fagleg førebudd på endringar hos pasientane. Desse erfaringane samsvarer godt med ein palliativ tilnærming slik den blir omtalt i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorg (17) og hos Melby mfl. (4).

Sykepleierne kjenner seg kompetente til å ta ansvaret for å initiere og drifte palliativ plan, men både spørjeundersøkinga og intervju viser til at arbeidet med ein plan dels mangla forankring på systemnivå og ofte var avhengig av enkeltpersonar. Talet palliative pasientar aukar og det er viktig at alle sjukepleiarar og fastlegar har kunnskap og opplæring i å opprette og drifte ein palliativ plan. Ein standardisert mal for palliativ plan kan vere med på å auke kompetansen gjennom etablering av et tverrprofesjonelt fagspråk og ei felles forståing. Respondentane erfarer at ein standardisert mal kan hjelpe fagpersonar til å omsette sin grunnkompe-



tanse i palliasjon til planlagde intervensjonar. Fagleg kontinuitet blir ivaretatt ved at det er den som står i dagleg kontakt med pasienten som drifter planen. Oppfølging over tid av same helsepersonell kan vere ein føresetnad for at pasienten ønsker å ta opp vanskelege spørsmål (17).

«Tidleg planlegging kan skape tryggleik og eit forutsigbart forløp.»

Som nokre av legane trekte fram blir ordet palliasjon ofte knytt opp til det å dø. Det er difor viktig at helsepersonell i dialogen med pasienten fremjar kva som er målet med palliasjon. I primærhelsemeldinga (6) blir det peika på at det i dag blir gitt palliative tilbod først ved slutten av livet og at det er behov for tidlegare innsats. Målet med palliasjon er best mogeleg livskvalitet, å ha fokus på livet og samtidig vere opne om døden. Forsking viser at god palliativ omsorg tidleg i eit forløp betrar livskvaliteten (4, 18). Tidleg planlegging kan skape tryggleik og eit forutsigbart forløp.

Legane opplevde at dei i liten grad er involvert i lange periodar av eit pasientforløp. Kjem ein tidleg inn med palliativ plan vil det kunne føre til meir kontinuitet og tettare oppfølging frå fastlegen og legge til rette for betre kommunikasjon internt i kommunen, og mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Omsorgspersonellet opplever at ein plan gir tryggleik og støtte til avgjersler som t.d. å handtere akutte situasjonar. Dette kan redusere bruken av legevakt eller hindre at pasienten blir innlagt i sjukehus. For å ivareta kontinuiteten er det behov for elektronisk løysingar for kommunikasjon og at planen kan bli sendt elektronisk mellom sjukepleietenestane og fastlege.

I undersøkinga kjem det fram at dialogen med pasient og pårørande ofte skjer på lite systematiske måtar, og det blir det peika på at ein palliativ plan vil kunne styrke kommunikasjon og betre samarbeid med pasient og pårørande. Førebuande samtaler er ein metode i arbeidet med palliativ plan (19) og samtalanane gjer det mogeleg å sette pasient og pårørande og deira prioriteringar i fokus. I Norge er det svært få som døy heime samanlikna med andre land i verda

(1, 4), og systematisk bruk av førebuaende samtaler kan truleg bidra til at fleire kan bu heime til dei døyr. Brukarmedverknad og autonomi er integrerte verdiar i helsetenesta, og Nasjonal helse- og sjukehusplan (20) viser til at helsetenester i framtida skal utviklast saman med pasientar og deira pårørande. Ein palliativ plan skal bidra til å sikre medverknad ved at pasienten si stemme og prioriteringar kjem tydeleg fram. Det kan vere godt for pasienten å ikkje måtte gjenta dette for stadig nye helsepersonell, og/eller ved overføring mellom nivå, slik respondentane i denne undersøkinga også har lagt vekt på.

Palliasjon kan vere eit vanskeleg stykke arbeid som krev varsemd og kompetanse frå legar og sjukepleiarar for å gi eit godt palliativt tilbod. I den samanhengen kom det fram, spesielt i spørjeundersøkinga, at ein ønsker at det blir lagt til rette for systematisk etisk refleksjon. 75 % av sjukepleiarane som har systematisk refleksjon opplever at det bidrar til å auke kvalitet og kompetanse i den palliative omsorga. Etisk refleksjon kan bidra til å møte pasient og pårørande på ein god måte, men er også viktig for å ta vare på seg sjølv som helsearbeidar (21). Refleksjon er viktig gjennom heile forløpet, ikkje berre som ei evaluering i etterkant. Å arbeide med døydne menneske er også eit møte med eksistensielle spørsmål og det må vere rom for å arbeide med eigne kjensler og reaksjonar (5).

Ein svakheit ved studien er at vi intervjuar et svært avgrensa utval legar. Intervjuar gjekk føre seg på telefon, noko som kan medføre at det ble vanskelegare å stille oppfølgingsspørsmål og å få med seg den nonverbale informasjonen i intervjusituasjonen. Spørjeskjemaet var i stor grad utforma ut frå praksisfeltet sitt behov og utan at det var validert, men det ble vurdert som ikkje avgjerande for denne type deskriptive data. Det som styrker studien er at den er retta mot dei som er i nær kontakt med denne pasientgruppa og slik har førstehandskjennskap til feltet. Det at den er gjennomført i nært samarbeid med praksisfeltet og deira behov for dokumentasjon av situasjonen knytt til palliasjon i Møre og Romsdal må kunne vurderast som ei styrke for studiens relevans.

