

# Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



**I livets siste dager  
– forbli i sykehjem  
eller overføres  
til sykehus?**

Side 36

**GERIATRISK SYKEPLEIE** utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

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**

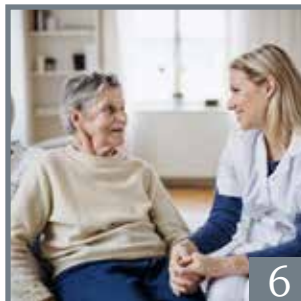
Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

# Innhold

# 01 - 2020



- 6** Organisering og interaksjon i team som ivaretar døgn-kontinuerlig omsorg til hjemmeboende eldre
- 13** «Det er kvardagen vi kjem til» – erfaringar frå eit alderspsykiatrisk team ved eit distriktspyskiatrisk senter
- 22** Å skape mening i omsorg for sin ektefelle som har demens. – Fenomenologisk-sosiologiske betraktninger
- 26** Hvordan hjemmesykepleiere avdekker og følger opp subakutt funksjonssvikt hos eldre ved hjelp av SAFE – en kvantitativ innholdsanalyse
- 36** I livets siste dager – forbli i sykehjem eller overføres til sykehus?
- 44** Geriatri seminaret i Vestfold
- 46** Omsorgspris



6



18



22



44


 FAKTA

### Tor Engevik

Leder NSF's Faggruppe  
for sykepleiere i geriatri og demens

## Mind the Gap

**V**i har visst det lenge og det overrasker nok ingen at også NAV og Statistisk Sentralbyrå bekrefter det vi har varslet.

Det er en økende sykepleiermangel i Norge. Det er heller ingen overraskelse at sykepleiermangelen får konsekvenser. Store konsekvenser. NOVA-rapport 7-17 viser blant annet til en klar statistisk sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning og forekomst av infeksjon og trykksår. Sykepleier og førsteforfatter Kirsten Brubak fant i en undersøkelse også sammenheng mellom sykepleieres arbeidsbyrde og pasientdødlighet. Steller vi godt med sykepleierne, går det kanskje bedre med pasientene, er en av hennes uttalelser i Sykepleien den 29.01.2020.

Særlig vil sykepleiermangelen ramme eldreomsorgen. I Sykepleien 28.09.2017 skriver nåværende nestleder i Sykepleierforbundet, Silje Naustvik, at hun som avdelingsleder på et sykehjem opplevde en utfordrende hverdag med skyhøyt sykefravær, knapt med hele stillinger og en bemanning som ikke var tilpasset arbeidsoppgavene. Hun er ikke alene om den hverdagsbeskrivelsen.

I november 2019 sendte fagbladet Sykepleien ut en undersøkelse til medlemmer i NSF. Undersøkelsen avdekket blant annet at sykepleiere i hjemmebaserte tjenester stadig får flere oppgaver. Pasienter som tidligere fikk sin behandling på sykehus får nå samme hjelpen hjemme. Sykepleierne utfører prosedyrer knyttet til smertepumper, stell av galle-, nyre- og plauraedren. De pleier pasienter med hjemmerespirator, dialyse og tracheostomerte. De utfører intravenøs behandling og oppgaver i forbindelse med palliasjon og hjemmedød for å nevne noe. Det er nesten ikke grenser for hva en hjemmesykepleier kan og må utføre. De fleste sykepleierne i undersøkelsen tilbakemelder at de opplever det positivt og inter-

essant med komplekse faglige oppgaver. Det de ønsker seg er imidlertid bedre tid og mer kunnskap.

Å løse sykepleiermangelen er ingen quick fix. Vi må tenke flere tanker samtidig. Vi må rekruttere og vi må beholde. Skal vi få flere til å velge å bli i yrket så må vi i tillegg til god bemanning ha mulighetene til god fagutvikling. Vi må ha gode turnuser, som det er mulig å leve med, og vi må få lønnsforhold som avspeiler det komplekse og livsviktige arbeidet vi utfører. I Rennesøy kommune i Rogaland har de ikke uønsket deltid, og de er lønnsledende når det gjelder sykepleierlønn. I følge enhetsleder i kommunen, Bente S. Jensen, tilbys sykepleierne gode arbeidstidsordninger, oversiktlige arbeidsoppgaver og et minimum av tidspress. Det forklarer kanskje hvorfor de har god sykepleierdekning.

Vi må altså arbeide på flere fronter. Regjering og utdanningsinstitusjoner må legge til rette for å utdanne flere sykepleiere, og vi må tilby nok gode praksisplasser til studentene. Og for å få frem de beste sykepleierne må vi rekruttere fra hele befolkningen. Flere menn må motiveres til å bli sykepleiere. Vi må ha gode lønnsbetingelser, hele stillinger, gode turnuser og gode arbeidsvilkår. Det er et paradoks at så mange som 20 prosent av alle som blir utdannet til sykepleiere innen ti år har valgt et annet yrke. Vi ser samtidig at de kommuner og helseforetak som tar grep, klarer å holde på sykepleierne.

Tall fra samfunnsøkonomisk analyse viser at Norge i 2030 kan mangle minst 75000 sykepleiere. Hva gjør vi da når pandemien kommer? Min oppfordring er at politikere, rådmenn, utdanningsinstitusjoner og ledere i foretak og i kommunene, snarlig tar et krafttak for å demme opp for sykepleiermangelen. Planlegging og tiltak for sikre fremtidens helsetjenester må begynne nå. Vi har ikke råd til å nøle. Mind the Gap. ■


**FAKTA**
**Terje Årsvoll Olsen**

Førstelektor Geriatrisk sykepleie, Høgskulen på Vestlandet og medlem i Rådet for sykepleieetikk, NSF

## Sykepleierens og Jordmorens år 2020

**2** 020 ble fra WHO presentert som det internasjonale sykepleier- og jordmøråret, men ingen visste at året virkelig skulle by på store sykepleiefaglige og etiske utfordringer i alle lag av helsetjenesten når dette ble bestemt.

Sykepleiere har fått klappsalver over hele verden. Statsministeren i Storbritannia kan ikke få takket sykepleiere og leger nok for innsatsen med å snu hans kamp mot Covid-19 til seier. Mange tenker nok at det primært er sykepleiere i spesialisthelsetjenesten som har stått i det. Og jammen har de stått tett i stormen, men vi kan ikke glemme at sykepleiere som jobber med gamle også har fått andre ting å tenke på og stå i disse Covid-19 tider. Nedstengningen av samfunnet var kanskje først og fremst for å beskytte de mest sårbare blant oss, kronisk syke og gamle. Det sier mye om fellesskapsverdier når samfunnet vil gå i bresjen for å beskytte de svakeste, et etisk og verdimesig fundament vi kan være stolt av. Men dessverre er det også sånn at det på tross av ønsket om å beskytte gruppen med sårbare, så har tiltakene også gått mest ut over dem. Mange gamle og kronisk syke både i somatikk og psykisk helse har blitt sendt ut i isolasjon. Pasienter i sykehjem har ikke fått besøk av sine nærmeste og pasienter i hjemmesykepleien har fått et redusert tilbud. Mange har også valgt å avbestille hjelpen de

trenger. Argumentet for redusert tilbud har vært at det kun er rom for nødvendig helsehjelp. I fredstid ville en antagelig regnet det å skifte en bleie som nødvendig helsehjelp for å forebygge urinveisinfeksjoner, men i Covid-19s navn er dette noen steder ikke nødvendig helsehjelp.

«VELKOMMEN TIL OSS er byttet ut med STOPP – BESØKENDE INGEN ADGANG. Inne sitter beboerne og venter på sine pårørende. Det kommer ingen». May-Lis Nerhus Bakken som er Virksomhetsleder ved Årdal Omsorgssenter i Hjelmeland kommune og medlem av Rådet for sykepleieetikk belyse konsekvensene og muligheten i denne sammenhengen (Sykepleien.no 9.4.20). Stillhetens konsekvenser for beboerne bør ikke blir større enn høyst nødvendig. Vi sykepleiere må klare å balansere smittevern med behov for omsorg og trygghet for enkeltmennesket i livets slutfase. Det krever god faglig kompetanse, høy etisk bevissthet, en god porsjon innlevelse og ikke minst tydelig og kvalifisert sykepleiefaglig ledelse. Hvordan kan vi som geriatriske sykepleiere bidra til at de gamle i sykehjem og i hjemmesykepleien opplever mindre ensomhet når det bare er oss de ser. Nærhet, omsorg, god kommunikasjon og det å være oppmerksom til stede har aldri vært viktigere.

Dette nummeret av Geriatrisk sykepleie handler om organisering og bruk av digitale



Foto: Istock

verktøy i hjemmesykepleie, om alderspsykiatriske team som en ambulant ressurs og om livets siste fase. Hvordan kan vi organisere hjemmebaserte helsetjenester slik måte at tid til sosial støtte blir en styrke for de ansatte i teamene. Team som samarbeider godt skaper også trygghet i møte med pasientene. I disse tider med hjemmeisolasjon og besøksforbud kan lett alderspsykiatriske utfordringer bli forsterket. Hvordan kan vi sikre oss at gradvise endringer og forverring av tilstand hos hjemmeboende eldre ikke pågår over tid uten å bli oppdaget når kun nødvendig helsehjelp skal gis? Dette kan medføre akuttinnleggelse og langvarig helsehjelp etter utskrivelse, med økt press på helsetjenesten både under og etter oppholdet.

Skal gamle få dø på sykehjemmet eller skal de overføres til sykehus. Covid-19 har ført til at dette valget er falt bort skal vi tro de rapportene som er kommet. Gamle som ble smittet av Corona i sykehjem ble aldri vurdert flyttet til sykehus. Nasjonale føringer for prioriteringer tydeliggjorde dette. Betyr det at de fikk dårlige sykepleie? Det må nok vurderes i hvert enkelt tilfelle, men i Bergen, ved Gullstøltunet, kan vi lese at pårørende som har mistet sine til Covid-19 i sykehjem ikke kan få fullrost sykepleiere og leger nok. De føler

seg ivaretatt og kjenner seg trygge på at verdigheten ble ivaretatt til det siste. Dette er selvsagt avhengig av ledere som våger å prioritere og av bemanningsforhold. Det må være nok sykepleiefaglig kompetanse og god og tilgjengelig kommunikasjon med legen. Det må settes av tid til pårørende og disse bør bli gitt mulighet til å være sammen med den døende. Det er en viktig del av sykepleien også å sikre pårørende i slike situasjoner, og trygge dem på at det gis god palliativ sykepleie helt til slutt også i sykehjem.

Denne tiden utfordrer oss på mange måter. Nå er det viktig at vi tar lærdom av det som skjer og er bedre rustet neste gang vi blir møtt av en usynlig fiende. Kanskje vi kan benytte anledning til å snakke med de gamle vi treffer og spørre dem om de erfaringene de har med seg fra sist vi var i en liknende situasjon. Mange husker krigens dager, og krevende epidemier på 50-tallet. Noen har vært gjennom økonomiske nedgangstider og mange har levd med ensomhet og sorg. Det er mye god sykepleie i det å lytte og la de stille stemmene slippe til med sine bekymringer og erfaringer. La oss sammen ta WHO sin befaling om at 2020 er Sykepleierens og Jordmorens år på alvor. God lesning. ■



# Organisering og interaksjon i team som ivaretar døgnkontinuerlig omsorg til hjemmeboende eldre

## Introduksjon

Hjemmetjenesten har en viktig rolle i den døgnkontinuerlige omsorgen for hjemmeboende eldre (1,2,3,4,5). Tjenesten skal ivareta utskrivningsklare pasienter som ikke er ferdigbehandlet og flere har kompliserte lidelser (6). Eldre pasienter som skrives ut fra sykehusene har økende risiko for feilmedisinering, noe som vil medføre reinnleggelser og skape brudd i kontinuiteten når pasienten flyttes mellom ulike tjenestenivå (7, 8).

Døgnkontinuerlig omsorg i hjemmetjenesten innebærer både omsorgs-kontinuitet og omsorgskvalitet over tid. Oppgaver som dekker de daglige grunnleggende behovene prioriteres, mens kliniske vurderinger, helsefremmende og forebyggende arbeid blir ofte nedprioritert (9,10). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet

pluss etterfølgende behov for ivaretagelse i hjemmet krever kompetanse hos tjenesteyterne (17). Faglige vurderinger av økt hjelpebehov hos pasientene må vektlegges mer i hjemmetjenesten (18,19). Hensikten med denne artikkelen er å få kunnskap om hvordan interaksjonen og organiseringen foregår når hjemmetjenesten skal ivareta den døgnkontinuerlige omsorgen for hjemmeboende eldre.

## Metode

Metoden er kvalitativ og består av observasjoner og uformelle samtaler (20). Feltarbeid som metode er anerkjent innen vitenskapelig metodologi og innebærer ikke-deltakende observasjon og deltakende observasjon. Å utføre feltarbeid er å bringe forskeren tett inn på menneskene i den kulturen man studerer (21). Gjennom ikke-deltakende observasjon samt deltakende observasjon blir forskeren en del av den sosiale virkeligheten som studeres, og utvikler sin forståelse og refleksivitet ved deltakelse i menneskers daglige liv (22).

Datamaterialet er analysert ved å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse av feltnotater fra observasjonene av rapportene, møtene og uformelle samtaler (23). Innholdsanalysen er åpen og vil variere ut fra forskers perspektiv som er omsorgsperspektivet (24). Som feltforsker var jeg tilstede på rapporter og på møter i hjemmetjenesten. Jeg observerte hva som skjedde mellom de ansatte når de rapporterte og kommuniserte, så på hva som hendte mellom dem, om de lyttet til hverandre, om de gav hverandre støtte, om de fikk snakke en og en og jeg var opptatt av å finne

## «Tjenesten har fått mindre tid til å ivareta pasientens hverdagslige behov»

og kvalitet (11). Sykepleiere utfordrer systemet i hjemmetjenesten for å klare å ivareta pasientenes behov for sykepleie (12,13,14). Men tjenesten har fått mindre tid til å ivareta pasientens hverdagslige behov på tross av at adekvate omsorgstjenester er en menneskerettighet (15,16).

Økningen i kortere behandlingsopphold i sykehus,

### FAKTA

Førsteforfatter og kontaktperson: Torill Sæterstrand  
OsloMet-storby-universitetet  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



ut om de utøvde omsorg til samme pasient over tid og om de samarbeidet med andre. Studien har en del begrensninger siden datasamlingen er utført i 2012 og 2013. Samtidig har studien aktualitet også i dag, fordi nyere hjemmetjenesteforskning er kommet til i ettertid og man sammenlikner funnene med nye og aktuelle studier fra feltet.

#### Etiske overveielser

Det ble søkt Regional etisk komite (REK-NORD nr. 2011/2457-6) samt datatilsynet (NSD nr. 28643) om tillatelse til å gjennomføre prosjektet. Deretter ble det etablert kontakt med omsorgslederne som formidlet kontakt med lederne av hjemmetjenesten som kontakten de aktuelle lederne av teamene i hjemmetjenesten.

Som forsker tok jeg deretter kontakt med lederne i de ulike teamene for å avtale oppmøte og gav informasjon om prosjektet og samtykke-erklæringen. Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet til de ansatte i teamene. Helsinkideklarasjonen (25) er fulgt gjennom hele studien. Hensynet til informantene innebærer at etiske prinsipper reflekteres over og ivaretas gjennom hele forskningsprosessen. Anonymitetshensynet til deltakerne i studien samt pålitelighet i fremstilling av forskningsresultatene er en forpliktelse som er ivarettatt.

#### Utvalg

I de to kommunene var det totalt 10 team i hjemmetjenesten, men for å avgrense studien ble det gjort et

#### Sammendrag:

**Introduksjon:** Målet med studien var å beskrive organiseringen og interaksjonen mellom helsepersonellet i hjemmetjenestens team når de skal ivareta døgkontinuerlig omsorg.

**Metode:** Teamene ble observert under rapporter og møter. Etter observasjonene ble det gjennomført uformelle samtaler. Data ble analysert ved å anvende kvalitativ innholdsanalyse. Resultat: Tre kategorier ble utviklet under analyseprosessen: Vurdering av pasientsituasjoner, Samarbeid i og mellom teamene, og sosial støtte.

**Konklusjon:** Teamene fremstod som dynamiske i forhold til hvordan de kunne samarbeide for å ivareta pasientenes behov for døgkontinuerlig omsorg. Samarbeidet i og mellom teamene var viktig, men innebar noen utfordringer i det daglige arbeidet med hensyn til kontinuitet. Tid til sosial støtte er en styrke for de ansatte i teamene.

**Nøkkelord:** interaksjoner, hjemmetjeneste, kvalitativ metode, feltarbeid, organisering.

#### Abstract:

**Introduction:** The aim of this study was to describe the interaction and organization between health personnel of teams in home care when caring for patients.

**Methods:** The teams were observed during reports and meetings. After the observation, there were informal dialogues with the health personnel. Data were analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** Three categories emerged for the analysis: Review of the patient situations, Cooperation in and between teams, Social support.

**Conclusion:** The teams acted dynamic to consider the patients situations. Cooperation in the teams and between the teams was important, but represented a challenge in the daily work when it comes to continuity. Time for social support by the teams strengthen the health personnel.

**Key words:** interaction, home care, qualitative methods, fieldwork, organization



utvalg på fire team (to fra hver kommune) som ble fulgt opp over en periode på fire måneder i 2012 og 2013. I tillegg til de fire teamene som ble observert

## «Formålet med teamenes rapporter var å informere og drøfte pasientenes døgnkontinuerlige behov og ansattes erfaringer med å møte disse behovene»

over fire måneder ble det i en av kommunene observert ukentlige sykepleiemøter med fem teamledere, to mellomledere, nattsykepleiere og to kreftsykepleiere over en periode på to måneder. Hvert av teamene i hjemmetjenesten bestod 20 ansatte, sykepleiere helsefagarbeidere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere. Det enkelte team hadde ansvar for ca. 100 pasienter der 80% av pasientene var over 80 år.

### Feltarbeidet

Observasjonene av interaksjonen i teamene ble gjennomført på vaktrommet og på møterom i hjemmetjenestens lokaler. Observasjonene fokuserte på interaksjoner under rapporter og møter. Som feltforsker fikk jeg en tilbaketrasket rolle med egen pult på teamenes vaktrom, ved siden av møtebordet der de ansatte satt under rapportene. På møtene satt jeg i bakgrunnen men deltok i den sosiale situasjonen, med en tilbaketrasket rolle der man kunne notere. Feltarbeidet pågikk i to måneder i perioden oktober-desember i 2012 i den ene kommunen, og i to måneder i perioden april-juni i 2013 i den andre kommunen. Tilstedeværelsen var ca. to dager pr. uke med til sammen 290 timer feltarbeid i totalt fire ulike team. Lederne i teamene foreslo hvilke møter man burde være observatør på, for å få kunnskaper om hva som foregikk i hjemmetjenesten. Tilstedeværelsen i teamene varierte med hensyn til ukedager, men tidspunktet varierte mellom kl. 0800 og 1530. Det ble observert på rapporter, brukermøter, sykepleiemøter, personalmøter, og krisemøter. Lokalitetene til tre av teamene var i samme bygg som kommunenes

sykehjem, mens et team lå i et tidligere industribygg sentralt plassert.

Formålet med teamenes rapporter var å informere og drøfte pasientenes døgnkontinuerlige behov og ansattes erfaringer med å møte disse behovene. Formålet med brukermøtene var å informere og drøfte arbeidssituasjonen i hjemmetjenestens team, drøfte avvikene og foreslå forbedringer samt samtale om utfordringer i arbeidshverdagen. Formålet med sykepleiemøtene var å fordele fagkompetansen mellom teamene slik at den døgnkontinuerlige driften kunne opprettholdes med kompetent sykepleiepersonell. På personalmøtene ble det informert om situasjonen i hjemmetjenesten og mulige endringer i organisasjonen.

På krisemøtene ble det drøftet hvordan teamene samarbeidet med psykisk helse om utfordrende situasjoner. Samtalene etter møtene og rapporten var i hovedsak med lederne i teamene, men også med det øvrige personalet i teamene foruten kreftsykepleierne, teamledere og mellomledere. Feltmetodikk handler om å utvikle virkelighetsnær forståelse og samle inn data ved å oppholde seg i et felt som studeres, men feltforskning er imidlertid kritisert fordi forskerrollen lett kan bli marginal (26). Å oppholde seg i et felt over tid kan føre til at forskeren «goes native» og blir en del av feltet. På den andre siden vil en objektiv forskerrolle verken være mulig, eller hensiktsmessig for en kvalitativ analyseprosess (27). Noen kan bli nøkkelinformanter tidlig og gi forskeren en større forståelse for hvilke essensielle meninger som eksisterer i feltet (27).

### Analyse

Feltnotatene fra observasjonene i teamenes rapporter, møtene og uformelle samtaler ble analysert ved å anvende innholdsanalyse (23). Først ble det gjort en gjennomlesning av teksten og ved å være nær teksten for å finne meningen i forhold til konteksten i hjemmetjenesten. Teksten ble delt inn i meningsenheter. Deretter ble meningsenhetene gitt en kode. Den kodede meningsenheten ble sammenliknet og sortert til tre kategorier. Kategoriene ble sammenliknet med hele teksten ved en frem og tilbakegang mellom helhet og del, til konsensus ble oppnådd.

### Funn

Funnene består av tre kategorier som ble analysert frem: Vurdering av pasientsituasjoner, Samarbeid i og mellom teamene, Sosial støtte.



**TABELL 1:** Eksempel fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Kategori
Sykepleier må skynde seg ut til en som er blitt dårlig, tar lilla akutt box. Akuttkurven til en av brukerne. Måtte bruke sin egen bil. Stresset kjennes. Hun kunne ikke være med på rapporten for det hastet. Livet stod på spill.	Skynder seg for å ivareta akutt syke fordi det haster, bruker egen bil, stress. Reiser til pasient og avbryter rapport.	Å skynde seg for å berge liv hos pasienten.	Vurdering av pasientsituasjoner.
Tilmeldt to pasienter som de ikke har tid til. Problem at sykehjemmet er så streng på å ta inn pga utskrivningsklare. 4 team blir spredt på alle pasientgruppene. De må ha flere folk på kveld. De har allerede noen de har bytta på.	Tilmeldte pasienter uten tid til. Sykehjemmet tar ikke inn pasienter nå. Team spredt på pasientgrupper. Trenger flere ansatte pga bytte på pasienter.	Press på tjenesten som følge av flere pasienter men få ansatte.	Samarbeid i og mellom teamene.
Tiden er viktig for dem. De har en gjennomgang på brukerne og prater om hvordan de har det for tiden. Det er godt samhold, og de støtter hverandre.	De samarbeider med hverandre og har godt samhold innad i teamene.	Samhold innad i teamene.	Sosial støtte.

### Vurdering av pasientsituasjoner

Vurderingen av pasientsituasjoner gjennomføres ved å fortelle og drøfte muntlig med de andre i teamet, før det avgjøres hvilke tiltak som er aktuelle nå for den enkelte pasient. Når teamet er samlet på rapporter og møter skjer det en utveksling av kunnskap og erfaringer hos de som er tilstede. Dette kan karakteriseres som felles erfaringskunnskap innen hjemmetjenestevirksomhet. Hvert teammedlem har selv mulighet til å fortelle og forklare hva de har erfart ute i hjemmebesøk i praksis, og de lytter og drøfter sammen med kollegaer. Å kompensere for pasientens behov ivaretas av teammedlemmene utenfor vakt- og møterom. Å kjenne pasienten over tid, bidrar til kontinuitet mellom team, pasienter og eventuelle pårørende. Avanserte prosedyrer trenes på grunn av pasientsituasjoner, og ivaretas av kompetente sykepleierne i teamene. Vurdering av pasientsituasjoner utvikles over tid, og påvirker kvaliteten av utøvelsen.

### Samarbeid i og mellom teamene

Teamene hadde en meget sterk bevissthet på å løse oppgavene for de pasientene som teamet hadde ansvaret for. På grunn av ytre press med flere kompliserte pasientsituasjoner skjedde det en mobilisering der alle teamene samarbeider om noen pasienter. Press på organiseringen og kontinuiteten kom til uttrykk i dette samarbeidet. Teamenes virksomhet økte ved at

de «bytter» pasientene mellom teamene for å klare å yte sykepleiefaglige oppdrag til de som trenger det innenfor døgnet, fordi det var mangel på sykepleiere i hjemmetjenesten. Spesielle prosedyrer og medikamenthåndteringsmåte måtte overholdes i forhold til påbudte faglige retningslinjer. «Byttingen» av pasientene mellom teamene er med på å minske kontinuiteten. Det ble uttrykt at de opplevde det slit som når relasjoner bygges og brytes både for teamet, pasienter og pårørende. «Byttingen» medførte økt antall avvik spesielt med hensyn til medikamenthåndteringen, på grunn av liten tid og mindre kjennskap til hva pasientene var vant med, eller hva man som tjenesteyter måtte være spesielt oppmerksomme på for den enkelte pasient. Mobiliseringen i teamene på grunn av ytre press gav seg utslag i det ble inngått avtale om «integrert pasientomsorg» der hjemme-sykepleier i X team skulle komme å mate pasienten tre ganger daglig, fordi de kjente pasienten best og fordi pasienten trengte døgntilførsel tilsyn og ikke kunne klare seg alene i egen omsorgsbolig. Presset på hjemmetjenesten ble for stor i en tid da flere «byttinger» allerede var satt i system for å rekke over alle sykepleiefaglige oppdrag. Terminal omsorg var krevende og økte i timetall en periode og det ble gitt opplæring for sykepleiere Ad-hoc i avanserte prosedyrer. Sykepleiemøtene som vanligvis ble holdt en gang pr. uke, økte til to ganger i uken på grunn



av behovet for samarbeid mellom teamene slik at de sammen kunne ivareta den døgnkontinuerlige omsorgen.

### Sosial støtte

Den interne kulturen er høy innad i teamet og gav seg utslag i råd, veiledning og sosial støtte. Før hjemmebesøk skjer det drøftelser i teamet om hva som skal gjøres ute i praksis. Dette er nedfelt i arbeidsplaner med angivelse av tidsintervall avhengig av hjemmebesøkets mål. De ansatte hadde muligheter for å utøve skjønn på tross av tidsangivelsene. Det som skjedde «før» og «etter» hjemmebesøkene kom frem under rapporter og samtaler på vaktrommet. Teamarbeidet bidrar til at deltakerne stadig utviklet relasjoner og forpliktet seg til felles mål for å opprettholde kontinuiteten. De støtter hverandre, reflekterer over og finner ut sammen hvordan de skal møte pasientenes døgnkontinuerlige behov. Som feltarbeider ble jeg vitne til at en som hadde fungert som støttekontakt kom gråtende inn på vaktrommet. Hun fortalte at teamets tidligere pasient, nylig hadde dødd på en institusjon. Støttekontakten hadde behov for å uttrykke sin sorg sammen med teamet som for noen år tilbake hadde ivaretatt denne pasienten sammen med henne. I lunsjen satte de seg rundt bordet på vaktrommet

og sørget over pasienten som var gått bort, de tente lys, mintes henne og hadde et minuttets stillhet. Livet på vaktrommet speiler hverdagslivet i en organisasjon der teammedlemmene opptrådte støttende overfor hverandre, og hentet styrke fra fellesskapet. I perioder med mye tidspress slet de med å få tid til fellesskap, noe som går ut over muligheten for å støtte hverandre.

### Diskusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap om interaksjonen og organiseringen i hjemmetjenestens team når de skulle ivareta døgnkontinuerlig omsorg for hjemmeboende eldre. Funnene viser tre kategorier: Vurdering av pasientsituasjoner, Samarbeid i og mellom team, Sosial støtte. Vurdering av pasientsituasjoner gjøres sammen med de andre yrkesutøverne i teamene. Som yrkesutøvere lar teammedlemmene sin erfaringsbaserte kunnskap om de individuelle og praktiske pasientsituasjonene komme til uttrykk i fortellinger om situasjonene på rapporter og på møter i hjemmetjenesten. Et personorientert skjønn kan kun utvikles i praksis (28). Fortellingens plass i sykepleiefaget kan bidra til å oppjustere den praktiske kunnskapen (29). Omsorgen for den som lider er i fokus i teamene og mellom teamene (30). De ansattes samarbeid i og mellom team kan forstås som



Foto: Shutterstock

uttrykk for deres egne holdninger til hvordan man best kan yte omsorg utenfor vaktrom og møterom. Liknende funn om ansattes verdisyn fremkommer i andre studier av ferdigheter i omsorgsfulle relasjoner (19,31, 32,33,34). Teamenes ivaretagelse av utskrivningsklare pasienter, pasienter med behov for kompliserte prosedyrer og for terminal pleie bidro til at kontinuiteten i den døgnkontinuerlige omsorgen kom under stort press. Liknende funn fremkommer i andre studier og synliggjør at hjemmetjenesten som organisasjon er hardt presset, og dette medfører noen uheldige konsekvenser (8,9,10,11,16). Organisering av hjemmetjenesten kan for øvrig gå ut over sikkerhet og kvalitet (10). Pasienter og pårørende opplever at omsorgen ikke er tilfredsstillende, og at eldre ikke blir prioritert slik noen andre studier viser (35, 36,37). Organisasjonsvirkeligheten oppfattes forskjellig fra ulike stæder, og det synes som at det er behov for endringer i tjenesten (10, 32, 38). Integrasjonen med andre tjenester som det til en viss grad ble gjort forsøk på av hjemmetjenesten i denne studien, som samarbeid med sykehjem om innlagte pasienter, kan minske presset på hjemmetjenesten, men er lite utviklet og fremkommer kun i 76 av landets kommuner (6). Fellesskapet innad i hjemmetjenestens team bidro til sosial støtte, noe som

gav seg utslag i omsorg for hverandre, men når tidspresset var stort ble det lite tid til det. Andre studier av hjemmetjenestevirksomhet viser at yrkesrelatert stress forekommer i hjemmetjenesten som et utslag av for stort ansvar for de ansatte (39).

### Konklusjon og praktiske implikasjoner

Studien viser at hjemmetjenestens team vurderer pasientens situasjon, samarbeider i og mellom team for å kunne ivareta døgnkontinuerlig omsorg, og samarbeidet i teamene innebærer sosial støtte til hverandre. Helsepersonell som vurderer, samarbeider og støtter hverandre i team kan styrke sin profesjonelle opptreden i individuelle pasientsituasjoner. Organiseringen av hjemmetjenesten i team med ansvar for et visst antall pasienter over tid kan bedre kontinuiteten. Ytre press øker aktiviteten i tjenesten og kan senke kontinuiteten og kvaliteten på tjenesten. Det er sårbare eldre med omfattende behov som er mottakere av hjemmetjeneste, og de ansatte forsøker å møte disse behovene. Videre forskning innen hjemmetjenestevirksomhet bør fokusere på kompleksiteten i tjenesten. Hjemmetjenesten er i utvikling og vil fortsette å spille en stor rolle i den døgnkontinuerlige omsorgen for eldre pasienter. ■

### Referanser

1. Stortingsmelding nr. 47. 2008-2009. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted-til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
2. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. Oslo: Cappelen, 2018.
3. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie. Bergen: Fagbokforlaget, 2016.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet-En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. IS 2674. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
5. Abrahamsen DR, Allertsen LM, Skjøstad O. Hjemmetjenestens målgrupper og organisering. Rapport 2016/13. SSB. Statistisk sentralbyrå Norge.
6. Tønnessen S, Kaasah BL, Tingvoll WA. Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sykepleien Forskning 2016; 11(1): 14-22. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.56496. <https://sykepleien.no/forskning/2016/01/samhandling-med-spesialisthelsetjenesten>
7. Kollerup MG, Curtis T, Schantz Laursen B. Visiting nurses posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017; 1(32). doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12451>
8. Kollerup MG, Curtis T, Schantz Laursen B. Improving posthospital medication management in a Danish Municipality: A process evaluation. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27(19-20): 3603-3612. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14516>
9. Tingvoll WA, Sæterstrand TM, Mc Cluskey LM. The challenge of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC Nurs*. 2016; 15: 66. doi:10.1186/s12912-016-0187-x <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121988/>
10. Kattouw CE, Wiig S. Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning*, 2018; doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
11. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien. På rett sted til rett tid. *Sykepleien Forskning* 2015; 1(10): 14-22. doi: 10.4220/sykepleienf.2015.53343
12. Strandås M, Wachterhausen S, Bondas T. Gaming the system to care for patients: a focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Services Research* 2019; 19:121 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3950-3>
13. Sæterstrand, T.M. & Rudolfsson, G. (2019). Using a reflective attitude when meeting older chronically ill patient's care needs in home care nursing. *International Journal of Caring Sciences* 12(2): 663-673 <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/>
14. Holm, S.G., Mathisen, T.A., Sæterstrand, T.M. & Brinchmann, B.S. Allocation of home care services by municipalities in Norway: a document analysis. *BMC Health Serv Res* 17, 673 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2623-3> <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2623-3>
15. Fjørtoft A-K, Oksholm T, Førland O, Delmar C, Alvsvåg H. Balancing contradictory requirements in homecare nursing – A discourse analysis. *Nursing Open*. 2020;00:1-9. <https://doi.org/10.1002/nop.2.473>
16. Baer B, Bhusan A, Taleb HA et.al. The Right to Health for older people. *The Gerontologist* 2016; 2 (56): 206-217. doi:<https://doi.org/10.1093/geront/gnw039>
17. Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research* 2016, 36(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>



18. Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019) / Offentliggjort 20.11.2018. Vedtatt 7 mars 2019 i Stortinget. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/Tilgjengelighet-og-kvalitet-i-eldreomsorgen/>
19. Husebø B, Erdal A, Kjellstadli C, Bøe JB. Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre. Bergen: Sefas; 2017
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 2016. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott. Williams & Wilkins.
21. Wadel C, Wadel CC. Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten. 2007. Oslo: Høyskoleforlaget.
22. Carolan M. Reflexivity: a personal journey during data collection. *Nurse Res* 2003;10:7–14.
23. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis. *Nurse Education Today* 2017; 56: 29–34.
24. Eriksson K. The alleviation of suffering-The idea of caring. 1992. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 119–123
25. World Medical Association Declaration of Helsinki, Ethical Principles for medical research involving human subjects. 2008. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
26. Repstad P. Mellom nærhet og distanse. 2007. Oslo: Universitetsforlaget.
27. Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. 2014. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
28. Alvsvåg H, Bergland A, Førland O. Nødvendige omveier. 2013. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
29. Kirkevold, M. Vitenskap for praksis. 1998. Oslo: Gyldendal.
30. Eriksson K. The suffering human being. 2006. Chicago, USA: Nordic Studies Press.
31. Øresland S, Mättä S, Norberg A et al. Home based nursing. An endless story. *Nursing Ethics*, 2011;18: 408–417
32. Milne HA, Mc William CL. Considering nursing resource as 'caring time'. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 23: 810–819
33. Wällivaara BM, Sävenstedt S, Axelsson K. Caring Relationship in Home-Based Nursing Care-Registered Nurses Experiences. *Open Nurs J*. 2013; 7: 89–95. doi: 10.2174/1874434620130516003
34. Hafskjold L, Sundling V, Eide H. Nursing staffs responses to thematic content of patients expressed worries: observing communication in home care visits. *BMC Health Services Research*, 2018; 18(1): 597
35. Vik K, Eide A. Older adults that receive home-based services, on the verge of passivity, the perspective of service providers. *Journal of Older People Nursing* 2012; 2(8):123–130. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00305.x
36. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderholm O. Older home-living patients perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk sykeplejeforskning* 2011;3:219–34.
37. Vabø M. Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. Rapport 2007; 22/07. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. [http://www.ungdata.no/asset/3159/1/3159\\_1.pdf](http://www.ungdata.no/asset/3159/1/3159_1.pdf)
38. Vabø M. Norwegian Home Care in Transition—Heading for Accountability, Off-Loading Responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 2012;20, 283–291. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>
39. Kirchoff J. Yrkesrelatert stress i hjemmetjenesten. *Sykepleien forskning*, 2011; 1(6): 144–150. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0100 <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/yrkesrelatert-stress-i-hjemmebaserte-tjenester>



Foto: Shutterstock



# «Det er kvardagen vi kjem til» – erfaringar frå eit alderspsykiatrisk team ved eit distriktspsykiatrisk senter

Ei dobling av talet personar med ulike demenslidningar er ei utfordring framover. Eldre med psykiske lidningar treng hjelp frå fleire tenester, fordi evna til sjølvstendig livsførsel er redusert (1, 2). Trass aukande behov er det alderspsykiatrisk tilbodet lite utbygd (3, 4).

## Introduksjon

Personar med lidningar som angst, depresjon, delirium, vrangforestillinger og agitasjon har ofte behov for spesialisthelseteneste, noko dei i liten grad får tilbod om (5, 6). Pasientgruppa er ofte storforbrukarar av medikament, noko som kan føre til redusert livskvalitet, funksjonssvikt og dødelegheit (7). Omsorgsbehovet er stort og omsorga vert ofte gitt av pårørande

eller tilsette i omsorgstenesta (1, 8, 9). Personar med utfordrande åtferd som til dømes aggresjon kan vere krevjande for pårørande og andre omsorgspersonar (10-12). Helsepersonell som yter omsorg for personar med slike symptom kan få nedsett meistringskjensle og verte utsatt for stress (13, 14). Difor er pårørande og tilsette i omsorgstenesta anbefalt å søkje hjelp og støtte frå spesialisthelsetenesta (15, 16).

## FAKTA

Anne Marie Sandvoll,  
førsteamanuensis  
(sjukepleiar), Høgskulen  
på Vestlandet,  
annemsa@hvl.no,  
57677631, Postboks 523,  
6803 Førde.

Merete Johnsen Dale,  
førstelektor (sjukepleiar),  
Høgskulen på Vestlandet.