Konklusjon

Både sjukepleiarar og legar i denne undersøkinga er einige om at bruk av palliativ plan er eit viktig verkemiddel for å systematisere det tverrprofesjonelle samarbeidet og for å gi god behandling og pleie til

pasientar i palliativ fase og deira pårørende. Informantane trekkjer fram at ein palliativ plan legg til rette for kontinuitet og kan betre kommunikasjonen mellom fastlegane og sjukepleiarane.

I studien har det kome fram at det er eit behov for ei standardisering av palliativ plan og at det må vere ein systematikk omkring oppretting og oppdatering av desse planane. Det kjem også fram at det er behov for tid til systematisk etisk refleksjon knytt opp i mot palliasjon, då helsearbeidarane legg vekt på at dette er viktig for å kunne stå i eit slikt arbeid over tid.

Prosjektet «Palliativ plan i Møre og Romsdal» som nå er forankra i samhandlingsstrategi i Møre og Romsdal 2019-2021 (22) har ført til at palliativ plan har blitt innført som standard i fleire kommunar. I februar 2019 vart det arrangert erfaringskonferanse om implementering av palliativ plan, og ein er i dag einige om innføring av en felles elektronisk palliativ plan for alle 36 kommunar og dei fire sjukehusa i Møre og Romsdal (3). Ein ny spørjeundersøking er planlagt haust 2019. I tillegg vil det være behov for større nasjonale og internasjonale studiar på temaet og forskning knytt til pårørende sine erfaringar med bruk av palliativ plan. ■

Referansar:

- Helse- og omsorgsdepartementet. Sammen mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017 [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013 [18.10.2018]. Tilgjengeleg frå: https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14f763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf
- NOU 2017: 16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2017.
- Helse Møre og Romsdal. Palliativ plan. [Internett] Lest 6.10.2019. Tilgjengeleg frå: <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>
- Melby L, Das A, Halvorsen T og Steihaug S. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg. Trondheim: SINTEF; 02/2017. Rapport nr. SINTEF A27799.
- Helsedirektoratet. Veileder IS-2091. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. [18.10.2018]. Tilgjengeleg fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Meld. St. 26 (2014 – 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2015.
- Nicolich MS, El-Jawhri A, Temel JS og LeBlanc TW. Discussing the Evidence for Upstream Palliative Care in Improving Outcomes in Advanced Cancer. I: Dizon DS, red. American Society of Clinical Oncology educational book. Alexandria, USA: American Society of Clinical Oncology; 2016. 534-8.
- van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, Hallie-Heierman M, Onwute-aka-Philipsen BD, Deliens L, de Boe ME, et al. (2014). Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: a systematic review. JAD. 04/2014;40(3):743-757.
- Westergård BE. Voksne og eldre med utviklingshemming trenger også palliativ omsorg. Sykepleien.no. [Internett]. 11/2017. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/08/voksne-og-eldre-med-utviklingshemming-trenger-ogsaa-palliativ-omsorg>
- Lunde SAE. Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende. [Internett]. Sykepleien forskning. 11/2017. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/individuell-plan-i-palliativ-fase-ei-hjelp-til-meistring-parorande>
- Pereira, SM, Fonseca, AM og Carvalho, AS (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. Nurs Ethics. 2011 May;18(3):317-26. doi: 10.1177/0969733011398092
- Kamal, AH, Bull, JH, Wolf, SP, Swetz, M, Shanafeldt TD, Ast, K, et al. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. Journal of Pain and Symptom Management. Volume 51, Issue 4, April 2016, Pages 690-696.
- Söderhamn U, Kjølsvæd H og Slettebø Å. Evaluation of ethical reflections in community healthcare: A mixed-methods study. Nurs ethics. 3/2015;22(2):194-204.
- Vrålø GB, Borge L og Nedberg K. Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning. Sykepleien forsk. [Internett]. Apr 2017. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2017/04/etisk-refleksjon-i-veiledning>.
- Goodman LA. Snowball Sampling. Ann. Math. Statist. 1961;2(1): 148-170.
- Graneheim U og Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-112.
- Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer IS-2285. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [18.10.2018]. Tilgjengeleg frå: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20krefthomsorgen-IS-2285.pdf>
- Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 01/2017;35(1):96-112.
- Gjerberg EL, Weaver K, Pedersen R, Førde R. Forberedende samtaler i norske sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen. 2017;137(6):447-450.
- Meld St II (2015-2016). Nasjonal Helse og sykehusplan (2016-2019). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2015.
- Gjerberg E og Amble N. Train the trainer – refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren. Sykepleien forsk. [Internett]. 6/2011. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/train-trainer-refleksjonsgrupper-i-pleie-og-omsorgssektoren>
- Helse Møre og Romsdal. Innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal. Handlingsplan 2019-2022. [Internett]. Tilgjengeleg frå: <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Palliasjon/Innf%C3%B8ring%20av%20palliativ%20plan%20i%20M%C3%B8re%20og%20Romsdal%20-%20Handlingsplan%2019-22.pdf>





«Enver må finne sin måte å leve med demens på» Hvordan kan pasientkurs bidra i denne prosessen?