## Samandrag

Det alderspsykiatrisk tilbodet er lite utbygd. Personar med demens, angst, depresjon eller agitasjon har ofte behov for spesialisthelseteneste, noko dei i liten grad får tilbod om. Talet pasientar tilviste til alderspsykiatrisk tenester er aukande, og for å betre tilgangen er det etablert ambulante alderspsykiatrisk team ved distriktspsykiatrisk senter (DPS). Tenesta skal følgje opp eldre personar med demens som har åtferdsvanskar eller komplekse psykiatrisk lidningar. Kunnskap om korleis tilsette i alderspsykiatrisk ambulante team erfarer å jobbe ambulant er etterspurt. Hensikten med studien var å utforske erfaringane til eit ambulant alderspsykiatrisk team ved eit DPS i Distrikts-Noreg. Studien syner at det vert sett stor pris på ambulante alderspsykiatrisk tenester. Fagpersonar reiser heim til svært sjuke personar med demens og utfordrande åtferd, for å diagnostisere, behandle og støtte pårørande og tilsette som yter omsorg. Å jobbe ambulant er særleg viktig i distrikta med store avstandar til DPS for pasientar og pårørande. Trass innføringa av samhandlingsreforma, saknar informantane betre samhandling og oppfølging i kommunane, og etterlyser koordinator som kan ta hovudansvaret for å sikre oppfølging. Det er behov for meir forskning for å sjå korleis kravet om individuell plan og koordinering av tenestene til personar med alderspsykiatrisk lidningar/demens og utfordrande åtferd vert følgt opp.

**Nøkkelord:** ambulant alderspsykiatrisk team, kvalitativ studie, utfordrande åtferd, demens, samhandling. «It's the everyday life we come to» - experiences from an ambulatory psychogeriatric team at a district psychiatric centre.

## Abstract:

Psychogeriatric health care services are little developed. People with dementia, anxiety, depression or agitation often need specialist health care, something they are rarely offered. The number of patients referred for psychogeriatric services is increasing, and to improve access, an ambulatory psychogeriatric team at the District Psychiatric Centre (DPS) has been established. The ambulatory team will follow up older people with dementia who have behavioural difficulties or complex psychiatric disorders. Knowledge of how staff experience to work ambulatory in psychogeriatric teams is needed. The purpose of the study was to explore the experiences of an ambulatory psychogeriatric team in a rural part of Norway. The findings show that outpatient psychogeriatric services are appreciated, where professionals perform home-visit to very ill persons to diagnose, treat, guide and support caregivers. Working in an outpatient setting is particularly important in districts where there are long distances to travel to the DPS for patients and relatives. Despite the coordination reform, informants lacked cooperation and follow-up in the municipalities, and called for a coordinator to take the main responsibility for follow-up. More research is needed to explore how individual plan and coordination of health services to persons with psychiatric disorders/dementia and challenging behaviour are followed up.

**Keywords:** ambulatory psychogeriatric team, qualitative study, dementia, challenging behaviour, coordination.



Antal eldre som vert henvist til spesialisthelsetenesta er aukande, og pasientar med psykiske lidningar vert vist vidare til alderspsykiatrisk team (17, 18). For å betre tilgangen er det etablert ambulant alderspsykiatrisk team ved fleire distriktpsykiatriske senter (DPS) i Noreg. Tenesta skal følgje opp eldre personar med demens som har åtferdsvanskar eller særleg komplekse psykiatriske lidningar (19). Tilbodet skal vere poliklinisk og ambulant framfor døgntil behandling (20, 21), slik at pasientane kan behandlast i nærmiljøet (16). Spesialisthelsetenesta skal samhandle med primærhelsetenesta og tenesta skal prioriterast (22). Samhandlinga skal tilpassast pasientar og pårørande sine behov (20). Førebygging, utgreiing og behandling av eldre er foreslått løyst på nye måtar (15, 23). Her ligg fleire utfordringar. Mellom anna vert det ikkje gjeve konkrete føringar med omsyn til ansvarsfordeling og samhandling mellom ulike nivå (24, 25).

## «For å betre tilgangen er det etablert ambulant alderspsykiatrisk team ved fleire distriktpsykiatriske senter (DPS) i Noreg»

Forskning er etterlyst for å få kunnskap om alderspsykiatrisk ambulant team, kartlegging og oppfølging (2, 15, 26). Studiar syner at oppsøkande team kan vere nyttige for personar med alvorlege psykiske lidningar (27), kanskje særleg i rurale strøk med lange og utfordrande avstandar (28). Å motta tenester heime gir pasient og pårørande kontroll og brukarmedverknad i høve eiga behandling (29).

Det fins lite forskning om organisering av helsetenester til heimebuande med demens (25). Det er framleis få team som tilbyr ambulante tenester (30), og det eksisterer difor lite kunnskap om korleis tilsette i alderspsykiatriske team erfarer å jobbe ambulant. Vi utvikla difor ein studie for å utforske korleis eit alderspsykiatrisk ambulant team arbeider i distrikts-Noreg, og formulerte følgjande forskings spørsmål: *Kva erfaringar har alderspsykiatrisk team med å jobbe ambulant?*

### Metode

Studien har eit kvalitativt design med intervju som metode for datasamling. Dette er hensiktsmessig når vi vil utforske erfaringar frå dei vi studerer (31).

I regionen er det berre eitt alderspsykiatrisk team som jobbar ambulant. Dei to tilsette i teamet arbeider vanlegvis ved DPS, og nyttar ein dag i veka til alderspsykiatri, der dei møter pasientar poliklinisk eller gjennomfører heimebesøk. Dette alderspsykiatriske ambulante teamet gir tenester til sju distriktskommunar med spreidd busetnad. Teamet blir kopla inn mot dei sjukaste pasientane, ofte på grunn av utfordrande åtferd. Regionen har ei lengd på omlag 200 km og består av bygder med innbyggartal frå 800 til 7500. Reiser mellom kommunane krev ofte ferje som tek 15-20 min. Fordi vegane kan vere dårlege og rasutsette kan det vere krevjande for pasientar og pårørande å oppsøke spesialisthelsetenesta.

I og med dette var det einaste ambulante teamet i regionen valde vi å rekruttere desse til studien. Dei to kvinnelege tilsette (55-60 år) med lang erfaring; psykiater og sosionom (med vidareutdanning i geriatri) fekk førespurnad og var villige til å delta i studien.

Informantane har ein travel kvardag, og vi valde difor å intervju dei etter kontortid, for å ha god tid og snakke uforstyrra. Det var viktig at informantane kunne fortelje fritt korleis dei opplevde arbeidet sitt, for å fange deira erfaringar (33). Vi stilte få og opne spørsmål. Hovudspørsmålet var å be informantane beskrive korleis dei arbeider når dei reiser ut til pasientar og sjukeheimar. Oppfølgings spørsmål var kva pasientar blir henvist, korleis føregår rettleiinga og samarbeidet med primærhelsetenesta. Mot slutten av intervjuet oppmuntra vi informantane til å utdjupe og reflektere rundt tema som var av særleg interesse (32). Intervjua tok 90 minutt kvar, tekne opp elektronisk, og transkribert.

Analysen er inspirert av Malterud si tekstkondensering (31). Vi prøvde å legge til side eiga føreforståing, sjølv om det er utfordrande. Vår føreforståing som sjukepleiarar, undervisarar og forskarar på demens handla mellom anna om at vi antok at pasientar og pårørande ville vere takksame for å få heimebesøk av alderspsykiatrisk team.

Fyrst las vi alt for å bli kjent med materialet og få eit generelt inntrykk. Førebelse tema som kom fram var *behov for ambulante tenester, heimebesøk, rettleiing og samarbeid med primærhelsetenesta*. På steg to skilde vi relevant tekst frå irrelevant, og sorterte



tekst som kunne tenkast å belyse forskingsspørsmålet. Her såg vi etter meningsberande einingar, t.d. *når vi er heime hjå pasienten og pårørande får vi observert mykje* og gjekk grundig gjennom teksten. Alle meningsberande einingar innan same tema vart merka, slik koda vi materialet. På steg tre identifiserte og koda vi dei meningsberande einingane

som vart etablerte i steg to, og la til side dei delane av materialet som ikkje innehaltdt meningsberande einingar. I fjerde delen av analysen samanfatta vi det vi hadde funne i føregåande trinn. Vi utvikla ein analytisk tekst for å beskrive resultatkategoriene (31), til dømes *heimebesøk – «det er kvardagen vi kjem til»*. Eksempel på analyseprosessen er synt i tabell 1.

**TABELL 1:** Eksempel på analyseprosess frå tema, meningsberande einingar til kode og kategori

Tema	Meningsberande einingar	Kode	Kategori
Heimebesøk	Det er kvardagen vi kjem til og vi møter sjuke eldre som har eit stort behov for hjelp og omsorg. Når vi er heime hjå pasienten og dei pårørande får vi observert mykje, og ser heimesituasjonen på ein heilt anna måte enn når vi møtes på kontoret.	Heimebesøk, omsorg og individuelle behov.	Heimebesøk– «det er kvardagen vi kjem til»

Det er ein svakheit at studien berre har to informantar, og det kunne vore interessant å intervjuje liknande team i andre regionar for å få større breidde i materialet. Men det var desse som var tilgjengelege og vi erfarte å få truverdige forteljingar som gav innsikt i kvardagen til det ambulante teamet og kan gjere ein skilnad for andre (33). I og med det eksisterer lite kunnskap på feltet, kan studien ha nytteverdi for andre som utviklar liknande tenester.

Studien er godkjend av NSD (prosjektnummer 48127), informantane har gjeve skriftleg informert samtykke og er anonymiserte (34).

## Resultat

Gjennom analysen kom det fram tre kategoriar; *heimebesøk– «det er kvardagen vi kjem til», rettleiing i sjukeheim og behov for samhandling og oppfølging i kommunane.*

### Heimebesøk– «det er kvardagen vi kjem til»

Mykje av tida vert brukt til heimebesøk, som vert gjennomført når pasienten eller pårørande har gjeve samtykke. Det er oftast fastlegane som henviser pasientar til det alderspsykiatriske teamet, men det kan og vere pårørande. Informantane fortel at det er dei sjukaste pasientane med återfendringar som vert henvist. Under heimebesøket blir det utført grundig

kartlegging. Pårørande er sentrale samarbeidspartnarar, og blir forsøkt inkludert i alle fasar av behandlinga. Det gjer inntrykk å møte pasientane heime.

*Det er kvardagen vi kjem til og vi møter sjuke eldre som har eit stort behov for hjelp og omsorg.*

Oftast føregår det slik at psykiater har konsultasjon med pasienten, går gjennom medisinar og den somatiske tilstanden, medan sosionom snakkar med dei pårørande. Samtalen med pårørande handlar om å få fram endringar hjå pasienten over tid, som endring av hukommelse og funksjonar i dagleglivet. Det kan vere endringar i deltaking i sosialt liv, uro, angst, åtferd eller personlege ting som hygiene. Informantane trekkjer fram at det er eit koordineringsarbeid for dei pårørande. Når ein person er ramma av demens er det pårørande som står for hovudomsorga. Informantane prøver å kartlegge kva hjelp pårørande treng, og kva pasienten har behov for. Pårørande er inga homogen gruppe, og treng ulik grad av hjelp og støtte.

*Når vi er heime hjå pasienten og dei pårørande får vi observert mykje, og ser heimesituasjonen på ein heilt anna måte enn når vi møtes på kontoret.*



Ved behov vert andre fagpersonar ved DPS trekt inn. Det kan vere å få hjelp til pasienten sin psykiske status gjennom samtalar med pasient og dei pårørande. Informantane har mange støttesamtalar med pårørande. Enkelte gonger er det nødvendig at heimesjukepleiar eller andre som kjenner pasienten bidreg med informasjon.

Informantane beskriv ein kvardag med rike opplevingar der ein er tilstade i menneske sitt liv og kvardag. Å reise ut i distriktet og besøke eldre menneske med psykiske lidingar og deira pårørande medfører situasjonar som gjev sterke inntrykk.

*Så kjem vi inn til dei rolege eldre som berre lev med lidingane sine og berre er kjempeglade for å få hjelp, kjempeglade altså. Og nokon som spør korleis dei har det, særleg dei pårørande, dei som er så slitne at når vi stiller spørsmål om korleis dei har det, så byrjar dei å gråte.*

Informantane fortel om pasientar med mental svikt og återfendsringar. Det er ingen tvil om at denne gruppa pasientar har behov for spesialistbehandling. Det vert krevjande møte med desse svært sjuke pasientane. Informantane fortel om mykje tankeverksemd både før og etter behandlingmøte med pasientar og pårørande.

*...og det psykososiale og personlegheita til menneske og kva han eller ho har med seg frå før og kva er utviklingshistoria til pasienten. Det sosiale og kva er det for noko rundt vedkomande, ...alt dette må vi prøve å sortere og beskrive samspelet mellom og få det ned på papiret, og det må bli leseleg for andre og oss sjølv.*

Det skal ryddast i hovudet og dokumenterast. Faglege spørsmål skal skrivast ned, det sosiale rundt pasienten og pårørande. Det kan vere sårbare pasientar der det er konflikt mellom dei pårørande, der partane har mykje å stri med. Informantane fortel at da må dei sortere og stokke rundt på tankane. Spørsmål kring tiltak som ikkje verkar, og kva som eigentleg skjer i situasjonen kjem opp. Informanten oppsummerer det slik:

*Det er jo litt spesielt da, utruleg og tillitsfullt av dei å bruke oss på denne måten. Og da sit vi i bilen heim og analyserer kva dette er for noko og kvifor blir det så vanskeleg, og kan*

*ho ikkje berre stole på dei. Og vi må snakke oss gjennom og prøve å finne ut av problemområdet, og vi er der for tredje gang altså.*

Det å vurdere om ein nyttar tida ein har tilgjengeleg på ein god måte og at ingen «går i lås» er viktig for arbeidet i teamet. Informantane legg stor vekt på at arbeidskvardagen krev god tid og omsorgsfull praksis.

### Rettleiing i sjukeheim

Informantane arbeider også mot primærhelsetenesta i form av rettleiing og kompetanseheving. Tilsette i sjukeheimane treng rettleiing i høve pasientar med særleg utfordrande åtferd som er vanskeleg å meistre. Her utfører det ambulante teamet alderspsykiatrisk vurdering av pasienten, samt oppfølging av personalet. Behandling og oppfølging består av samtalar, psykososiale tiltak som tilrettelegging av praktisk hjelp og støtte, rettleiing, behandling eller justering av medikamentbruk.

*Når pasientar er innlagt på institusjon er det ofte lurt med ein rettleiingstime med personalet i fyrste omgang. Dei vil kunne gje oss veldig mykje informasjon. Vår erfaring er at desse møta på mange måtar har ein dobbel funksjon, for det første får vi masse opplysningar samstundes som personalet får snakka litt ut.*

Ved førebuaende rettleiingsmøter er det stort oppmøte av personale som treng å bli høyrte. Informantane fortel at dei har rettleiing med personale i sjukeheim, og nyttar Marte Meo metoden som utgangspunkt for samhandling. Målet med metoden få ei forståing av kva pasienten prøver å utrykke ved til dømes aggresjon og føregår ved å syne korte video opptak frå dagleg samhandling mellom pasient og personale. Metoden er krevjande og det er stort behov for informasjon til pleiepersonalet gjennom rettleiingsprosessen. Informantane meiner dei har lukkast med måten dei arbeider på. Utfordringa er små kommunar med lang reiseavstand og behovet for å «skreddarsy» individuelle behandlingssopplegg. Dette stiller krav om å vera smidige og få til samhandling mellom ulike tenestnivå.

### Behov for samhandling og oppfølging i kommunane

Informantane fortel at dei må avgrense arbeidsoppgåvene heile vegen og peikar på at dei må syte for at andre tek over når det er behov for det:





Foto: iStock

*Om det er ergoterapeuten i kommunen eller sjefen for heimetenesta eller fastlegen er ikkje så nøye, men at det er eit menneske som får den rolla og følg opp vidare.*

Det er utfordringar i samarbeidet, og behov for betre samhandling. Informantane er opptekne av å bidra til ei heilheitleg teneste. Tenesta kan opplevast fragmentert der samordning og koordinering er mangelfull. Alle kommunane det ambulante teamet har kontakt med har kommunalt demensteam, men informantane beskriv at det er uklart kven desse er og om dei fangar opp saker. Informantane får lite tilbakemelding frå kommunane om korleis den vidare oppfølginga av pasienten har fungert. Informantane saknar at dei kommunale demensteam har faste møtepunkt:

*Vi fekk spørsmål frå eit kommunalt demensteam og dei ville treffe oss og da slo det meg, burde ikkje alle kommunar ha møtt oss?*

Informantane ønsker seg eit meir formulert samarbeid med kommunale demensteam. Spør-

måla handlar om kva roller dei (teamet) fyller og ulike framgangsmåtar frå utgreiing til oppfølging gjennom heile pasientforløpet. Informantane har ikkje ressursar til å følge opp over tid og da er det vesentleg at fastlegen, kommunale demensteam eller andre følg opp. Informantane foreslår at ein koordinator i heimetenesta bør ha hovudansvaret for vidare oppfølging, uavhengig av om pasienten mottok heimeteneste eller ikkje.

#### **Diskusjon**

Hensikta med studien var å utforske erfaringane til eit ambulant alderspsykiatrisk team ved eit DPS i Distrikts-Noreg. Hovudfunna viser at informantane opplever at det vert sett stor pris på ambulante alderspsykiatriske tenester. Informantane reiser ut til svært sjuke personar med ulike psykiske lidningar for å diagnostisere, behandle, rettleie og støtte pårørende og tilsette som har omsorg for desse pasientane. Pasientane som blir henvist har ofte utfordrande åtferd som er vanskeleg å meistre for omsorgspersonane. Det alderspsykiatriske tilbodet er etterspurt og i liten grad utbygd og utforska (22,



25, 30). Når informantane kjem heim til pasienten og deira pårørande erfarer dei å få eit heilskapsbilde som er nyttig. Slike nye måtar å utøve alderspsykiatriske tenester på er etterspurt (23). Heimebesøk

## «Funna gjev innblikk i kvardagen til informantane og syner at det er avgjerande med godt samarbeid med andre fagfolk og pårørande»

gjev ei heilt anna oppleving enn om pasienten kjem til DPS eller er på sjukeheim. Tilbodet til pasientane bør foregå heime, då fleire ynskjer å bu heime lengst mogleg (22). Noko som også er ei samfunnsøkonomisk ordning, då kostnader til sjukeheim er store for denne gruppa (35).

Funna gjev innblikk i kvardagen til informantane og syner at det er avgjerande med godt samarbeid med andre fagfolk og pårørande. Når ein reiser ut kjem ein nært inn på kvardagen til den enkelte pasient, pårørande og tilsette. Informantane vart godt kjende med kva som var utfordringane i kvardagen, og kunne kartlegge og setje i verk tiltak til den enkelte. Heimebesøk gjer det lettare å forstå situasjonen til pasientane og deira pårørande, slik andre òg har vist (27). Det kan vere utfordrande for pasient å pårørande å ta seg fram til DPS med lange avstandar og dårlege transporttilhøve i distriktet. Ambulante tenester er difor særleg viktig i distrikta (28).

Funna våre bidreg med beskrivingar av korleis teamet arbeider, kunnskap som er etterspurt og kan overførast til andre som skal utvikle tenester for heimebuande med alderspsykiatriske lidningar (15, 25, 26, 31). Kunnskapen kan bidra til å vidareutvikle og styrke spesialiserte team ved DPS, særleg for behandling av kompliserte alderspsykiatriske tilstandar (2). Ambulant alderspsykiatrisk team er ein fordel både for det ambulante teamet, pasientane og omsorgspersonar. Klinikarane får betre innsikt og vert oppfatta som meir tilgjengelege (28). Det ambulante teamet får høve til å skreddarsy opplegget i kvart tilfelle. Praktisk trening og kompetanse for tilsette i sjukeheim gjennom rettleiing frå ambulante

team er nødvendig men i liten grad utforska (12, 36). Ved å bruke rettleiingsmetoden Marte Meo fekk sjukeheimspersonalet konkret rettleiing, som kan bidra til meistring og trygghet i møte med personar med utfordrande åtferd (37).

Trass sentrale nasjonale føringar (9, 20, 25), syner våre funn at informantane saknar oppfølging og koordinering av helsetenestene i kommunane. Fragmentering av tenestene er uheldig for brukarane, særleg for utsette grupper, som eldre med komplekse psykiske lidningar (20, 38). Informantane saknar betre samhandling mellom tenestnivå til dømes betre kontakt med kommunale demensteam (18, 20). Behandling på lågaste omsorgsnivå krev god planlegging og koordinering for å sikre kontinuitet i tenestene (9, 20). Informantane foreslår at koordinator i heimetenesta tek hovudansvar for oppfølging og samordning av tilbodet. Regionen er prega av store avstandar og mange bur langt frå helsetenestene. Pasientane er sårbar og god samhandling mellom spesialist og primærhelsetenesta er vesentleg for gode pasientforløp (20, 22).

Våre funn syner at det i liten grad er koordinerte tenester til denne gruppa. Individuell plan kan vere eit godt verkemiddel til å sikre god samhandling for brukarar som har behov for langvarige, koordinerte og individuelt tilpassa tenestetilbod (39). Sjølv om dette er i tråd med mellom anna kommunehelsetenestelova, st.meld. 26 og forskrift om individuell plan (24, 38, 39), verkar det utfordrande å få til i praksis (40). Individuell plan må sjåast i samheng med eit samla vedtak av tenester for den enkelte (40), og det er behov for ei tydeleggjering av ansvaret til kommunane (38, 40). Det er behov for meir forskning om korleis kommunane løyser kravet om individuell plan samt koordinering av tenestene i høve til personar med alderspsykiatriske lidningar/demens og utfordrande åtferd.

### Konklusjon

Hensikta med studien var å utforske erfaringane til eit ambulant alderspsykiatrisk team ved eit DPS. Studien syner at det vert sett stor pris på ambulante alderspsykiatriske tenester. Fagpersonar reiser ut til svært sjuke personar med demens, ofte med utfordrande åtferd, for å diagnostisere, behandle og støtte pårørande og tilsette som yter omsorg. Heimebesøk gjev betre grunnlag til å vurdere heimesituasjonen og tilpasse behovet for tenester. Funna gjev eit godt innblikk i kvardagen til det ambulante teamet og



Foto: iStock

syner korleis godt samarbeid med pårørande og andre fagfolk er avgjerande. Å jobbe ambulant er samfunnsøkonomisk då det kan førebygge eller utsetje innlegging i sjukeheim. Ambulante tenester er kanskje særleg viktig i distrikta med lange reiseavstandar til DPS for pasientar og pårørande. Trass nasjonale føringar, saknar informantane betre samhandling og oppfølging i kommunane. Informantane etterlyser koordinator som tek hovudansvaret for å sikre oppfølging av pasientar. Meir forskning er nødvendig for å sjå korleis kommunane føl opp kravet om individuell plan og koordinering av tenestene til svært sjuke personar med alderspsykiatriske lidningar/demens og utfordrande åtferd.

#### **Forfattarskap**

Begge forfattarane har bidrege vesentleg til ide og utforming av studien, samt datasamling og analyse. Førsteforfattar har utarbeidd manuskriptet og sisteforfattar har bidrege med kritisk gjennomgang.

#### **Interessekonflikter**

Forfattarane har ingen interessekonflikter. ■

#### **Referansar**

1. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M-J, Jøranson N, et al. Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2016;16(137).
2. Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veilder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Oslo, 2014.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «Den gode dagen» Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Oslo, 2007.



4. Sørensen LB. Rapport av kartlegging av tilbud ved alderpsykiatriske avdelinger og DPser. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
5. Langballe EM, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011.
6. Rokstad AMM. Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å takle Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2005.
7. Wyller TB. Geriatri - en medisinsk lærebok Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
8. Knapp M, Comas-Herrera A, Somani A, Banerjee S. Dementia: international comparisons: summary report for the National Audit Office. London; 2007.
9. Helsedirektoratet. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Oslo, 2018.
10. Engedal K, Haugen PK. Demens: fakta og utfordringer: en lærebok (5. utg.) Tønsberg: Aldring og helse; 2009.
11. Spreadbury JH, Kipps C. Measuring younger onset dementia: What the qualitative literature reveals about the 'lived experience' for patients and caregivers Dementia. 2017;579-98.
12. Mallon C, Kraska J, Gammie S. Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England. Aging & Mental Health. 2018;1-8.
13. Jeon Y-H, Luscombe G, Chenoweth L, Stein-Parbury J, Brodaty H, King, M., et al. Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES): A cluster randomised trial. International Journal of Nursing Studies. 2012;49(5):508-18.
14. Rognstad M-K, Nåden D. Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv. Nordisk Sygeplejeforskning. 2011;(2):143-53.
15. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre. Oslo, 2013.
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo, 2013.
17. Godager G, Thorjussen CB. Demens i Norske kommuner 2015-2040. Oslo; 2016.
18. Hval S-A, Kristiansen KM, Lorentzen B. Samhandling på tvers av tjenestenivåene. Demens & Alderspsykiatri. 2012;16(4):30-2.
19. Engedal KA, Wyller TB. Aldring og hjernesykdommer. Oslo: Akribe; 2003.
20. Helse og omsorgsdepartementet. St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo, 2009.
21. Sosial- og helsedirektoratet. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo, 2006.
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. Oslo, 2016.
23. Zarit SH. Past is prologue: how to advance caregiver interventions. Aging & Mental Health. 2018;22:717-22.
24. Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30.
25. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo, 2017.
26. Norsk Alderspsykiatri. Plandokument for Norsk Alderspsykiatri 2011-2020 Oslo; 2010.
27. Olsø TM, Almvik A, Norvoll R. Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2015;10(2):121-31.
28. Clancy A. Practice model for a dementia outreach service in rural Australia. Australian Journal of Rural Health. 2015;23(2):87-94.
29. Gibson G, Timlin A, Curran S, Wattis J. The impact of location on satisfaction with dementia services amongst people with dementia and their informal carers: a comparative evaluation of a community based and clinic based memory service. International psychogeriatrics. 2007;19(2):267-77.
30. Verbeek H, Worden A, Wilberforce M, Brand C, Tucker S, et al. Community mental health teams for older people in England: Variations in ways of working. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;33:475-81.
31. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4 utg). Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
32. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal; 2009.
33. Stige B, Malterud K, Midtgarden T. Toward an agenda for evaluation of qualitative research. Qualitative health research. 2009;19(10):1504-16.
34. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject. 2008.
35. Bergh S, Vossius C, Selbæk G, Ydstebø AE, Benth JS, et al. Ressursbruk og sykdomsløp ved demens (REDIC). Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet; 2015.
36. Sellæg WF. Regional geriatric team - a model for cooperation between nursing homes and hospitals. Tidsskrift for den norske lægeforening. 2005;125(8):1019-21.
37. Rokstad AMM, Vatne S. Dementia care mapping - en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2009;5(2):46-61.
38. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Oslo, 2015.
39. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256 (2012).
40. Kjelleved A. Individuell plan i helse- og omsorgstjenesten - behov for endringer og ansvarliggjøring? Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett. 2014;1:267-300.

# Nye smaker, fulle av energi!

**RESOURCE® ADDERA PLUS** er en klar og energirik næringsdrikk basert på fruktjuice, som gir den gode og friske smaken. I april utvider vi de seks gode og populære Resource® Addera Plus smakene med ytterligere to – **Lemonade og Multifrukt!**



For helsepersonell

**RESOURCE® Addera Plus** er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Brukes i samråd med lege eller klinisk ernæringsfysiolog. For kostbehandling av pasienter med underernæring eller i risiko for underernæring.

[www.nestlehealthscience.no/produkter](http://www.nestlehealthscience.no/produkter)

 **Nestlé**  
HealthScience

# Å skape mening i omsorg for sin ektefelle som har demens.

## – Fenomenologisk-sosiologiske betraktninger

Antall mennesker med demens i Norge vil stige i takt med økende levealder. Beregningene som ble utført for ca. ti år siden viser at tallet antas å stige fra ca. 60 000 til rundt 142 000 i 2050 (1).

### FAKTA

Av Kari Stensletten

**B**akgrunn  
Som sykepleier har jeg sett variasjon når det gjelder hvordan pårørende opplever det å leve sammen med en partner som lider av demens. Økt kunnskap om og pårørendes opplevelse av sin situasjon, er viktig for å kunne vite mer om antatt omsorgsbyrde. Personer med store hjelpebehov kan være berettiget til sykehjemsplass. Noen av disse bor likevel hjemme, fordi deres nærmeste pårørende ønsker at situasjonen skal være slik.

Som hjemmesykepleier ble jeg kjent med konen til en bruker som led av demens. Mitt møte med dette ekteparet (konen/hun/henne og mannen/han/hans), med fokus på konens opplevelse av situasjonen, er temaet i dette essayet. Mine møter med paret, spesielt med henne, gjorde inntrykk på meg. De hadde vært gift i over 50 år, og inntil for ti år siden hadde de begge vært ved god helse. Da fikk han de første symptomene på demens. Da jeg ble kjent med paret, hadde han alvorlig grad av demens, bl.a. med et eget språk; en flom av ord det oftest var umulig å dra kjensel på. Tilsynelatende var han oftest i godt humør, han smilte mye. Han kunne også bli svært sint; sinnsstemningen kunne snu brått. Han kunne ikke ivareta noen av sine primærbehov. Han angrep noen ganger sine hjelpere.

Konen var svært bestemt på at mannen ikke skulle flytte på sykehjem, ei heller være på dagsenter. Hun avviste alle forslag om hjelp foruten å la hjemmesykepleier(e) hjelpe ham med stell og evt. toalettbesøk, to ganger daglig. Parets to døtre mente at moren hadde behov for mer avlastning. De mente

at hun var utslitt, hadde behov for fritid for å kunne slappe av og til å kunne dyrke sine egne interesser. Konen benektet at hun opplevde det slik. Hun kunne ta til tårene når temaet kom opp.

### Fenomenologisk sosiologi

Alfred Schutz (1899-1959) blir ofte regnet som den fenomenologiske sosiologiens far, og hans fenomenologiske utgangspunkt var i stor grad tuftet på Edmund Husserls (1859-1938) arbeider. Fenomenologien presenterer en fundamental modell for menneskelig eksistens, og vil typisk hevde at den verden som fremtrer for oss, er den eneste virkelige verden. Det finnes intet skille mellom verden, slik den er for oss, og verden, slik den er i seg selv (2). Første-person-perspektivet er fenomenologiens utgangspunkt. Husserl hevdet at jeget kun er det som det er som medlem av en sosial verden. I sin væren som erfarende subjekt er subjektet avhengig av intersubjektiviteten, dvs. at noe er tilgjengelig for flere enn étt subjekt; at et «vi» konstitueres (2, s. 80-82).

Schutz var også påvirket av Max Webers (1864-1920) forstående sosiologi. Weber mente at meningsfulle handlinger var det sentrale emnet sosiologien skulle beskjeftige seg med, og han slo fast at meningen, som den enkelte aktør tillegger handlingen sin, eksplisitt må studeres hvis den skal forstås. Weber sa imidlertid ikke noe om strukturen, oppbygningen av denne sosiale meningen, og det er nettopp denne meningsstrukturen Schutz beskjeftiger seg mye med i sine arbeider. Han søkte å kombinere Webers

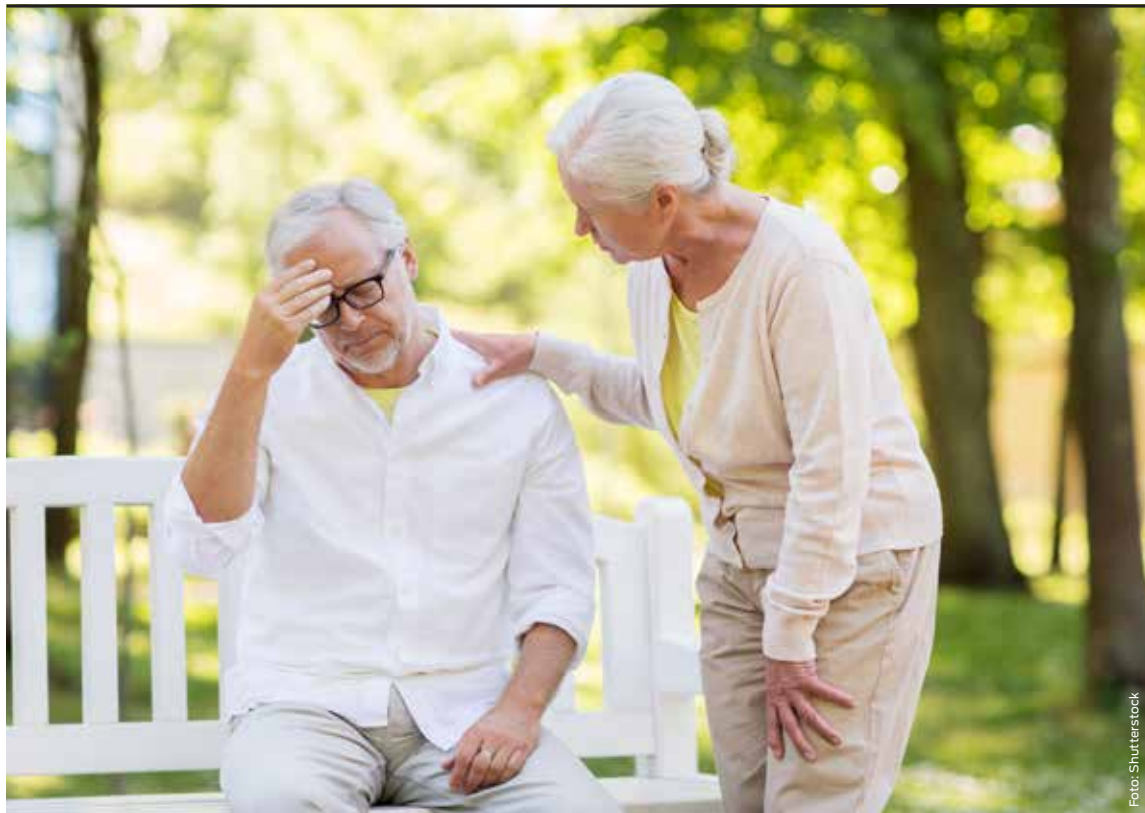


Foto: Shutterstock

sosiologi med Husserls fenomenologiske metodologi og hevdet at sosiologien bør ta utgangspunkt i individets livsverden. Schutz slår fast at det er mangfoldigheten av individets erfaringer og opplevelser som konstituerer de meningssammenhenger som danner dets sosiale virkelighet (2, s. 82-83).

Jeg ønsker å illustrere hvordan en subjektiv innfallsvinkel kan tenkes å kunne gi tilgang til viktig kunnskap om det å leve sammen med en syk ektefelle. Videre vil jeg illustrere hvordan Schutz' fenomenologiske sosiologi kan bidra med én forståelse av hvorfor noen pårørende ønsker å yte omsorg for sin svært syke slektning. Jeg vil forsøke å fortolke, diskutere og vurdere teoriens begreper i lys av kasuset, jeg har presentert. Kasuset er unikt i den forstand at det kun er denne konen som har akkurat de opplevelsene hun har. Lignende kasus finnes det imidlertid mange av. Dette essayet ønsker å drøfte:

- Hvordan kan et fenomenologisk sosiologisk perspektiv bidra til å øke forståelsen for ønsket om å yte omsorg for sin alvorlig ektefelle med alvorlig demens?
- Kan jeg oppnå en forståelse av konens motivasjon ved å prøve å få tak i konens **subjektive opplevelse** av å leve sammen med sin syke ektefelle?

Den intenderte **meningen** med en handling er i prinsippet alltid subjektiv og kun tilgjengelig for handleren (3, s.548). Som mennesker vil vi aktivt produsere og opprettholde mening. -Det er meningen i erfaringene som skaper den enkeltes **livsverden**. De **meningsstrukturer** som former subjektets erfaring av verden, tas for gitt. Til tross for at meningsstrukturene ikke ligger opp i dagen gjerne verken for konen eller i enda mindre grad for meg, tenker jeg at nettopp det å forsøke å forstå denne, er viktig. Jeg vil ikke kunne få tak i hele hennes erfaring og mening. Spørsmålet er hvor nært jeg kan komme.

Hvordan kan jeg gjennom et fenomenologisk sosiologisk perspektiv oppnå forståelse for hennes livsverden og meningsstrukturer? Jeg har ikke selv familiemedlemmer som lider av demens. Jeg har kunnskaper om sykdommen. Vi deler felles erfaringer av det å være menneske; opplevelser av sorg, av glede, av god versus dårlig samvittighet, av fortvilelse, tap, ansvar, kjærlighet, behov for å beskytte osv. Ved å utforske hennes erfaringer, slik de utfolder seg i hverdagen, kan jeg glimtvis få segmenter av kunnskap om hennes livsverden. Våre felles menneskelige erfaringer muliggjør denne



**intersubjektiviteten.** Videre skaper intersubjektiviteten en evne til å kunne plassere meg selv i konens sted og å identifisere mine levde erfaringer med hennes. Alle de situasjoner vi kommer i eller hendelser vi utsettes for, gir vi mening utfra vår livsverden. Slik ser vi at livsverdenen er subjektiv og intersubjektiv på samme tid. Den intersubjektive dimensjonen kan sies å innebære at vi deler den samme bevissthet, men at de subjektive elementene, som gir livsverdenen et personlig preg, gjør at jeg ikke er i stand til å forstå konen fullt ut. Likevel, forestillingsmessig kan jeg tenke på konens motiver som om de var mine egne og så bruke denne forestillingen som et skjema eller mønster for å tolke hennes erfaringer (3, s.548-549). Hvordan?