Den som får demens diagnose er i en svært sårbar situasjon. Tilstanden medfører store utfordringer i livssituasjonen for personen selv og deres nære pårørende.

nnledning

Symptomer ved demens er først og fremst svekkelse av kognitive funksjoner som hukommelse, orientering, evne til abstrakt tenkning, dømmekraft, planlegging, praktiske ferdigheter og emosjonelle eller atferdsmessige endringer (1). Selv i tidlig fase får mange i denne pasientgruppen vansker med å utføre oppgaver som har betydning for hverdagen. Redusert hukommelse medfører at en kan glemme hva en skal gjøre (2). Det er mange som får vansker med orientering. I tidlig fase kan det innebære problemer å finne frem i ukjente bygg som sykehus, eller om en går på tur i ukjent område (2). Senere i forløpet kan det være vanskelig å orientere seg også i kjente omgivelser.

Opplevelser av disse problemene kan skape utrygghet og usikkerhet som medfører at en vegrer seg for aktiviteter (3). Det kan videre føre til inaktivitet, sosial isolasjon og økt risiko for depresjon. For noen gir redusert funksjonsevne svekket selvbylde (3). Behov for veiledning og støtte er derved stort den første tiden etter en er utredet for demens.

Mange opplever at det er lite oppmerksomhet rettet mot hvilke behov enn har i denne første fasen av sykdomsforløpet (3). Og ikke minst, at god tilrettelegging kan bidra til at en fortsatt kan leve et godt og aktivt liv etter å ha fått demens. For å oppnå dette er det nødvendig med informasjon om hvordan hverdagens gjøremål kan tilrettelegges, og det må tilpasses den enkeltes behov, muligheter og

interesser (2). Forskning og erfaring viser at personer med demens kan tilegne seg informasjon og kunnskap (4-6). Tilpasset undervisning til personer med demens vil derved kunne bidra til at de kan delta i planlegging og mestring av egen hverdag. Denne tilretteleggingen for aktivitet og fellesskap er ett av de fem satsingsområder i Meld. St. 15 Leve hele livet (7). Pasienter har rett til tilpasset informasjon og medvirkning (8). Ved geriatrisk poliklinikk på HDS blir ca. 400 pasienter utredet og diagnostisert med demens årlig. Som en følge av denne aktiviteten har sykehuset i mange år arrangert kurs for pårørende til denne pasientgruppen. Kursene arrangeres ved Lærings- og mestringssenteret (LMS) (9) i Bergen. Dette tiltaket er knyttet til en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver, opplæring av pasient og pårørende (10). Så langt vi kjenner til er dette den eneste voksne pasientgruppen hvor undervisning relatert til livet med sykdommen kun ble tilbudt pårørende og ikke pasientene selv. Hos oss var det pasientene som var til utredning for demens som først etterspurte mestrings- kurs for seg. Det var et viktig initiativ for å utvikle kursene å etablere tilbudet. Også da det ble etablert tilbud om Demensskole i Stavanger var utgangspunktet en etterspørsel fra personer med demens «*De pårørende får tilbud om kurs og kurs og kurs. Men hva med oss?*» (4,11). Utvikling av brukerskole/kurs for personer med demens er ett av tiltakene i Demensplan 2020 (3).

Vinteren 2016 ble det etablert en prosjektgruppe

FAKTA

Irmelin Smith Eide
Ergoterapispesialist i
eldres helse og arbeider
ved Haraldsplass
Diakonale sykehus.
E-post: irmelin.smith.
eide@haraldsplass.no

**Gullborg Kongestøl
Aasgaard**
Spesialsykepleier i
geriatri og arbeider ved
Haraldsplass Diakonale
Sykehus. E-post:
gullborg.aasgaard
@haraldsplass.no

Froydis Bruvik
Sykepleier, første-
amanuensis ved
Universitetet i Bergen.
E-post: Froydis.Bruvik
@uib.no



Foto: Shutterstock

Sammendrag:

Bakgrunn: Ved alle sykehus i Norge er det etablert lærings og mestringssentre (LMS). Sentrene skal bidra til at «pasientar, brukarar og pårørende skal få informasjon og kunnskap, og at dei skal få hjelp til å handtere og meiste langvarig sjukdom og endringar i helse si.» Ved vårt LMS senter ved Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) har vi i mange år arrangert kurs for pårørende til personer med demens. På et tidspunkt etterspurte pasienter som ble utredet for demens ved sykehusets geriatriske poliklinikk kurs tilrettelagt for dem. Dette var utslagsgivende for at vi utviklet og etablerte kurs for denne pasientgruppen.

Metode: Fra 2016 har HDS arrangert kurs for personer som er utredet og diagnostisert med demens. Kurset har en varighet på tre dager og arrangeres to ganger årlig. Kurset retter seg mot personer i tidlig fase av demensforløpet. Et av kriteriene for å delta på kurset er at personen selv må oppleve at han/hun glemmer.