Vi har felles-menneskelige erfaringer og opplevelser, jeg kunnskap om og tidligere erfarte opplevelser av hvordan demens kan arte seg. Jeg har møtt mange mennesker som har hatt opplevelser av å lide, av tap og av smerte, men også opplevelser av å mestre. Det er sannsynlig at jeg har noen forutsetninger for å forstå konens **meningskontekst**. Schutz sier nemlig at hvilke kontekster vi velger å undersøke, er avhengig av hvilke interesser vi har (3, s. 550). Jeg

## «Når konen får tårer i øynene og gjerne gråter, når temaet avlastning kommer opp, hva kan det bety?»

har møtt mange mennesker fra kvinnens generasjon. Også erfaringer fra disse møtene kan hjelpe meg i mitt forsøk på forestillingsmessig å plassere meg i hennes sted. Imidlertid, det er mine gjentatte møter med dette ekteparet, som i størst grad kan bidra til at jeg kan evne å identifisere meg med henne og hennes livsverden. Å forstå en annen innebærer å fatte hva ytre manifestasjoner indikerer. Når vi blir oppmerksomme på segmenter av andres opplevelser, bearbeider vi det vi ser i vår egen meningskontekst. Gjentatte møter, kan tenkes å bidra til at forståelsen av den andres livsverden blir tydeligere. En fenomenologisk sosiologisk tilnærming kan bidra til at en delvis delt forståelse oppstår. Perspektivet kunne gi meg en fornemmelse av hvordan konen skaper mening i sin tilværelse.

Det følgende er én refleksjon omkring og diskusjon av hva én manifestasjon kan være uttrykk for. Når konen får tårer i øynene og gjerne gråter, når temaet avlastning kommer opp, hva kan det bety? Kan hende er konen sliten? Temaet gjør henne kanskje mer bevisst på denne «slitenheten». Likevel, å utfra en slik tolkning å dra en konklusjon om at hun egentlig ønsker avlastning, kan være en forhastet konklusjon. Verbalt gav hun nemlig ofte uttrykk for at hun ville at situasjonen skulle bli ved å være slik den var. Hvorfor var dette så viktig for henne? Kvinnen nærmet seg 80 år. Begge hadde et kristent livsyn. Hjemmet var fylt av reiseminner. I én periode hadde de virket som misjonærer. Tårene kan ha vært uttrykk for sorg; tap over det som var forbi. De hadde virket sammen, også i arbeid. Dette kan ha knyttet dem ekstra tett sammen og skapt en sterk opplevelse av at de har et skjebnefellesskap; opplevelse av felles identitet. En annen faktor som kan ha bidratt til at hun ville at mannen fortsatt skulle være hjemme, kan ha vært at hun ikke hadde tillit til at andre ville kunne yte tilfredsstillende omsorg for ham.

En mulig tolkning av hennes sterke ønske om at mannen alltid skulle være hjemme kan også tenkes å være uttrykk for en pliktfølelse. Ved at de var gift og hadde lovet å holde sammen «i gode og vonde dager», kan man forestille seg at hun kjente på en forpliktelse til å yte omsorg for ham hjemme. Kvinner av hennes generasjon kan tenkes å være preget av en slik tolkning av ekteskapsløftet. Dessuten, sterk hengivenhet, en holdning og beslutsomhet om å mestre, gjøre sitt ytterste og gjerne et sterkt forhold før sykdommen inntraff, kan tenkes også å påvirke konens opplevelse av, og den mening hun legger i, å yte omsorg for mannen sin. Hennes roller hadde alltid vært sterkt knyttet til hjemmet. Hun hadde pleiet parets sterkt funksjonshemmede sønn, inntil han døde for 20 år siden. Og hun hadde vært en viktig støtte for svigermoren da hun over mange, år stelte for sin mann, som også led av demens. Jeg kan forestille meg at kvinnens identitet er sterkt knyttet til det å yte omsorg for andre. Kan hende har hun vanskelig å for å se for seg et liv der hun ikke har noen å ta seg av, i det daglige. Døtrenes velmente ytringer om at moren trenger tid for å dyrke egne interesser; «å realisere seg selv», er kanskje ytringer hun ikke kan begripe. Det kan tenkes at det nettopp er i omsorgsrollen at konen erfarer at hun realiserer seg selv. Kvale (1983) sier at fenomenologisk bracketing mellom annet innebærer en bevissthet





om ens egen forutinntatthet. Således kan jeg, ved å være bevisst noen av mine egne kategoriseringer, typifiseringer, unngå at disse i for stor grad, påvirker forståelsen av konens erfaringer og opplevelser. Ett eksempel kan være nettopp min oppfatning om hva det innebærer å realisere seg selv: «å realisere seg selv innebærer oftest at man ønsker å gjøre noe utenfor hjemmet». Mine forutsetninger for å forstå henne vil kunne styrkes, hvis jeg er bevisst om og «bracket» denne oppfatningen.

Da typifiseringen nettopp er en prosess, endres denne litt hver gang en ny erfaring kommer til. Således vil også jeg, i mitt forsøk på å oppnå økt forståelse for konens opplevelse og mening, måtte ta hensyn til dette dynamiske aspektet. Schutz sier likevel at det kun er når det uventede skjer, eller når nye situasjoner oppstår og det som blir tatt for gitt ikke fungerer, at man for alvor blir tvunget til å vurdere alternative tolkningsskjemaer som gir en mening. Det kan dermed tenkes at det faktum at demens er en sykdom som utvikler seg, ofte over lang tid, har medført at konen gradvis har tilpasset seg situasjonen, og at hun mer eller mindre har tilegnet seg oppskrifter for å håndtere situasjonen. Enkelt sagt, det kan tenkes at hun har blitt vant til å ha det slik. Det å skulle tilpasse seg en ny situasjon, der mannen f.eks. bor på sykehjem, er ukjent og virker

truende nettopp fordi hun ikke har en slik typifisering og oppskrift på at kone og mann lever adskilt. Med utgangspunkt i Schutz' teori, kan man kanskje tenke seg at kun en brått inntruffet og alvorlig forverring av mannens tilstand, er det som måtte til for at konen skulle ha vurdert en alternativ typifisering. Da mannen allerede er alvorlig dement, kan det tenkes at en sterk fysisk funksjonsnedsettelse kunne ha vært en slik forverring, som i sin tur, hadde fått konen til å revurdere situasjonen.

Jeg har i dette essayet forsøkt å illustrere Alfred Schutz' teori om subjektive og intersubjektive meningsstrukturer med et erfart eksempel fra hjemmesykepleien. Det våre opplevelser og erfaringer er bygget opp, kan bidra til økt forståelse for pårørendes vurdering av sin omsorgsrolle. ■

#### Referanser

1. Hjort PF, Waaler HT. Demens frem mot 2050. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2010;130:1356-1368.
2. Zahavi, D. Fænomenologi. Fredriksberg C. Roskilde Universitetsforlag. 2003. 110 sider.
3. Schutz A. The Phenomenology of the Social World (1967). I: Appelrouth, S. & Edles, LD. Classical and contemporary sociological theory. -Text and Readings. Northridge, California:Pine Forge Press; 2008. s.546-553.



# Hvordan hjemmesykepleiere avdekker og følger opp subakutt funksjonssvikt hos eldre ved hjelp av SAFE – en kvantitativ innholdsanalyse

Behovet for systematisk og strukturert oppfølging av pasienter som mottar helsetjenester i eget hjem er anerkjent (1-6).

## Introduksjon og bakgrunn

Hjemmeboende eldre er utsatt for å få funksjonssvikt og stor symptombyrde, samt er utsatt for å utvikle skrøpeligheit med økt risiko for hyppige (re) innleggjelser i sykehus (5). Skrøpeligheit kan beskrives som et klinisk syndrom hos eldre, som inkluderer risiko for svekket helse og en nedadgående spiral av funksjonssvikt (7). Skrøpelige eldre som mottar hjemmesykepleie kjennetegnes ved multisykdom, funksjonsnedsettelse og polyfarmasi (5). Mer enn 90% av pasientene i pleie- og omsorgstjenesten har i gjennomsnitt 4-5 diagnoser (8). Funksjonssvikt hos eldre kan oppstå gradvis og over tid, og kan kumulere i akuttinnleggelse og langvarig helsehjelp etter utskrivelse.

Å identifisere symptomer på funksjonssvikt hos eldre er en utfordring, særlig i hjemmesykepleien hvor vilkårene for å oppdage diffuse symptomer eller små endringer er vanskeligere enn i institusjon (9). Sykepleieren i hjemmesykepleien arbeider oftest alene, og har ikke tilgang på lege eller kollegaer i umiddelbar nærhet. Forfatterens egne erfaringer underbygges av en norsk studie som fant at en hjemmesykepleier besøker i gjennomsnitt mellom 10 og 23 pasienter per dag (10). Hjemmesykepleieren har i utgangspunktet en viss tid til disposisjon hos hver pasient, og en forhåndsbestemt arbeidsliste som er definert ut fra oppdragens art og forhåndsbestemt tidsbruk. Pasienter må forholde seg til mange personer fra tjenesten, og personellet må forholde seg til mange pasienter, noe som utfordrer personkontinuiteten (11). Lav grad av personkontinuitet innebærer at den enkelte pasient mottar hyppig helsehjelp av et relativt høyt antall helsepersonell. Det blir derfor spesielt viktig at sykepleierne observerer systematisk og på en strukturert måte (12), dokumenterer og utveksler informasjon (2) for å sikre at tegn på forverring av tilstand oppdages og håndteres tidlig nok.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» tilrårer systematisk bruk av validerede verktøy for observasjon, skåring og respons både i spesialist- og kommunehelsetjenesten for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (13). I forarbeidet til «Leve hele livet»-reformen viste en kunnskapsoppsummering at det er behov for utvikling av «metoder for å fange opp personer som er i risiko for å utvikle et hjelpebehov mens dette fremdeles kan forebygges» (6, s. 13). Verktøyet SAFE «Subakutt og akutt funksjonssvikt hos eldre» svarer på dette behovet. SAFE er et erfaringsbasert verktøy som ble utviklet i et kvalitetsforbedringsprosjekt (4). Verktøyets formål er å identifisere risikopasienter for utvikling av skrøpeligheit og funksjonssvikt (4, 9). SAFE ble utviklet for målgruppen det skal benyttes for, og i konteksten det skal brukes i (4).

Sykepleiere og ledere i de tre distriktene som deltok i det ovennevnte kvalitetsforbedringsprosjektet, ble intervjuet i en oppfølgingsstudie som hadde til hensikt å utforske deres erfaringer etter ett år med å bruke SAFE (12). Både sykepleiere og ledere vurderte at SAFE bidro til strukturert vurdering og oppfølging, og at akutt sykdom og funksjonssvikt ble avdekket. Likevel vurderte noen sykepleiere at det var bortkastet tid å bruke SAFE, samt at systematisk observasjon ved hjelp av verktøy var unødvendig (12). Det er på bakgrunn av foreløpig upubliserte resultater grunn til å hevde at å identifisere tidlige tegn på funksjonssvikt kan bremse eller forebygge en uheldig utvikling og igangsette tidlig innsats. Bruk av SAFE gir i tillegg verdifulle observasjonsdata om pasientens tilstand og utvikling av tilstand, og kan slik bidra til god og enhetlig kommunikasjon med fastlege, primærhelseteam og annet samarbeidende helsepersonell (4, 9, 12).

Boks 1 viser verktøyet SAFE i den versjonen som ble benyttet i hovedprosjektet (versjon 2). En

## FAKTA

### Forfatter:

#### Øydis Lindberg

Sykepleier, master i avansert klinisk allmennsykepleie. Sykepleier, hjemmesykepleien i Grünerløkka bydel, Oslo kommune. Høgskolelektor ved Lovisenberg diakonale høgskole, avdeling for bachelorutdanning. E-post: oydis.lindberg@icloud.com  
Tlf.: 906 95 607

#### Silje Linnerud

Sykepleier, master i sykepleievitenskap. Høgskolelektor ved Lovisenberg diakonale høgskole, avdeling for bachelorutdanning. E-post: Silje.Christin.Wang.Linnerud@ldh.no  
Tlf.: 911 11 864

#### Edith Roth Gjevion (kontaktperson)

Hjelpepleier, sykepleier, master i sykepleievitenskap, ph.d i sykepleievitenskap. Instituttleder ved Lovisenberg diakonale høgskole, avdeling for bachelorutdanning. E-post: edith.gjevion@ldh.no. Tlf.: 473 76 809  
Adresse: Lovisenberggt 15b, 0456 Oslo

revidert versjon, versjon 3, er tilgjengelig, sammen med beskrivelsen av denne (9).

Hensikten med studien var å beskrive hvordan hjemmesykepleiere, dvs. sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien, avdekket og fulgte opp observasjoner som tyder på subakutt funksjonssvikt ved bruk av SAFE.

### Problemstilling og forskningsspørsmål

Tegn til sykdom og funksjonssvikt hos eldre er ofte vage og ukarakteristiske. Subakutt funksjonssvikt utvikles fra i løpet av en uke og inntil tre måneder (14) og blir ofte kun oppdaget ved tilfeldighet. Det er vesentlig at hjemmesykepleieren oppdager tidlige tegn til skrøpelig og funksjonssvikt for å opprettholde pasientsikkerhet og sikre forsvarlig sykepleieutøvelse (9, 13). SAFE er et bidrag til å kunne oppdage slike tegn, men vi vet lite om hvordan sykepleierne observerer og vurderer subakutt funksjonssvikt ved hjelp av SAFE i praksis og hvordan, om i det hele tatt, observasjonene følges opp.

Studiens forskningsspørsmål:

- Innen hvilke av verktøyet SAFE's observasjonsområder registrerte sykepleiere symptomer eller

tegn på subakutt funksjonssvikt?

- I hvor stor grad ble beslutningsstøtten i SAFE fulgt av sykepleierne?

- Om beslutningsstøtten ikke ble fulgt, hvilke(n) andre beslutning(er) ble dokumentert?

### Metode

#### Design

Studien hadde et beskrivende design, der anonymiserte data ble samlet retrospektivt fra elektronisk pasientjournal (EPJ) og analysert ved hjelp av kvantitativ innholdsanalyse (15).

#### Utvalg og setting

To bydeler i Oslo kommune deltok i studien. Data fra studien som beskrives i denne artikkelen er hentet fra hovedprosjektet, som er i disseminasjonsfasen. Det ble gjort et strategisk utvalg (15) av bydeler, soner, sykepleiere og pasienter for å sikre gjennomførbarhet. Bydelene som ble valgt arbeider relativt systematisk med fagutvikling og kvalitetsarbeid, sonene som ble valgt ut er velfungerende, med stabil bemanning. Pasientene (>65 år), mottok hjemmesykepleie minimum én gang per uke) ble valgt ut av sin tjenesteansvarlige sykepleier, som også deltok i studien.

### Sammendrag:

**Bakgrunn:** Gradvise endringer og forverring av tilstand kan hos hjemmeboende eldre pågå over tid uten å bli oppdaget, som igjen kan medføre akuttinnleggelse og langvarig helsehjelp etter utskrivelse. SAFE er et verktøy som skal avdekke tidlige symptomer og tegn på subakutt og akutt funksjonssvikt hos eldre og igangsette tidlig respons.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan hjemmesykepleiere avdekket og fulgte opp observasjoner som tyder på subakutt funksjonssvikt ved bruk av SAFE.

**Metode:** Studien hadde et beskrivende design, der anonymiserte data ble samlet retrospektivt fra elektronisk pasientjournal og analysert ved hjelp av kvantitativ innholdsanalyse. Datamaterialet besto av 15 sykepleieres dokumentasjon knyttet til SAFE-kartlegginger av 62 pasienter over fire måneder.

**Resultat:** Sykepleierne utførte totalt 319 SAFE-kartlegginger, 31% av disse ble registrert som subakutte endringer. Sykepleierne fant subakutte endringer innen observasjonsområdene ernæring (19%) respirasjon (17,5%) og fysisk funksjon (11%). Sykepleierne fulgte SAFE-verktøyet's beslutningsstøtte relatert til gul skår i 43% av tilfellene. I 8% av tilfellene ble subakutte endringer bevisst ikke fulgt opp.

**Konklusjon:** Sykepleierne dokumenterte at de avdekket subakutte endringer hos eldre mottakere av hjemmesykepleie innen observasjonsområdene ernæring, respirasjon og fysisk funksjon ved å sette gul skår i verktøyet SAFE. Sykepleierne fulgte i liten grad opp observasjonene som ble dokumentert.

### Abstract:

**Background:** In home-dwelling older persons, gradual changes and functional may not be detected, which can cause emergency hospitalization and long-term post-discharge health care. SAFE is a tool designed to detect early symptoms and signs of subacute and acute functional decline in the elderly and facilitate early response.

**Purpose:** The purpose of this study was to describe how home health nurses uncovered and followed up on observations suggesting subacute functional decline by using SAFE.

**Method:** The study had a descriptive design. Anonymous data were collected retrospectively from electronic patient record and analyzed using quantitative content analysis. The data material consisted of 15 nurses' documentation related to SAFE-screening of 62 patients during four months.

**Results:** The nurses performed 319 SAFE-screenings, 31% were registered as subacute changes. The nurses found subacute changes in nutrition (19%) respiration (17,5%) and physical function (11%). The nurses followed the decision support related to yellow score in 43% of the cases. In 8% of the cases, subacute changes were deliberately not pursued.

**Conclusion:** The nurses documented that they observed subacute changes within nutrition, respiration and physical function, by using the SAFE tool. The nurses did to a small extent follow up on these observations.

## Tidlig oppdagelse av Subakutt/Akutt Funksjonsvikt hos Eldre

### SAFE

Pasient \_\_\_\_\_

Fødselsdato \_\_\_\_\_

Vurdert av \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

**Sykepleieområder**
**Observasjoner - status (sett kryss)**

Tidlig oppdagelse av funksjonsvikt forutsetter status etter gjennomgang av alle områdene nedenfor. Dette vil være normaltilstand som utgangspunkt for videre observasjoner og vurderinger.	<input type="checkbox"/> Fortsatt systematisk SAFE-kartlegging etter fastsatt intervall, eller ved mistanke om endring	1. Første gangs observasjon av ett eller to symptomer: Observer pasienten på nytt påfølgende dag 2. Symptomene vedvarer eller forverres etter andre gangs observasjon: Konsulter pasientens fastlege via elektronisk melding 3. Symptomer knyttet til 3 eller flere områder samtidig: Kontakte lege umiddelbart via telefon	<input type="checkbox"/> Pasientens fastlege kontaktes samme dag, per telefon. Pasienten bør normalt vurderes av lege samme eller påfølgende dag  <input type="checkbox"/> Obs! Noen tilstander kan kreve øyeblikkelig hjelp. Dette må vurderes.
Personlig hygiene	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Tydelig økte vansker med å ivareta personlig hygiene i forhold til normalsituasjon	<input type="checkbox"/> Nyoppstått fullt pleietrengende
Medisinsk egenomsorg	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Vil ikke/ tar ikke medisiner/ eller følger ikke forordnet behandling	
Generell egenomsorg	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Tydelig svekket boevne. Ser generelt ut til å ha mistet motivasjon og initiativ til å holde boligen i orden. Endrede daglige rutiner	
Ernæring Vekt: _____ kg Høyde: _____ cm	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Vekttap mer enn 5% siste måned <input type="checkbox"/> Nyoppstått kvalme <input type="checkbox"/> Nyoppstått munntørhet <input type="checkbox"/> Redusert inntak av væske <input type="checkbox"/> Redusert matinntak/matlyst <input type="checkbox"/> Økte/nyoppståtte problemer med svelging <input type="checkbox"/> Økt/nyoppstått ubehag/smerter i munnen <input type="checkbox"/> Nyoppståtte tannproblemer	<input type="checkbox"/> Ikke i stand til å ta til seg næring <input type="checkbox"/> Ikke i stand til å ta til seg væske
Respirasjon Frekvens: _____/min	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Tydelig forverring av pustebesvær (dyspnoe). <input type="checkbox"/> Nyoppstått pustebesvær ved aktivitet (aktivitetsdyspnoe)	<input type="checkbox"/> Nyoppstått pustebesvær ved hvile (hviledyspnoe)
	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Nyoppstått hoste, <input type="checkbox"/> Økt slimproduksjon/oppspytt (ekspektorat) <input type="checkbox"/> Respirasjonsfrekvens > 20 per minutt	<input type="checkbox"/> Nyoppstått alvorlig hoste <input type="checkbox"/> Nyoppstått respirasjonsfrekvens > 28 per minutt
Sirkulasjon/vitale mål BT: _____ mm Hg	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Blodtrykksverdi (BT) > 190/100 mmHg <input type="checkbox"/> Nyoppstått hypotensjon <input type="checkbox"/> Systolisk BT-fall på 40 mmHg eller mer <input type="checkbox"/> Nyoppstått BT < 110/70 mmHg	<input type="checkbox"/> Blodtrykksverdi > 210/110 <input type="checkbox"/> Blodtrykksverdi < 100/70
Puls: _____/min	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Puls steget/talt med mer enn 20 slag per minutt i hvile, i forhold til normaltilstand <input type="checkbox"/> Nyoppstått uregelmessig puls	<input type="checkbox"/> Nyoppstått takykardi i hvilepuls > 100/minutt <input type="checkbox"/> Nyoppstått bradykardi i hvile puls < 50/minutt
	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Nyoppstått moderat væskeansamling (ødem) i beina/sacralområdet	<input type="checkbox"/> Nyoppstått betydelig væskeansamling (ødem) i beina/sacralområdet
Temperatur	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Temperatur > 37,5°C <input type="checkbox"/> Husk at feber kan mangle ved infeksjoner hos eldre	<input type="checkbox"/> Temperatur > 38,5°C <input type="checkbox"/> Temperatur < 36,0°C

<b>Hud/slimhinner</b> Lengde sår: .....mm Bredder sår: .....mm Dybde sår: .....mm Lokalisasjon: .....	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Mer blek eller rød hud enn ved normaltilstand <input type="checkbox"/> Nyoppstått kløe, utslett, sår <input type="checkbox"/> Forverring av eksisterende sår (lukt, farge, økt størrelse)	<input type="checkbox"/> Nyoppstått hudinfeksjon/rosen (erysipelas)/ nekrose <input type="checkbox"/> Nyoppstått klam/gråblek hud/cyanose <input type="checkbox"/> Nyoppstått gulsott (ikterus)
<b>Eliminasjon</b>	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Nyoppstått inkontinens for urin <input type="checkbox"/> Nyoppstått sviende vannlating	<input type="checkbox"/> Nyoppstått urinretensjon <input type="checkbox"/> Blod i urinen
	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Sparsom mengde, eller uvanlig mørk (konsentrert) urin	<input type="checkbox"/> Rikelig frisk blod i avføringen <input type="checkbox"/> Blodig oppkast (hematemese) <input type="checkbox"/> Tynn, seig, svart avføring (melena)
	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Nyoppstått: Inkontinens for avføring Obstipasjon Diaré Blod i avføringen	
<b>Fysisk funksjon</b>	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Tydelig mer usta enn ved normaltilstand	<input type="checkbox"/> Nyoppstått: Ikke i stand til å stå uten støtte
	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Falt én gang siste uke for pasienter som ikke pleier å falle	<input type="checkbox"/> Falt to eller flere ganger siste uke for pasienter som ikke pleier å falle
	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Tydelig økte vansker med å reise/sette seg eller gå, for pasienter som har kunnet dette tidligere	<input type="checkbox"/> Mistet evne til å reise/sette seg for pasienter som har kunnet dette tidligere
	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Nyoppståtte skjelvinger, stivhet eller leddproblemer	<input type="checkbox"/> Halvsidig lammelse <input type="checkbox"/> Nyoppstått kraftsvikt
<b>Psykisk/kognitiv funksjon</b>	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Merkbart forverring i nedstemthet, engstelse, initiativløshet eller agitasjon i forhold til normaltilstand <input type="checkbox"/> Forverret orienteringsevne eller vrangforestillinger/hallusinasjoner	<input type="checkbox"/> Tydelig forvirret, redusert bevissthetsnivå/oppmerksomhet i forhold til normaltilstand
<b>Søvn/hvile</b>	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Tydelig økt tretthet på dagtid <input type="checkbox"/> Tydelig økte innsøvningsproblemer	
<b>Sanser/kommunikasjon</b>	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Tydelig endring ved: Syn Hørsel Taleevne Språkforståelse	<input type="checkbox"/> Akutte problemer med å snakke (afasi/dysartri)
<b>Smerter</b> Målt til: ..... på skala fra 1-10	<input type="checkbox"/> Uforandret situasjon	<input type="checkbox"/> Nyoppståtte smerter <input type="checkbox"/> Økning på mer enn 2 på smerteskalaen i forhold til vanlig	<input type="checkbox"/> Økning på mer enn 3 på smerteskalaen i forhold til vanlig <input type="checkbox"/> Nyoppståtte brystmerter <input type="checkbox"/> Nyoppståtte sterke magesmerter

Hvis 0 er ingen smerter og 10 den verst tenkelige smerten, hvor vondt har du det nå?  
 Angi pasientens svar på smerteskala



Smerte målt til: \_\_\_\_\_  
 Årsak: \_\_\_\_\_

Hypighet: \_\_\_\_\_  
 Type smerte: \_\_\_\_\_

Utarbeidet av Oslo Universitetssykehus HF, Bydel Byerke, Bydel Nordre Aket, Bydel Østenga. Revisert 2017 av Edith Roth Gjovyn (Larsenborg Diakonale Høgskole) og Gunilla Berglin (Malmö Universitet).

Ingen av bydelene hadde brukt SAFE tidligere. Det ble gjennomført opplæring i bruk av SAFE og kliniske målinger før oppstart i samarbeid med Oslo kommunes Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Prosjektleder (sisteforfatter) hadde regelmessige møter i hver bydel med sykepleierne som gjennomførte kartleggingene, fagsykepleiere og mellomledere, der erfaringer og utfordringer ble diskutert og spørsmål avklart. Sykepleierne fulgte Oslo kommunes manual for dokumentasjon av SAFE i elektronisk pasientjournal (EPJ).

### SAFE

SAFE består av 13 hovedområder for observasjon og vurdering, her betegnet som «observasjonsområder» og inkluderer en beslutningsstøtte som i denne sammenhengen er en veiledning for om, når og hvordan sykepleier skal kontakte pasientens fastlege ved tegn på subakutt eller akutt funksjonssvikt. Beslutningsstøtten i SAFE ble utarbeidet i samarbeid med fastleger og geriater i samhandlingsprosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre» (4). Sykepleieren må bruke sin fagkunnskap og kompetanse og sitt faglige skjønn når beslutninger skal tas.

Utgangspunktet for bruk av SAFE er en baseline-kartlegging, hvor normaltilstand for de 13

på fire måneder (februar–mai 2018) på til sammen 62 pasienter. Datamaterialet i denne studien består av sykepleiernes dokumentasjon i EPJ knyttet til SAFE-kartleggingene. En fagutviklingssykepleier i hver bydel koordinerte uttak og aidentifisering av datamaterialet, som ble levert til prosjektmedarbeider i papirformat.

### Dataanalyse

Dataanalysen ble gjennomført ved hjelp av Neuen dorfs prinsipper for kvantitativ innholdsanalyse (16). Tekst fra pasientjournalene ble systematisert, kategorisert og kodet i samsvar med en forhåndsbestemt kodeplan som besto av de 13 observasjonsområdene i SAFE. For tekst som beskrev sykepleiers beslutninger og handlinger som ikke kunne kategoriseres etter alternativene i beslutningsstøtten, utviklet forfatterne egne kategorier. Analysen ble gjennomført i tre faser, som beskrevet nedenfor.

### Dataanalysens tre faser – kvantitativ innholdsanalyse

#### *Fase 1: Systematisering og gjennomlesning av tekstmaterialet*

Det ble først gjort gjentatte gjennomlesninger av SAFE-kartleggingene og journaldokumentasjonen, der tekst knyttet til gul skår ble identifisert. Elektronisk korrespondanse med fastlegen ble i tillegg gjennomgått for å kartlegge om handlingsalternativet «konsulter pasientens fastlege via elektronisk melding» ble fulgt opp av sykepleier.

#### *Fase 2: Etablering av kategorier*

Det ble på forhånd utarbeidet kategorier (16) som tilsvarte SAFE-verktøyets observasjonsområder. Til sammen ble 47 kategorier utarbeidet fra innholdet gul skår i SAFE. Det ble i tillegg utarbeidet tre kategorier som representerte beslutningsstøtten i SAFE. Videre ble det utviklet egne kategorier for fritekstdokumentasjon som ikke kunne plasseres i de forhåndsbestemte kategoriene knyttet direkte til SAFE. Tre kategorier dekket fritekstdokumentasjonen: a) dokumentert oppfølging ved markering av gul skår i samsvar med SAFE, b) dokumentert at oppfølging ikke ble igangsatt, selv om gul skår ble dokumentert, og c) mangler dokumentasjon av oppfølging ved markering av gul skår.

## «To bydeler i Oslo kommune deltok i studien»

observasjonsområdene kartlegges og dokumenteres. Resultatene fra en SAFE-kartlegging blir kategorisert i tre mulige alternativer: «uforandret situasjon» (grønn skår), spesifiserte endringer som anses å kunne være subakutte endringer (gul skår) og akutte endringer (rød skår). Grønn skår utløser ingen handlinger utover planlagte tiltak, kun jevnlig observasjon videre, og ved gul skår skal sykepleier enten observere på nytt påfølgende dag eller kontakte fastlege ved hjelp av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO). Ved rød skår skal fastlege kontaktes via telefon samme dag.

### Datasamling

Til sammen 15 sykepleiere skulle utføre SAFE-kartlegginger regelmessig hver 14. dag over en periode

### Fase 3: Systematisering av tekst inn i kategoriene

Da kategoriene var utarbeidet, ble tekstmaterialet gjennomgått på nytt og teksten ble kodet inn under de forskjellige kategoriene. Det ble deretter gjort frekvensanalyser ved hjelp av SPSS versjon 24.

### Etiske overveielser

Hovedprosjektet er lagt frem for Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, personvernombudet for forskning (NSD) (prosjekt 59206). Retningslinjer for ivaretagelse av konfidensialitet og Lovisenberg diakonale høgskoles lokale retningslinjer for oppbevaring av data ble fulgt.

### Resultater

Sykepleierne utførte totalt 319 SAFE-kartlegginger av 62 pasienter i løpet av datasamlingsperioden, fra to til sju kartlegginger per pasient, i gjennomsnitt fem per pasient. Av de 62 pasientene var 40 kvinner og 22 menn, gjennomsnittsalder var 83 år (fra 67 år til 103 år). Resultatene viste at sykepleierne fulgte SAFE-verktøyets beslutningsstøtte relatert til gul skår ved 42 av de 98 tilfellene (43%); 29 valgte handlingsalternativet «observer pasienten på nytt påfølgende» dag, åtte «konsulter pasientens fastlege via elektronisk melding» og fem «kontakt lege umiddelbart via telefon». I åtte (8%) tilfeller ble det dokumentert at gul skår ikke ble fulgt opp. Det manglet dokumentasjon av oppfølging i 48 av de 98 tilfellene der subakutte endringer ble observert (49%).

Sykepleierne dokumenterte flest subakutte endringer innen observasjonsområdet ernæring, deretter respirasjon og fysisk funksjon. Det finnes totalt 47 beskrivelser av symptomer og tegn knyttet til gul skår i SAFE. Det ble gjort 212 observasjoner av 41 ulike symptomer/tegn (heretter symptom), seks av symptomene ble ikke registrert observert. «Respirasjonsfrekvens >20 per minutt» ble observert hyppigst, deretter «Merkbar forverring i nedstemthet, engstelse, initiativløshet eller agitasjon i forhold til normaltilstand» og «Nyoppstått kløe, utslett, sår». Fall blant pasienter som ikke pleier å falle var en av de hyppigst registrerte hendelsene som antyder tegn på subakutt funksjonssvikt. Se Tabell 1 for oversikt over registrerte subakutte endringer innen alle observasjonsområdene i SAFE, spesifisert på symptombeskrivelser.

### Diskusjon

Denne studien fant at hjemmesykepleiere avdekket subakutte endringer hos eldre mottakere av hjemmesykepleie ved hjelp av verktøyet SAFE. De symptomer og tegn sykepleierne satte gul skår for, er

## «Ernæringsproblematikk er utbredt blant pasientene i hjemmesykepleien»

indikasjoner på forverring av tilstand og begynnende funksjonssvikt. Ernæring, respirasjon og fysisk funksjon var observasjonsområdene flest subakutte endringer ble dokumentert avdekket.

Ernæringsproblematikk er utbredt blant pasientene i hjemmesykepleien (17). At skrapelige eldre er utsatt for underernæring er ikke et ukjent problem, og det er satt høyt på dagsorden av nasjonale helsemyndigheter, som anbefaler systematisk vurdering av ernæringsstatus blant hjemmeboende tjenestemottakere (18). I tillegg har Leve hele livet-reformen trukket frem mat og måltider som ett av fem innsatsområder (19). Myndighetenes vektlegging på ernæring kan være en viktig årsak til at sykepleierne er særlig observante med hensyn til ernæringsproblematikk blant eldre. Samtidig, er ernæring et grunnleggende behov og å sørge for næringsinntak hos pasienter er et viktig funksjonsområde for sykepleiere (20). Akuttgeriatriske pasienter, det vil si pasienter som akuttinnlegges i sykehus fra eget hjem eller institusjon, er ofte underernærte eller står i fare for å bli det (21). Én av tre av disse pasientene har utviklet sarkopeni (21), som igjen gir økt risiko for fall, frakturer og påfølgende funksjonsnedsettelse og dødelighet (22). Å avdekke symptomer og tegn knyttet til risikofaktorer for fall er derfor avgjørende for å kunne forhindre alvorlig forverring av tilstand. Fall er et vanlig tegn på subakutt eller akutt funksjonssvikt, (8) og er hovedårsaken til at eldre skader seg i og utenfor institusjon (24). Kombinert med osteoporose, som er utbredt blant eldre (23), er faren for brudd betydelig. Brudd fører til immobilitet, som igjen fører til ytterligere funksjonssvekkelser. Hoftebrudd er i seg selv en prediktor for død blant skrapelige gamle (24).



Å kunne observere og vurdere pasienters respirasjon er en viktig ferdighet, og respirasjonsfrekvens er en viktig indikator for pasientens helsetilstand. Respirasjonssystemet forsørger oksygen til alle kroppens prosesser og respirasjonsfrekvens regnes som den mest sensitive og den tidligste indikatoren for klinisk forverring (14). Sykepleierne i studien avdekket endringer i 37 av 98 tilfeller, det ble gjort

## «Å kunne observere og vurdere pasienters respirasjon er en viktig ferdighet, og respirasjonsfrekvens er en viktig indikator for pasientens helsetilstand»

27 observasjoner av «respirasjonsfrekvens >20 per minutt», mens normal respirasjonsfrekvens angis å være 12-16 (14). Våre resultater kan enten tyde på at en relativt stor andel pasienter hadde symptomer på alvorlig sykdom, at pasientene ikke hadde hvilt tilstrekkelig etter en fysisk anstrengelse før måling, eller at sykepleierne målte feil. Studien har ikke vurdert om sykepleierne utfører observasjonene korrekt etter gitte standarder, og det kan derfor være grunn til å anta at feilmålinger kan ha funnet sted.

Under halvparten av de dokumenterte observasjonene ble fulgt opp i samsvar med beslutningsstøtten i SAFE, mens det i halvparten av tilfellene ikke fantes dokumentasjon knyttet til oppfølging. I noen tilfeller besluttet og dokumenterte sykepleiere at observasjonene ikke skulle følges opp. Analyser av informasjon sykepleierne selv har dokumentert har altså vist at sykepleierne i liten grad har fulgt opp observasjonene. Vi vet ikke årsakene til at sykepleierne tilsynelatende ikke fulgte opp pasientene etter intensjonen i SAFE, men vi vet at arbeidshverdagen i hjemmesykepleien preges av tidspress (10), mangel på ressurser, og varierende kompetanse blant personalet (1). Ledere må forholde seg til motstridende hensyn (25), de er både faglige ledere og administratorer.

En ny studie basert på fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og ledere i bydeler der SAFE ble implementert og brukt, avdekket at informantene mente SAFE var nyttig med hensyn til mer struktu-

erte og informerte observasjoner, identifikasjon av akutt funksjonssvikt og sykdom, felles språk og faglig samarbeid (12). De oppfattet at pasienter og pårørende følte trygghet når SAFE ble brukt. Likevel, var det ikke gjens oppfatning blant informantene at strukturert oppfølging av hjemmeboende eldre er nødvendig eller nyttig for å sikre god kvalitet på helsehjelpen, blant annet på grunn av en opplevelse av bortkastet tid og at de «hadde det i hodet» og ikke hadde behov for et slikt verktøy (12). Vi har ikke grunnlag for å kunne konkludere med at sykepleierne som deltok i studien deler sistnevnte oppfatninger eller har mangelfull kompetanse, men studier antyder at det kan være økt behov for geriatrisk kompetanse blant helsepersonell generelt (1), sykepleiere spesielt (12, 26), i kommunehelsetjenesten.

Hensikten med systematisk observasjon, vurdering og oppfølging av hjemmeboende eldre er å kunne avdekke tegn på og/eller risiko for forverring og fare for akutte hendelser og følge disse opp gjennom for eksempel å konferere med fastlege og gjennom sykepleieintervensjoner. Beslutningsstøtten i SAFE er i denne sammenhengen er en veiledning for om, når og hvordan, sykepleier skal kontakte pasientens fastlege ved tegn på subakutt eller akutt funksjonssvikt, men ikke for hvilke sykepleietiltak som skal eller kan igangsettes (9). Det kan imidlertid være rimelig å anta at sykepleierne har igangsatt sykepleietiltak knyttet til observasjoner av tegn på subakutt funksjonssvikt, men vi fant ingen dokumentasjon om beslutninger om sykepleietiltak. Vi må ha i mente at den tilsynelatende mangelen på oppfølging kan skyldes mangelfull dokumentasjon. En tidligere studie fant at dokumentasjon i hjemmesykepleien var mangelfull eller manglende (3), noe som bekreftes av studien til Næss m.fl. som avdekket at dokumentasjon av observasjoner i SAFE ofte ble utsatt eller ikke utført i det hele tatt (12).