Resultat: På hvert kurs er det opptil 7 deltakere. Ledsager er velkommen med. Hovedfokus på kurset er tilrettelegging for mestring av hverdagen. Tilbakemelding fra deltakerne er svært gode.

Konklusjon: Vår erfaring er at pasientkurs i tidlig fase av sykdomsforløpet kan bidra til å øke opplevelse av mestring og livskvalitet hos personer som har fått demensdiagnose.

Nøkkelord: Spesialisthelsetjenesten, demens, kurs.

Summary:

Background: Learning and coping centers (LMS) have been established at all hospitals in Norway. The centers will help "patients, providers and caregivers get information and knowledge, and help them better understand and manage long-term illness and health changes." At our LMS center at Haraldsplass Diakonale Hospital (HDS) we have for many years provided courses for relatives of people with dementia. Some time ago, patients who were being assessed for dementia at the hospital's geriatric outpatient clinic requested courses designed for their needs. These requests inspired the development and implementation of our courses for this patient group.

Method: Since 2016, HDS has provided courses for people who have been evaluated and diagnosed with dementia. The courses are held over three days and are made available twice a year. The course is aimed at persons in the early phases of dementia. One of the criteria for participation in the course is that the person must realize that he/she is beginning to struggle with forgetfulness.

Result: Each course can accommodate up to 7 participants, and the patient's primary caregiver is encouraged to also attend. The main focus of the course is facilitation for coping with everyday life, with feedback from the participants being very good.

Conclusion: Our experience is that patient training in the early phase of the disease can help improve the experience of coping and increase quality of life in people who have been diagnosed with dementia.

Keywords: Specialist health service, dementia, courses.





på HDS bestående av Seksjonsoverlege, overlege, ergoterapispesialist, spesialsykepleier i geriatri og brukerrepresentanter. Brukerrepresentanten som

«Vårt ønske er at pasienter som får demensdiagnose får bedre oppfølging og hjelp til hverdagsmestring.»

deltok på de fleste planleggingsmøtene, var selv diagnostisert med Alzheimers sykdom. Hun ble rekruttert av sin ektefelle gjennom kurs for pårørende. Ekteparet hadde erfaring fra deltakelse på Møteplass for mestring, et kurs for yngre personer med demens og deres pårørende. De andre brukerrepresentantene var fra Bergen Demensforening.

Som grunnlag for utvikling av vårt kurstilbud gjorde vi oss kjent med tilbudene arrangert av henholdsvis Blakstad Alderspsykiatri poliklinikk (12) og Demensskolen ved Regionalt kompetansesenter for eldre-medisin og samhandling (SESAM) ved Stavanger Universitetssykehus (4,5). Begge kursene gav oss nyttige grunnlag for å utvikle det som ble vårt kurstilbud.

Kurset som ble utviklet i 2016 har vært arrangert to ganger årlig ette dette. Mål med kurset er å gi økt kunnskap om sykdommen og bedre mestring av utfordringene sykdommen medfører i hverdagen for dem som har fått demens diagnose.

I denne artikkelen ønsker vi å dele noen av våre erfaringer med arrangement av kurset. Vårt ønske er at pasienter som får demensdiagnose får bedre oppfølging og hjelp til hverdagsmestring. Kurs for denne gruppen kan være ett av tiltakene.

Metode

Prosjektet er en implementering av et kurstilbud for personer som nylig er utredet og har fått demens diagnose. Hovedmålet for kurset er å styrke hverdagsmestring.

Ramme og innhold i kurset.

På bakgrunn av prosjektgruppens gjennomgang av tilsvarende demensskoler, etablerte vi et kurs som går over tre dager, bestående av 3 timer pr. dag. Tre

samlinger ble vurdert som gjennomførbart med hensyn til økonomi og personalressurser. På bakgrunn av vårt valg om å ha fokus på både forelesninger og samtale i gruppen ble tre timer vurdert som en hensiktsmessig tidsramme for pasientgruppen med hensyn til å kunne konsentrere seg over tid. Her har vi også måtte ta hensyn til at flere av våre deltakere har reisetid. Kurset arrangeres på LMS som ligger på sykehusets område. Pasientopplæringsprogrammer kan inngå i beregningsgrunnlaget for innsatsstyrt finansiering. Retningslinjene for LMS kurs stiller krav om tema og lengde på pasientopplæringsprogram, blant annet at de skal strekke seg over minimum 7 timer og inneholde informasjon om sykdom, egenbehandling, mestring og rettigheter (13).

Kursdagene er bygget opp rundt følgende hovedtema:

Dag 1. Å leve med demens, utfordringer og muligheter.

Dag 2. Demens, årsaker og behandling.

Dag 3. Aktuelle tilbud i hjelpeapparatet og sikkerhet.

Første kursdag har vi fokus på hvordan redusert hukommelse påvirker og kan gi mindre og større utfordringer i hverdagen på ulike områder. Hovedvekt i undervisningen er tiltak som støtter hukommelsen og gir økt mulighet for hverdagsaktiviteter. Gode råd, mestringsstrategier og eventuelle hjelpemidler diskuteres. Betydningen av å ha en plan for dagen og opprettholde aktiviteter og sosial kontakt vektlegges.