### Implikasjoner for sykepleiepraksis og videre forskning

Det er behov for praksisnære og forskningsbaserte løsninger som kan bidra til å styrke helsehjelpen til eldre hjemmeboende pasienter. Vi har god grunn til å tro at SAFE er en slik løsning, gitt at pågående og fremtidig forskning bekrefter verktøyets validitet og anvendbarhet. Samtidig antyder studien at det er behov for å styrke kompetansen til de som gir denne helsehjelpen, men vel så viktig er det at vilkårene for å kunne utføre systematisk observasjon, vurdering og oppfølging av pasientene er tilstede.



**TABELL 1:** Tidlig oppdagelse av subakutt funksjonssvikt hos eldre (safe).

Antall observasjoner innen gul skår, fordelt på underkategorier av hovedområde for observasjon (observasjonsområder)

Observasjonsområder SAFE	Beskrivelser av symptomer/tegn	Antall observasjoner	Sum observasjonsområder, antall (%*)
Personlig hygiene	Tydelig økte vansker med å ivareta personlig hygiene i forhold til normal situasjon	1	1 (0,5)
Medisinsk egenomsorg	Vil ikke/ tar ikke medisiner/ eller følger ikke forordnet behandling	1	1 (0,5)
Generell egenomsorg	Tydelig svekket boevne. Ser generelt ut til å ha mistet motivasjon og initiativ til å holde boligen i orden. Endrede daglige rutiner.	1	1 (0,5)
Ernæring	Vekttap mer enn 5 % siste måned	7	41 (19)
	Nyoppstått kvalme	5	
	Nyoppstått munntørret	4	
	Redusert inntak av væske	7	
	Redusert matinntak/matlyst	6	
	Økte/nyoppståtte problemer med svelging	1	
	Økt/nyoppstått ubehag/smerter i munnen	4	
	Nyoppståtte tannproblemer	7	
Respirasjon	Tydelig forverring av pustebeviser (dyspnoe)	1	37 (17,5)
	Nyoppstått pustebeviser ved aktivitet	1	
	Nyoppstått hoste	8	
	Økt slimproduksjon/oppspytt (ekspektorat)	0	
	Respirasjonsfrekvens >20 per minutt	27	
Sirkulasjon/vitale mål	Blodtrykksverdi (BT) > 190/100 mmHg	3	23 (11)
	Nyoppstått hypotensjon	3	
	Systolisk BT-fall på 40 mmHg eller mer	0	
	Nyoppstått BT < 110/70 mmHg	5	
	Puls steget/falt med mer enn 20 slag per minutt i hvile, i forhold til normalt tilstand	3	
	Nyoppstått regelmessig puls	0	
	Nyoppstått moderat væskeansamling (ødem) i beina/sacralområdet	7	
	Temperatur > 37,5 Husk at temperatur kan mangle ved infeksjon hos eldre	2	
Hud/Slimhinner	Mer blek eller rød hud enn ved normalt tilstand	2	17 (8)
	Nyoppstått kløe, utslett, sår	12	
	Forverring av eksisterende sår (lukt, farge, økt størrelse)	3	
Eliminasjon	Nyoppstått inkontinens for urin	0	19 (9)
	Nyoppstått sviende vannlatning	1	
	Sparsom mengde, eller uvanlig mørk (konsentrert) urin	6	
	Nyoppstått inkontinens for avføring	0	
	Nyoppstått obstipasjon	6	
	Nyoppstått diaré	3	
	Nyoppstått blod i avføringen	3	





Fysisk funksjon	Tydelig mer ustø enn ved normal tilstand	7	24 (11)
	Falt 1 gang siste uke for pasienter som ikke pleier å falle	11	
	Tydelig økte vansker med å reise/sette seg eller gå, for pasienter som har kunnet dette tidligere.	3	
	Nyoppståtte skjelvinger, stivhet eller leddproblemer	3	
Psykisk/kognitiv funksjon	Merkbar forverring i nedstemthet, engstelse, initiativløshet eller agitasjon i forhold til normalt tilstand	14	16 (7,5)
	Forverret orienteringsevne eller vrangforestillinger/hallusinasjoner	2	
Søvn/hvile	Tydelig økt trøtthet på dagtid Tydelige økte innsovningsproblemer	10	10 (5)
Sanser/kommunikasjon	Tydelig endring ved syn	6	12 (5,5)
	Tydelig endring ved hørsel	4	
	Tydelig endring ved taleevne	2	
	Tydelig endring ved språkforståelse	0	
Smerter	Nyoppståtte smerter	8	10 (5)
	Økning på mer enn 2 på smerteskalaen i forhold til vanlig	2	
<b>Totalt</b>		<b>212 100)</b>	
*Prosentandelen er avrundet til nærmeste 0,5%			

Hovedprosjektet «Systematic observation and assessment in home health care practice for early identification of functional decline: Test and evaluation of the Sub Acute Functional decline in the Elderly (SAFE)» er i ferd med å avsluttes. Resultater fra de ulike delstudiene vil samlet sett gi nyttig kunnskap om verktøyet i seg selv, men også sykepleiernes bruk av og vurderinger rundt bruken av et slikt verktøy i praksis. Denne delstudien er et lite bidrag i en større sammenheng.

#### Studiens styrker og begrensninger

Dataene var ferdig innsamlet ved oppstart av denne studien. Retrospektiv datasamling minsker risiko for bias, da forskeren ikke kan påvirke data. Det kan på den annen side være en ulempe at data allerede var samlet inn, uten tilgang på utdypende eller forklarende informasjon.

Vi har ikke data som gir oss en forklaring på hvorfor flest symptomer og tegn ble avdekket innen disse områdene, for vi har verken informasjon om pasientenes diagnoser, tilstander eller hjelpebehov, heller ikke sykepleiernes betraktninger. Vi vet heller ikke hvorfor kun halvparten av SAFE-kartleggingene ble dokumentert i samsvar med beslutningsstøtten, noe som svekker resultatenes validitet.

Denne studien hadde ikke til hensikt å beskrive videre pasientforløp ut fra resultatene av syke-

pleiernes observasjoner eller tiltak. Vi vet derfor ikke hva resultatet av observasjonene, vurderingene og oppfølgingen eller mangelen på denne ble. Vi kan derfor ikke antyde noe om SAFEs reliabilitet på bakgrunn av denne studien. Det foreligger ikke data om kjønnsforskjeller eller sosiale forhold hos pasientene. Slik informasjon er lite relevant, sett i forhold til studiens hensikt, som var å beskrive hvordan sykepleierne avdekket og fulgte opp observasjoner som tyder på subakutt funksjonssvikt ved bruk av SAFE.

#### Konklusjon

Sykepleierne dokumenterte at de avdekket subakutte endringer hos eldre mottakere av hjemmesykepleie innen observasjonsområdene ernæring, respirasjon og fysisk funksjon ved å sette gul skår i verktøyet SAFE. Sykepleierne fulgte i liten grad opp observasjonene som ble dokumentert. Beslutningsstøtten ble fulgt opp i under halvparten av observasjonene som ble registrert som subakutt. Mer enn halvparten av observasjonene ble ikke dokumentert fulgt opp, eller ble dokumentert ikke fulgt opp.

#### Finansiering

Hovedprosjektet er finansiert av Norsk Sykepleierforbund, Oslo Universitetssykehus, VID vitenskapelige høyskole (tidligere Høgskolen Diakonova) og Lovisenberg diakonale høyskole. ■

## Referansar:

1. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkeveld M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC nursing*. 2016;15(1):5. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
2. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2015;1(01):18-26. URL: [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2015/01/kontinuitet\\_i\\_hjemmesykepleien\\_vanskelige\\_vilkaar\\_men\\_god](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/kontinuitet_i_hjemmesykepleien_vanskelige_vilkaar_men_god) [Lesedato 21.01.2020]
3. Gjevjon ER, Hellesør R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(1-2):100-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>
4. Glatte E, Gjevjon ELR, Skredsvig K. Sluttrapport for prosjektet Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012–2013. Oslo Oslo universitetssykehus; 2014. URL: <https://docplayer.me/6180730-Sluttrapport-for-prosjektet-akutt-og-subakutt-funksjonssvikt-hos-eldre-2012-2013-effektiv-samhandling-og-styrket-kompetanse.html> [Lesedato 21.01.2020]
5. Næss G, Kirkeveld M, Hammer W, Straand J, Wyller TB. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC health services research*. 2017;17(1):645. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
6. Husebø B, Erdal A, Kjellstadli C, Bøe J. Helsehjelp til Eldre. Kunnskapsopsummering. Bergen: Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet, Institutt for global helse og samfunnsmedisin Senter for alders- og sykehjemsmedisin; 2017. URL: [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsopsummering/011017\\_kunnskapsopsummering\\_helsehjelp\\_sefas.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsopsummering/011017_kunnskapsopsummering_helsehjelp_sefas.pdf). [Lesedato 21.01.2020]
7. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people *Lancet* 2013; 381 (9868): 752-62 [https://doi.org/10.1016.S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016.S0140-6736(12)62167-9).
8. Grimsø A. Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018;4(02):102-6. URL: [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2018/02/antall\\_kroniske\\_sykdommer\\_og\\_persontilpasning\\_boer\\_ligge\\_til](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2018/02/antall_kroniske_sykdommer_og_persontilpasning_boer_ligge_til). [Lesedato 22.01.2020]
9. Gjevjon ELR, Linnerud SCW, Andersen E, Kleiv MS, Johansen S, Borglin G. SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Sykepleien*. 2019;107. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.76084
10. Holm SG, Angelsen RO. A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC health services research*. 2014;14(1):439. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-439>
11. Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(3):553-63. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12214>
12. Næss G, Wyller TB, Kirkeveld M. Structured follow-up of frail home-dwelling older people in primary health care: is there a special need, and could a checklist be of any benefit? A qualitative study of experiences from registered nurses and their leaders. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2019;12:675. DOI: 10.2147/JMDH.S212283
13. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand URL: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>. [Lesedato 07.02.2020].
14. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok: Gyldendal akademisk; 2011.
15. Polit F, Beck C. *Nursing Research: Generating and Assessing evidence for evidence-based Practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins; 2016.
16. Neuendorf KA. *The content analysis guidebook*: Sage; 2016.
17. Landmark BT, Gran SV, Grov EK. Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk sykepleie*. 2014;28(01):4-14.
18. Pasientsikkerhetsprogrammet. Forebygging av underernæring. URL: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering>. [Lesedato 23.03.2020].
19. Meld. St. 15 (2017–2018). URL: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> [Lesedato 23.03.2020]
20. Henderson, V. *The Nature of Nursing*. New York: Macmillan Publishing; 1966.
21. Jacobsen EL, Brovold T, Bergland A, Bye A. Prevalence of factors associated with malnutrition among acute geriatric patients in Norway: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2016;6(9):e011512. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011512>
22. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*. 2019;48(1):16-31. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afyl169>
23. Li G, Thabane L, Papaioannou A, Ioannidis G, Levine MA, Adachi JD. An overview of osteoporosis and frailty in the elderly. *BMC musculoskeletal disorders*. 2017;18(1):46. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1403-x>
24. Holvik K, Ranhoff AH, Martinsen MI, Solheim LF. Predictors of mortality in older hip fracture inpatients admitted to an orthogeriatric unit in Oslo, Norway. *Journal of aging and health*. 2010;22(8):114-31. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898264310378040>
25. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjos BØ, Hellesør R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of nursing management*. 2013;21(1):182-90. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x>
26. Henni SH, Kirkeveld M, Antypas K, Foss C. The role of advanced geriatric nurses in Norway: A descriptive exploratory study. *International journal of older people nursing*. 2018;13(3):e12188. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12188>



# I livets siste dager – forbli i sykehjem eller overføres til sykehus?

I Norge er botiden på sykehjem og alder ved død, henholdsvis 2 og 87, 5 år, det er store kommunale forskjeller (1).

## FAKTA

### Forfattere:

**Liv Wergeland Sørbye**  
Sykepleier, can philol, PhD  
Stilling: Professor emrita  
liv.wergeland.sorbye@  
vid.no  
mobile: 92240601

**Olaug Elisabeth Vibe**  
Stilling: Spesialkonsulent  
olaug.elisabeth.vibe@  
sye.oslo.kommune.no  
mobile: 48866810

**B**akgrunn  
En europeisk studie viser at for 60-70 % er botiden i sykehjem ett år eller lengre, gjennomsnittsalderen varierte fra 83 år i Polen til 89 år i England (2). Terskelen for å få sykehjemsplass er høyere enn for bare få år tilbake (3). Andel med alvorlig kognitiv svikt øker. Beboer klarer ofte ikke selv å sette ord på ulike plager og somatiske diagnoser kan bli underrapportert (4). Sykepleierne opplever et stort ansvar og utfordringer (5). Når livet går mot slutten, kan det ha liten hensikt å forsøke med aktiv medisinsk behandling (6). Ved innkomsten er beboer sin helse preget av mangelfull ernæring, redusert evne til å ivareta egen hygiene, samt redusert mobilitet. Symptomer på andre lidelser kan derfor være skjult (7). De fleste pårørende tar det for gitt at sykehjemmet vil bli beboer sin siste, permanente adresse. Likevel er det ofte de pårørende som ønsker sykehusinnleggelse. Samtidig er en klar over at en overføring til sykehus kan være traumatisk (7-8). De ansatte i sykehjem synes det er vanskelig å ta ansvaret for at beboer skal få tilstrekkelig med medisinskbehandling og pleie. Denne usikkerheten kan føre til innleggelse i sykehus, istedenfor å samtale med de pårørende å sikre en god lindrende behandling i sykehjemmet (9-11). Hensikten med denne studien var å vurdere om overflytting til sykehus kunne vært unngått.

Forskningsspørsmål:

1. Hva karakteriserte beboerne som ble innlagt i sykehus versus de som døde i sykehjem?

2. Hva var sykepleiernes reaksjoner på at det ble sykehusdød?
3. Hva skal til for å hindre sykehusinnleggelse.

### Metode

I denne studien har vi benyttet longitudinell kvantitative metode kombinert med en deskriptiv analyse av sykepleiedokumentasjon fra beboers siste levedager. I tillegg har vi benyttet fokusgrupper for å fange opp tanker og refleksjoner.

Etter ønske fra sykehjemmets ledelse ble boerne årlig kartlagt med vurderingsskjemaet Resident Assessment Instrument for langtidspleie (RAI-LTCF), ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)). Etter hvert dødsfall ble det foretatt en avsluttende vurdering sammen med ansvarlig pleier. Kvantitative data ble analysert med dataprogrammet RAIssoft ([www.raisoft.fi](http://www.raisoft.fi)) og SPSS versjon 26. Bakgrunnsdata inkluderte alder og liggetid (her oppgitt i gjennomsnitt) og kjønn. Graden av ulike plager og fungering (jf. tabell 1) er angitt i skalaer med en gitt verdi for moderat til alvorlig problem: ernæring, åndenød, angst, depressive symptomer og smerter. I algoritmen «kognitive fungering» inngår: svekket hukommelse, bevissthetsnivå og utøvende funksjon. Denne algoritmen kan gi et bedre bilde på grad av kognitiv svikt enn en usikker diagnose. «Ustabilitet i helsestilstanden» inkluderer helse, sykdom ved livets slutt, vitale tegn, ulike symptomer samt behandlingsavklaring om ikke å innlegge på sykehus. Sykepleiernes beskrivelser og vurderinger av beboernes siste levedager ble skrevet inn på notatsiden i det elektroniske vurderingsskjemaet.



Foto: Shutterstock

Forfatterne sammenfattet informasjonen til 14 case.

Avdelingslederne inviterte pleierne som representerte personalet fra ulike dødsår (medio 2013 til medio 2018) til å delta i en fokusgruppe. Forfatterne gjennomførte tre fokusgrupper á 1 ½ time, med totalt sju pleiere. Hvert av de 14 casene ble drøftet separat med følgende innfallsvinkler: spontane reaksjoner, opplysninger som var viktig å dokumentere, hva kunne noe være gjort annerledes for å hindre sykehusinnleggelse.

Begge forfatteren tok fortløpende notater. Vi benyttet et deskriptivt kvalitativt design for å analysere data (12 -13). Notater for hvert case ble lest, kodet og diskutert. Vi organiserte teksten etter de viktigste årsakene til at beboerne ble overført til sykehus. Førsteforfatter leste igjennom notatene fra intervjuene og identifiserte tema ut fra datamaterialet. Temaenes relevans og aktualitet ble diskutert med andreforfatter. Tekst med den samme meningen ble samlet. Teksten ble lest linje for linje og setningenes mening ble kodet. Ulike årsaker til sykehusinnleggelse ble kategorisert og drøftet. Etter en felles vurdering ble fire hovedkategorier presen-

tert sammen med en fortettet form av casene og samtalen i fokusgruppen.

Førstforfatter og hennes medarbeider har begge årlig gjennomført kartleggingen av beboerne etter ønske fra sykehjemmets ledelse. De møtte verken beboerne eller hadde tilgang til elektroniske journalene. Vurderingsverktøyet ble fylt ut sammen med beboers «kontaktsykepleier». Dataene er kodet på en sikret webside ([www.raisoft.fi](http://www.raisoft.fi)). Registerdataene kan ikke identifiseres direkte, men via en kodenøkkel. Kartleggingen var en del av et kvalitetssikringsprosjekt og var derfor ikke framleggspliktig for regional godkjenning av etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (14-15). Prosjektet fulgte etiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi (16). Den nærmeste pårørende og beboer ble informert om prosjektet og det ble gitt et skriftlig informert samtykkeskjema. Deltakerne i fokusgruppene har lest og skriftlig godkjent den teksten som inngår i det endelige materiale. Opplysninger kan ikke spores tilbake til enkelt personer i den kondenserte teksten presentert fra fokusgruppene og er ikke meldepliktig til NSD – stat. (17).

### Bakgrunnsdata

I vårt materiale døde 96 beboere på sykehjemmet og 14 i sykehus. Andel menn og kvinner som døde i sykehus var tilnærmet lik som i sykehjem. De beboerne som ble overført til sykehus var i gjennomsnitt tre år yngre, standardavvik var imidlertid høyere, (jfr. tabell 1). De som døde i sykehus hadde bodd ett år lengre i sykehjemmet.