Lege ved geriatrisk poliklinikk har undervisning andre kursdag. Kursdeltakerne har på forhånd diskutert hva de ønsker at legen skal ta opp, dette er gitt legen i forkant. Generell informasjon om demens, medikamenter, arvelighet og siste forskning er tema som det vanligvis ønskes informasjon om.

På tredje kursdag er tema knyttet til konkret informasjon om hvor en kan ta kontakt for å få hjelp. Det gis informasjon om både offentlige tilbud og tilbud i regi av demensforeningen. Sikkerhet mot brann og GPS blir tatt opp, aktuelle hjelpemidler blir vist.

Undervisningen veksler mellom forelesninger og samtale i grupper. Lengde på undervisning varierer utfra tema og deltakere, vanligvis mellom 30 – 40 minutter. Når det er gruppesamtaler, er ledsagerne i en egen gruppe.

På kurset blir det vist og referert til bøker hvor personer med demens deler sine opplevelser og erfaringer.



Rekruttering

Deltakerne til kurset rekrutteres/inviteres gjennom ulike kanaler. Informasjon om kurset ligger på LMS sin nettside som ett av kurstilbudene. Fastleger kan henvise til kurset. Demensforeningen informerer om kurset på sine nettsider og det er utformet informasjonsbrosjyre som ligger fremme på vår geriatriske poliklinikk samt deles ut på kurs for pårørende. I tillegg informeres aktuelle pasienter om tilbudet når de er på poliklinisk konsultasjon.

På hvert kurs deltar inntil 7 deltagere som nylig har fått en demens diagnose. Ett av kriteriene for å delta på kurset er at personen selv erkjenner at de glemmer. Etter innspill og ønske fra brukerrepresentanten i gruppen, ble det bestemt at våre deltagere kunne ha med seg ledsager på kurset.

Datainnsamling

Denne fagartikkelen er først og fremst basert på erfaringene til kursholderne som også er forfattere av artikkelen. I tillegg har deltakerne på kursene bidratt med innspill knyttet til egne erfaringer og refleksjoner til disse. Stikkord knyttet til diskusjonene ble notert under gruppesamtalene og er senere re-kodet til et meningsinnhold i tråd med slik kurslederne forsto deltakernes informasjon.

Etiske vurderinger

Samtlige deltakere på kursene som er arrangert, med unntak av en person, har gitt tillatelse til at deres erfaringer med å leve med sykdommen, deres løsningsstrategier og refleksjoner kan anonymt for-

midles videre både på andre kurs og ved informasjon om kurset. Utsagnene er anonymisert og budskapet er gjengitt med kursledernes ord og kan ikke spores tilbake til et bestemt kurs eller kursdeltaker.

Gjennomføringen av samlingene er vurdert i varhet til den enkelte deltaker på hvert av kursene. Dette innebærer mulighet for å ha følge med seg, lokaler som har gitt rom for mulighet til å trekke seg vekk fra gruppen ved behov samt at to kursledere har gitt mulighet for «en til en kontakt» ved behov.

Resultater

Fra oppstart i 2016 har vi arrangert 7 kurs med 5 – 7 deltaker på hvert kurs. Noen av deltakerne er fortsatt yrkesaktive, andre har vært pensjonister i mer enn 20 år. De fleste kursene har hatt lik kjønnsfordeling, med unntak av ett kurs hvor kun menn hadde meldt seg på. De fleste deltakere har valgt å ha med seg ledsager, som har vært ektefelle/samboer, barn eller en venn. Kursene ledes av ergoterapispesialist og spesialsykepleier i geriatri.

I det følgende presenteres noen av temaene deltakerne har tatt opp i gruppesamtalene.

Opplevelse av å miste evnen til å utføre hverdagslige gjøremål og aktiviteter.

Opplevelse av å miste evne til å utføre ulike praktiske gjøremål har vært et tema deltakerne har ønsket å reflektere over på alle kurs.

Deltakerne oppmuntrer hverandre til å opprettholde mest mulig selvstendighet og lystbetonte aktiviteter. En del velferds- teknologiske hjelpemidler blir presentert. Mange av deltakerne har nylig



begynt med medikamenter for demens, og medisindosetten Pilly (14) er aktuell for mange. I gruppesamtalene har deltakerne diskutert ulike løsninger

«Å se at flere har demens gjør at jeg slapper av.»

og gitt hverandre gode råd om tilrettelegging. Disse noteres ned og blir gitt skriftlig på siste kurs dag.

Ett aspekt som stadig kommer frem, er at aktiviteter som tidligere gav glede nå blir en påminning om sykdommen. Som en av kursdeltakerne uttrykte det: *«Jeg har ikke lenger glede av å lage mat»*. Forslag om tilrettelegging ble avvist. *«Det er nedverdiggende å stadig måtte be om hjelp, det er bedre å la andre gjøre oppgavene»*.

Opplevelse av at evne til kommunikasjon svekkes.

Mange av deltakerne beskriver sosiale sammenkomster som utfordrende. Fare for tilbaketrekning og sosial isolasjon er stor i perioden etter at en har fått demens diagnose (3). På de fleste av kursene har kursdeltakerne ønsket å snakke om opplevelsen av at evnen til kommunikasjon er blitt svekket. *«Jeg blir så usikker i samtale, for jeg lurer på om jeg har sagt dette alt. Jeg prøver å se på de andre når jeg snakker, for å se hva de tenker om det jeg sier.»*

En annen kommenterte: *«Det må jo være lov å spørre flere ganger, men man må jo ikke være til plage. Hvor mange ganger kan en spørre før det blir til plage?»*

Hvordan en blir møtt ved gjentakelse av spørsmål eller kommentar varierte. Felles for alle var opplevelsen av usikkerhet i samtaler, mange fortalte at de valgte å snakke minst mulig. De var blitt mer taus i sosiale settinger. En av deltakerne fortalte at han ikke lenger hadde samme behov for å delta sosialt.

Flere av deltakerne gav uttrykk for at familie og venner ikke forstod hvor vanskelig mangelen på språkferdigheter opplevdes. En av deltakerne som hadde barn i tenårene fortalte: *«Plutselig stopper jeg opp midt i en setning og kommer ikke videre. Da ser ungdommene på meg og sier: Ja, nå er vi spente.»* Et av de viktige temaene er refleksjon rundt hvordan en ønsker å bli møtt av omgivelsene ved stadige gjentakelser eller når ord og setninger forsvinner. Erfaring viser at åpenhet rundt sykdommen og de

utfordringer den medfører er med å avmystifisere sykdommen. Samtale om hvordan en ønsker å bli møtt av sine nærmeste gir trygghet (3).

Å få en demensdiagnose påvirker hvordan en ser på seg selv og hvordan andre forholder seg til en (3). Omgivelsenes holdninger til personer med demens er et tema som ofte blir diskutert. De fleste opplever at det er mer åpenhet om demens nå enn tidligere. Det er ikke i samme grad tabubelagt å få en demens sykdom. Flere har i løpet av kurset valgt å fortelle familie og nære venner om sin sykdom. De forteller at de opplever støtte og forståelse fra sine nære.

Opplevelse av samhold – møte andre i samme situasjon.

På kurset gir deltakerne tilbakemelding på at det er godt å møte andre i samme situasjon. Vi erfarer at deltakerne oppmuntrer hverandre til å fortsette med lystbetonte aktiviteter og deltagelse. Det er mye humor og latter i løpet av kursdagene.

Studier viser positiv opplevelse av å delta på lærings- og mestringskurs. Mange får håp av å møte andre i samme situasjon og lytte til andres erfaringer (7). En av deltakerne uttrykte det slik: *«Å se at flere har demens gjør at jeg slapper av.»*

På enkelte kurs har deltakerne valgt å treffes på Demensforeningens kafé etter at kurset er avsluttet.

Deltakernes tanker om fremtid

Tanker om fremtiden er et av temaene som tas opp i gruppesamtalene. Mange er bekymret for hvilke ferdigheter en vil miste videre. En av deltakerne bekymret seg for å bli isolert. *«Nå har jeg mistet sertifikatet. Hvor lenge vil jeg fortsatt klare å ta buss alene?»* Noen av deltakere forteller at de er engstelige for å bli hjelpeløse, og ikke i stand til å kjenne igjen sine nære.

Betydning av å ha håp ble vektlagt av deltakerne. Noen fortalte at de håpet på et gjennombrudd i forskning med påfølgende utvikling av bedre medisiner. De var interessert i forskning, og henviser til aktuelle, nyere studier. Forskning er et av temaene deltakerne vanligvis ønsker at legen skal undervise om på kurset.

For de fleste knyttet ikke håpet seg mot å bli frisk. De gav uttrykk for at de håpet på gode opplevelser og et meningsfullt liv til tross for sykdom.

Erfaringsmessig er samtale om håp et tema helsepersonell unngår i samtale med personer som nylig har fått demensdiagnose. Forskning viser at

håp er sterkere hos mennesker som befinner seg i krevende livssituasjoner. Håp handler om at fremtiden bringer noe godt med seg. Det er en drivkraft og motivasjonsfaktor i livet (15). På kurset har det vært viktig å formidle at en fortsatt kan ha et meningsfullt liv og gode dager med demens (16). Studier viser at deltakere fikk styrket håpet sitt for fremtiden etter at de har vært med i lærings- og mestringskurs (7).

Kursledernes opplevelse og refleksjoner

Gjennom ledelse av kurset og samtale i gruppene har vi kursledere fått mer kunnskap om den dementes egen opplevelse av sykdommen, og deres refleksjoner rundt tap av ferdigheter. Vi har fått økt forståelse av hvordan sykdommen påvirker alle områder i livet. Ikke minst har det gitt oss en større respekt for den enkeltes evne til å tilpasse seg de store utfordringene, og deres kamp for å bevare egen selvrespekt.

Ergoterapeut er skolert i at meningsfull aktivitet og deltakelse er helsefremmende. Tilrettelegging av aktiviteter er ergoterapeutenes kjernekompetanse (17). Kursdeltakerne formidlet at det og ikke mestre en aktivitet og stadig måtte be om hjelp, gav dem en påminning om sykdommen. Aktiviteter som de mestret og var trygg på gav dem opplevelse av og fortsatt mestre tilværelsen.

Demens blir ofte betegnet som en «pårørende-sykdom» (16). Flere av kursdeltakerne har påpekt at det oppleves krenkende at informasjon og kurs blir gitt pårørende, men ikke den som skal leve med sykdommen. Mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor (3). Svært mange steder arrangeres det kurs for pårørende. Det er også utarbeidet mye informasjon til pårørende, men det er fremdeles begrenset tilbud til dem som har demens. Medfører dette at de i mindre grad får mulighet til å ta ansvar for å leve med sin sykdom? Personer med demens er en stor og uensartet gruppe. Opplevelse av demens er individuelt (18). En av kursdeltakerne trakk frem at «*Det finnes ikke standardløsninger. Enhver må finne sin måte å leve med demens på.*» Vi har erfart hvordan økt kunnskap om sykdommen og ikke minst møte andre samme situasjon gir deltakerne hjelp til å finne sin måte å leve med demens på.

Avslutning.

Demens er en krevende sykdom å leve med. Samfunnsskapt hindre og fordommer kan føre til økt sykdomsbyrde. Opplæring av pasient og pårørende

er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. Det er få geriatriske og alderspsykiatriske poliklinikker som gir tilbud om kurs til den som selv får demens diagnose. LMS i spesialisthelsetjenesten har gode system for arrangering av kurs. Vi har opplevd lite utfordringer av betydning med arrangering av kurset. Vårt ønske med artikkelen er å inspirere flere som arbeider ved geriatriske og alderspsykiatriske poliklinikker og starte med kurs for dem som selv får demens diagnose. Vår erfaring er at kurs gir støtte til å mestre å leve livet med demens i tidlig fase av sykdomsforløpet.

Vi vil rette en stor takk til deltakere på kursene, som har delt av sine erfaringer med å mestre å leve med demens. Det har gitt oss økt innsikt og forståelse, og ikke minst gitt oss inspirasjon i arbeidet med kursvirkomheten. ■

Litteraturliste

1. WHO. ICD-11, International Classification of Diseases 11th Revision The global standard for diagnostic health information. World Health Organization. 2019.
2. Rokstad AMM, Smebye KL. Personer med demens Møte og samhandling. Akribe, editor. Oslo, 2008.
3. Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn. Helse og omsorgsdepartementet.
4. Testad I, Meling M, Vagle V, Henriksen A, Frøiland C, Kajander M, et al. Mestring og muligheter for personer med demens – 12- ukers kurs for personer med demens i tidlig fase Demens&Alderspsykiatri. 2016;20.
5. Buettner LL, Fitzsimmons S. Promoting health in early-stage dementia: evaluation of a 12-week course. J Gerontol Nurs. 2009;35(3):39-49.
6. Stenberg U, Øverby H M, Fredriksen K, Kvisvik T, Westermann K F, Vågan A, et al. Utbytte av lærings- og mestringsstilbud. Sykepleienno/Forskning. 2017.
7. Meld. St. 15 (2017 – 2018) Leve hele livet.
8. Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1.
9. LMS. (Lærings- og mestringscenteret) Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/avdelinger/forskings-og-utviklingsavdelinga/fag-og-utdanning/lerings-og-meistringscenteret>;
10. Lov om spesialisthelsetjenesten, §3.8.
11. Forskning.no (2018) <https://forskning.no/partner-aldring-alzheimer/personer-med-demens-blir-sendt-tilbake-til-skolebenken/259958>;
12. Meyer N, Galgerud -K, B B. Jeg har fått demensdiagnose – hva nå? Demens & Alderspsykiatri. 2011;15.3.
13. Mestring for alle, Regional Kompetansetjeneste for pasienter - og pårørende [http://mestingforalle.no/innsatsstyrte-finansiering-isf/](http://mestringforalle.no/innsatsstyrte-finansiering-isf/)
14. Riktig medisin til rett tid gir bedre helse 13.2. <https://docplayer.me/394596-Riktig-medisin-til-rett-tid-gir-bedre-helse-for-a-bli-kjent-med-pilly-start-her.html>.
15. Dalaker A. Tro-en kilde til livsmot? Håpets mysterium når sykdom preger livet: Efrim forlag; 2012
16. Andersson B. Så lenge jeg kan vil jeg fortelle Agneta Ingberg om sitt liv med Alzheimers sykdom. Luther; 2008. p. 119.
17. Alle skal kunne delta, Ergoterapeutens kjernekompetanse <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
18. Wogn-Henriksem K. «Du må...skape deg et liv.». Trondheim: NTNU; 2012.



Byhuset – et aktivitetshus for demente

Livet endrer seg når man får en demenssykdom. Ikke dramatisk i første omgang men det blir annerledes, både hos den demens rammende og dens pårørende. Før eller siden oppstår behovet for avlastning, inspirasjon og støtte i hverdagen.

Styret for landgruppe for geriatri og demens avholdt styremøte i august i København

I den forbindelse var vi på en studietur til Odense på aktivitetshus byhuset.

Det er et aktivitet og treningshus til demente som bor i eget hjem.

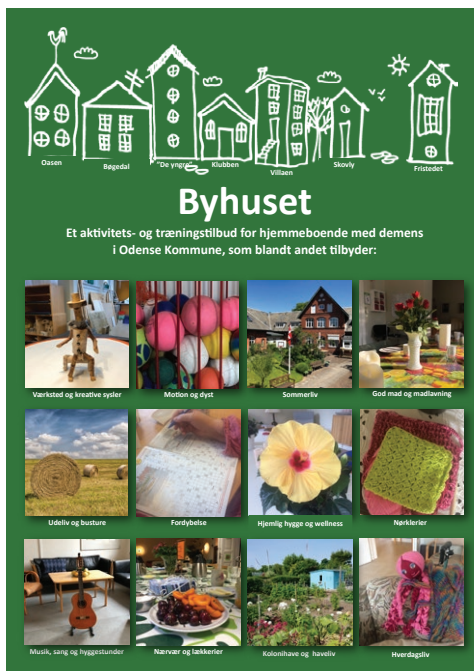
Byhuset består av en stor bygning med seks mindre enheder. Hver enhet har plass til 8–9 brukere pr. dag, og der er to medarbeidere tilknyttet av gangen. Der er det treningskjøkkener, verksted, sanserom og treningsrum.

Her tilrettelegges det for aktiviteter ut fra brukerens individuelle ferdigheter, ressurser og interesser. Det gir muligheter for forskjellige interesse

«I Byhuset er det noen som lytter.»

Bruker av byhuset

bestemte aktiviteter i løpet av uken (utelivsaktiviteter, bussturer, kreative aktiviteter mm.). Byhuset har åpent alle hverdager og den enkelte brukeren er ca tre dager i uken, og det tilbyes både



hel- og halvdagsplasser De daglige aktiviteter er av 2-4 timers varighet. Det organiseres transport til den enkelte fra og til Byhuset. Personalegruppe er tverrfagligt sammensatt, som har gjennomgått flere kurs i demens. De får oppfølging og veiledning fra kommunens demensteam.

En viktig forutsetning for den enkelte bruker er at personalet legger vekt på et tett samarbeid med de pårørende. Det vektlegges samhold, åpenhet og forstå-

else- både for den dement selv, men også for de pårørende. Gode opplevelser, daglig mosjon og medstemmelse i alle gjøremål er grunnsteinen i hverdagen. Huset har et aktivitetsutvalg bestående av medarbeidere og brukere som sammen står for ideer og planlegging av aktiviteter

Bruker som har behov for et dagtilbud i aktivitetshus, er det demensteamet i kommunen. som har ansvar for både informasjon og fatter vedtak

til den enkelte bruker.

Hvis der oppstår et behov for et eget trening opplegg, kan brukeren få et hjemmebesøk og få skreddersydd et eget treningopplegg i Byhuset.

Frivillige er bidra også med hjelp i huset Tilbudet om aktivitet og trening kan bidra til at de demte kan bo lengre i eget hjem. ■



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

LANDSKONFERANSE 2020

16.–17. April 2020

Hold av dagen allerede nå

Tema:

Akutt geriatri – sykepleierens rolle

Konferansen avholdes på
Scandic Nidelven Trondheim





BILDE FRA VENSTRE: leder NSF i faggruppe for psykisk helse og rus, Espen Rolland, leder i NSF Lill Sverresdatter Larsen og leder i NSF's faggruppe for geriatri og demens, Tor Engevik. Foto: Hilde Beathe Steen.

Med faget i front

Mørketidskonferansen ble avholdt i Tromsø den 24. og 25. november er over for denne gang. Programmet er utviklet i et samarbeid mellom NSF's faggruppe for sykepleiere innen geriatri og demens og NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Målet med konferansen er å bidra til å forsterke denne faglige plattformen som fokuserer på eldre, og psykisk helse og rus. Eldre i dag er en sammensatt gruppe

og mange lever meningsfulle liv og har hverdager fylt av aktiviteter som gir mening. Men vi vet også at ensomhet og isolasjon preger mange Eldres liv i dag. På konferansen hadde vi en rekke foredragsholdere som belyste forskjellige sider ved overnevnte tema.

Som foredragsholder på mørketidskonferansen var vår nylagte forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen tilstede. Lill er medlem av faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Lill var

tydelig i sin faglige innretning. Viktige temaer som pakkeforløp, veiledere og retningslinjer ble diskutert og problematisert. Forbundslederen er opptatt av å ha faget i front, det er viktig å stille spørsmålet hva er sykepleierens rolle i det tverrfaglige landskapet. Pårørende- og brukerperspektivet ble tydelig adressert. Vi i NSF's faggruppe i geriatri og demens gleder oss til å være med på fortsettelsen med en modig leder som setter faget vårt i front.

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 2019.

Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent.

Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin. De vil da få fagtidskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

Tor Engevik, Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen.

Eller send en e-post med opplysningene til tor.engevik@hotmail.no

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