**TABELL 1:** Fungering og sentrale symptomer siste levedager. Angitt i antall og prosent

Karakteristika	Sykehjem N=96	Sykehus N= 14
Kvinner	76 (78)	12 (85.7)
Menn	20 (22)	2 (14.3)
Alder (gjennomsnitt, standardavvik - SD) år	89 (7.3)	86.1 (13.3)
Botid (gjennomsnitt standardavvik)	2.8 (2.3)	3.8 (2.2)
Kroppsmasseindeks $\geq$ 30	7 (7)	1 (8)
Kroppsmasseindeks $\leq$ 20,5	48 (50)	7 (50)
Slim (skala 0-4) $\geq$ 2	40 (38)	8 (67)
Åndenød (skala 0-4) $\geq$ 2	59 (66)	9 (64)
Fatigue (skala 0-4) $\geq$ 2	78 (81)	11 (79)
Smerter (skala 0-3) $\geq$ 2	61 (64)	8 (57)
Ødemer (skala 0-4) $\geq$ 2	25 (26)	4 (29)
Trykksår	5 (5)	1 (7)
ADL-fungering (skala 1-6) $\geq$ 4 (omfatt hjelp)	78 (81)	9 (64)
Alvorlig kognitiv svikt (skala 1-6) $\geq$ 4	56 (58)	4 (23)
Risiko for depresjon (skala 0-14) $\geq$ 3	39 (38)	6 (43)
Angst (skala 0-3) $\geq$ 1	16 (17)	4 (29)
Ustabilitet i helsetilstanden (skala 0-5) $\geq$ 3	75 (78)	11 (79)
Behandlingsavklaring: ikke sykehusinnleggelse**	40 (42)	0 (0)

\* Jfr. forkortelser under metode

\*\* 20 av disse var muntlig avtale, 20 var oppført i journalen

Beboere som døde på sykehus hadde en noe bedre fysisk- og kognitiv fungering enn de som forble på sykehjemmet. Når det gjaldt fysiske plager var det liten forskjell i forhold til ernæringsstatus, smerter, åndenød og fatigue. Beboerne som ble overført til sykehus var imidlertid mer plaget av slim og angst.

### Årsaker til innleggelse i sykehus

Etter gjennomgang av fokusgruppe data, var det fire hovedårsaker til sykehusinnleggelse. I enkelte tilfeller var det flere sammensatte årsaker til at det ble slik. Minus behandlingsavklaring, usikkerhet hos personalet, pårørendes sitt ønske og fallskader.

Når det gjelder innleggelse i sykehus, er det 8 (57 %) ca. 80 år eller eldre. Liggetiden er i gjennomsnitt høy, med en variasjon fra tre måneder til 6 ½ år.

### Hva skal til for å forhindre sykehusinnleggelse?

Deltakerne i fokusgruppene hadde flere innspill til hva som kunne vært gjort annerledes. Vi presenterer her et case for hver av kategoriene inkludert vurderinger fra fokusgruppene.

#### Minus behandlingsavklaring (Case 13)

Beboeren var svekket kognitivt og hadde problemer med kommunikasjon. Hun måtte ha omfattende hjelp til dagliglivets aktiviteter. Beboer hadde svelgevansker, maten samlet seg fort opp i munnen. Det dannet seg ofte skummende slim, og hun likte ikke å få munnstell. Beboer deltok lite på sosiale aktiviteter. Helsestatus var stabil inntil en markert endring de siste dagene. Beboer satt på ute på dagligstua, da hun ble akutt dårlig og ble tatt inn på rommet. Hun fikk problemer med å rense luftveier for slim. Hun hadde tung pust med boblende skum ut av munnen. Det var ikke foretatt noen behandlingsavklaring. Pårørende var ikke tilgjengelige, ambulans ble tilkalt og beboer overført til sykehus.

#### Fokusgruppe

Sykepleierne ringte sykehuset for å høre hvordan det gikk med beboeren. De fikk da beskjed om at sykehuspersonalet ikke kunne si noe uten å få tillatelse fra pårørende først. Pårørende hadde fått anledning til å besøke henne. Sykehus beholdt beboeren i seks dager uten å tilby annet enn palliativ omsorg. Sykepleier på sykehjemmet syntes denne beboeren med alvorlig kognitiv svikt burde fått komme «hjem» hvor de visste hva som ga henne omsorg og ro. Gruppen drøftet om det var beboerens relativ unge alder (ca. 65 år) som tilsa sykehusopphold. Dersom det hadde vært behandlingsavklaring om bare palliasjon, ville beboeren neppe blitt overført sykehus. Beboeren ville det sannsynligvis hatt det bedre i ro på sykehjemmet med sine kjente pleiere. For å få dette til måtte sykehjemmet alltid ha en erfaren sykepleier tilstede.

#### Usikkerhet hos personalet (Case 2)

Beboeren hadde bodd på Sykehjemmet i ca. fire år. Hun hadde hatt poliomyelitt og var totalt avhengig av hjelp i stellet. Hun brukte ryggkorsett og skinner. Det som plaget henne mest var respirasjons-

**TABELL 2:** Årsaker til innleggelse i sykehus. N=14

#### Minus behandlingsavklaring

- Død 2013: K, ca. 65 år, LT: 1825. De siste tre dagene på sykehjemmet hadde beboer tung pust og slimete, boblende skum ut av munnen. Hun ble overført til sykehus. Der fikk en palliativ behandling og døde kort tid etter (Case 13).
- Død 2015: K, ca. 95 år, LT: 1622 Det var natt, ingen mulighet for å gi antibiotika intravenøst på Sagenehjemmet. Journalen hadde ingen informasjon om pårørende eller beboers ønske (Case 6).
- Død 2015: K, ca. 90 år, LT:104. Beboer ble innlagt på Ullevål av en legevakslege. Tre dager senere døde hun på sykehuset med sønnen tilstede (Case 1)
- Død 2018: M, ca. 85 år, LT: 712. Beboeren ble svært dårlig onsdag, oksygenivået falt raskt. Han ble derfor innlagt i sykehus. Beboeren døde tidlig fire dager senere på sykehuset (Case 14).

#### Usikkerhet hos personalet

- Død 2013: K, ca. 85 år, LT: 2207. Beboer ble innlagt for mistanke om hjerneblødning, men ble behandlet for pneumoni. Hun var for skrupelig til å returnere til sykehjemmet. Døde tre dager etter innleggelsen (Case 9).
- Død 2016: K, ca. 60 år, LT: 2414. Beboer hadde en rekke innleggelse i sykehus det siste året på grunn av pusteproblemer. Det var vanskelig å få BIPAP ventilator til å lindre. Hun døde kort tid etter overføring til sykehus (Case 8).
- Død 2017: M, ca. 90 år, LT: 847. Beboer ble akutt svært dårlig. Han ble derfor innlagt i sykehus. Der fikk han lindrende behandling og døde fire dager senere med sønnen tilstede (Case 5).
- Død 2018: K, ca. 80 år, LT: 1431. Beboer fikk et alvorlig pusteangfall. BIPAP ventilator ga ingen effekt. Hun ble innlagt i sykehus. Her ble hun ikke vurdert til å være ustabil, men ble funnet død i sengen før legevisitten dagen etter (Case 2).

#### Pårørendes ønske

- Død 2013: K, ca. 65 år, LT: 730. Beboers medisinske tilstand som omfattet behandling for pneumoni og nedsatt allmenntilstand klarte de på Sykehjemmet. Pårørende ønsket innleggelse i sykehus, da det en benet startet å bli blåmarmorert. Der døde kvinnen tre dager senere (Case 4).
- Død 2016: K, ca. 95 år, LT: 1892. Beboeren er veldig sliten. Svært redusert allmenntilstand. Er slapp og sover mye, overfladisk pust. Pårørende ønsket innleggelse i sykehus. Tilsett av legevakten. Beboer ble overført til sykehus to dager før hun døde (Case 11).
- Død 2017: K, ca. 95 år, LT: 1888. Beboer er engstelig med svært redusert allmenntilstand. Får hjelp fra legevakten for å legge inn veneflon. På grunn av beboers tilstand blir man ening med pårørende om innleggelse på sykehus. Dør to dager senere (Case 3)
- Død 2018: K, 92 år, LT: 1507. Beboer ønsket å slippe mer behandling, sønnen ba om innleggelse. Beboeren døde etter fem dager i sykehus (Case 7).

#### Fall

- Død 2014: K, ca. 95 år, LT: 1452. Beboer falt og legevakten ble tilkalt. Under undersøkelsen fikk hun et illebefinnende og oversendt til sykehus. Sykehjemmet fikk beskjed fra sykehuset om at beboeren skulle komme «hjem», men død på sykehuset dagen etter (Case 10).
- Død 2017: K, ca. 90 år, LT: 472. Beboer var i fin form og satt på sengekanten, da en pleier så til henne. Kort etter hørte pleier et kraftig brak fra rommet hennes. Beboer hadde stupt rett fremover og falt over rullatoren. 113 ble tilkalt. Beboeren døde to dager senere i sykehus (Case 12).

\*liggetid (LT)

problemer grunnet kols og store smerter på grunn av skjelett-metastaser utgått fra brystkreft. Hun fungerte svært bra i dagliglivets aktiviteter. Hun var blid og takknemlig. Redselen for å bli liggende alene med total respirasjonssvikt, uroet henne mest. Tre dager før hun døde fikk hun et alvorlig pusteangfall og følte at BIPAPPen ikke virket. Beboeren opplevde å bli kvalt. Sykepleierne følte seg usikre. Ambulanse ble tilkalt. Mot sin vilje ble hun kjørt til sektorsykehuset. Senere ble hun overflyttet til et sykehus som «kjente» henne. Her vurderte ansvarlig lege at beboeren stabil. Sykepleierne så ofte inn til henne. Beboeren ble funnet død i senga ca. kl. 11:00, dagen etter før legevisitten.

#### Fokusgruppe

Vi ringte etter ambulanse og ga beskjed om at beboer skulle til sykehus A, der følte hun seg trygg etter mange tidligere opphold. Ambulansen kjørte til sykehus B som sykehjemmet tilhørte - geografisk -byråkrati på sitt verste. Beboeren var fortvilet og ble så kjørte videre til sykehuset A. Hun slappet av og legene vurderte henne ikke til å være ustabil.

Dagen etter ringte kontaktsykepleier for å høre hvordan det gikk. En av oss fra personalet drar ofte på besøk når en beboer forflyttes. Sykepleieren fikk vite at beboeren ble funnet død - alene. Det beboeren selv ønsket ikke skulle skje. Hun burde ikke blitt overflyttet. Tenk å måtte sendes til sykehuset





på grunn av en «ineffektiv maskin». Den var justert noen dager før. Hun hadde gitt beskjed om at hun verken ønsket hjerte-lungeredning eller sykehusinnleggelse.

## «I dette aktuelle tilfellet var det som om sønnen sa: “Jeg vil ha mamma så lenge som mulig”»

### Pårørendes sitt ønske Case 3

Beboeren ga uttrykk for dårlig livskvalitet de siste månedene. Hun var ofte lei seg, hennes kognitive svikt gjorde henne usikker. Hun ga uttrykk for at hun ønsket å dø. En dag fikk beboer frostanfall mens hun satt og spiste middag på stua. Hun ble pakket inn i tepper, og fikk Paracet. Beboer ble etter hvert surklete, det rant fra nesen og hun hostet opp gulaktig, tjukt ekspektorat, temp. 38. Sønnen ble tilkalt. Tilsynslegen forordnet Bactrim mix pr. telefon. Nytt frostanfall 19.30, temp 39,5, fikk Paracet sup. Sønnen snakket med tilsynslegen pr. telefon. Han ba sterkt om at moren ikke skulle være alene. Fastvakt ble ordnet. Ambulansepersonell kom og satte inn venflon i venstre fot (NaCl 500 ml.) Beboer rev det ut kort etter. Tilsynslegen (pr. telefon) forsøkte å informere sønnen om at moren var svært dårlig. Hun ga uttrykk for at den behandlingen, som blir gitt på sykehjemmet var kanskje den beste for moren. Til tross for fastvaktens vurdering ønsket sønnen innleggelse i sykehus, ambulansen kom kl. 04:00. På sykehuset ble det startet med intravenøs antibiotika behandling. Det viste seg snart at beboeren ikke lengre responderte på livsforlengende behandling. Dagen etter fikk sykehjemmet beskjed om at beboeren var død.

### Fokusgruppe

Beboerne skjerpet seg når de pårørende kom på besøk. Selv om de er pre-terminal skal de likevel opp og stå. De hadde ofte vært tryggere «hjemme» på sykehjemmet. Beboerne kjenner ingen på sykehuset. På sykehjemmet kan vi som pleiere små triks for å gjøre det lettere for beboerne. Det er vanskelig å skille mellom hva beboeren ønsker og hva de pårørende ønsker. I dette aktuelle tilfellet var det som om sønnen sa: «Jeg vil ha mamma så lenge som mulig.»

Det virker som om det gir de pårørende trygghet at beboeren får være på sykehuset. Pårørende hørte her ikke på sykehjemslegens vurdering. Det virker som om pårørende ofte tenker at alt skal være prøvd. I dette tilfellet ble det gitt full behandling hos en som har sagt hun ikke ønsker å leve. Det var alltid vanskelig i en akutt situasjon å avgjøre hva som var det beste for beboer. Pårørende var i en unntakstilstand, en krise – de ønsket å finne en løsning. Sykehusinnleggelse blir derfor første valg.

### Fall Case 10

Beboer falt på badet, mens hun var alene. Hun forsøkte å belaste benet, men det ga mye smerter i høyre fot, lår og hofta. Hun ble derfor lagt på sengen. Hun fikk besøk av pårørende. Hun ville da forsøke å gå sammen med pårørende og sykepleier. Hun var tydelig smertepåvirket og var veldig forvirret. Hun pratet mye som var uforståelig, ble bleik og svett. Sykepleier ringte Legevakten og pårørende fulgte henne. Beboer fikk der et illebefinnende ble sent til sykehus for behandling. Sykepleier snakket med «sykehuset» dag etter og fikk beskjed om at beboeren antagelig kom tilbake dagen etter. Ny samtale med sykehuset senere. Beboer skulle ha en kontroll av hoften, men behandles nå for blodtrykksfall. Hun døde samme dagen. Det var pårørende som kontaktet sykehjemmet om dødsfallet.

Fokusgruppe: Beboer var alvorlig dement, og svært aktiv. Til tross for at hun var svært ustø reiste hun seg å gikk på egenhånd. Hun fikk først et lårhalsbrudd og ble operert. Etter kort tid ville hun likevel opp å gå, selv om hun klaget på smerter etter operasjonen. Hun gikk på badet alene og brakk den andre lårhalsen. Vi hadde hele tiden utfordringer med fallforebyggende tiltak.

### Drøfting

I denne studien har vi fulgt boere i ett sykehjem over en 5-årsperiode. Vi har benyttet både kvantitative og kvalitative metoder for å beskrive materialet og årsakene til sykehusinnleggelse. Vi vil her drøfte hva som kan være årsaken til at enkelte beboere døde i sykehus og hva kunne eventuelt vært gjort annerledes. En studie av 38 norske sykehjem viste at gjennomsnittsalderen ved innleggelse i sykehus var 85,1 år  $Sd \pm 2.2$  (11) i vår studie var tilsvarende tall var 86,1 år  $Sd \pm 13.3$ ). En europeisk studie viste at andelen som ble overflyttet til sykehus i vår studie samsvar med tall fra Finland 13 %. Nederland





Foto: Shutterstock

derimot hadde lavets andel med 6%, Polen var høyest med 20 % (2).

Beboere som døde på sykehus hadde generelt en noe lavere alder, bedre fysisk- og kognitiv fungering enn de som forble på sykehjemmet. Dette er i overensstemmelse med en omfattende internasjonal litteratur gjennomgang (6). De pårørende hadde gitt uttrykk for at det betydde mye at beboer kjente dem igjen. En større andel av de pårørende til beboere med alvorlig kognitiv svikt ga uttrykk for at de ikke ønsket sykehusinnleggelse eller andre ekstraordinære livsforlengende tiltak.

En amerikansk studie (18) la vekt på at å overføre beboere fra sykehjem til sykehus de siste levedager var en aggressiv handling, da det ville vært bedre for beboeren å slippe. Deres studie viste til at en økt grad av demens hos beboerne reduserte sykehusinnleggelse. Dette er i overensstemmelse med våre funn, jamfør alvorlig kognitiv svikt (tabell 1). Sykepleierne fortalte at når pårørende ga uttrykk for at det var vanskelig å få kontakt med den gamle, ble døden oftere en naturlig avslutning. Med unn-

tak fra alvorlig kognitiv svikte, er det relativt lite som skiller sykdomsbildet til de beboere som døde på sykehjemmet versus sykehus. Dette innbefatter ernæringsstatus, smerter, åndenød og fatigue.

Sykepleierne ga uttrykk for at det var viktig å snakke om hva som førte til at beboerne ble innlagt i sykehus. Hadde de skjont at døden var så nært forestående hadde de handlet annerledes. Samtidig var det også en lettelse å slippe ansvaret. De følte seg usikre overfor de pårørende.

I denne studien var det to av beboerne som fikk alvorlige fallskader, som førte til død på sykehus. Sykepleierne føler ofte at de burde klart å forhindre at vedkommende falt. Det kan være en hårfin balanse med å kombinere beboerens selvbestemmelse og mekanisk frihetsberøvelse. En omfattende tysk undersøkelse viste at fallskader økte med høyere alder og avtok med økende behov for hjelp til dagliglivets aktiviteter (19). Alvorlige fallskader, hos skrøpelige beboere skaper en kritisk situasjon. Det er viktig at det blir foretatt en medisinsk vurdering. Dersom det ikke er aktuelt med akutte, kirurgiske



inngrep bør det vurderes om beboeren kan få være på sykehjemmet. Her skal det gis kontinuerlig tilsyn og lindrende behandling.

Sykehjemmet hadde ikke tilgjengelig lege hele døgnet. Legevaktslege ble derfor tilkalt ved akutte hendelser. En tysk undersøkelse legger vekt på at behandlingsavklaring er viktig (5). I vårt materiale hadde ingen av beboerne som ble overført til sykehus behandlingsavklaring. Sykepleierne følte seg usikre når det skjedde akutte endringer i beboerens situasjon. I fokusgruppene var det enighet om at det var bedre å gjøre for mye, enn for lite. I case 2 opplevde de ansatte at BIPAPPen ikke virket. Det ble derfor en hektisk avskjed fra sykehjemmet. Det var vanskelig å vurdere om åndenød er en del av dødsprosessen, eller om det kunne lindres. De opplevde det utfordrende å trygge beboere som strevde med pusten. På sykehus A ble beboer vurdert som stabil – hun døde alene.

Når det gjaldt de pårørendes ønsker, kunne det være vanskelig. Sykepleierne følte at beboerne ble «overkjørt». Fire av beboerne som ble overført til sykehus var plaget av slim og angst. Å oppleve angst ved et dødsleie er vondt ikke bare for den døende,

men også for de pårørende. Sykehusinnleggelse ble derfor prioritert.

To norske undersøkelser viser til at de pårørendes rolle er sentral. Sykehjemslegene har et sterkt fokus på de pårørende når gjelder behandling ved livets slutt (20-21). Det drøftes om de pårørende får en større beslutningsmyndighet enn de burde ha. Dette kan føre til inngrep som strider mot beboerens vilje og beste interesser. En norsk studie vektlegger at de pårørende må ha tillit til at sykehjemmet gir god lindrende behandling og er et godt sted for deres slektning å avslutte livet (11). En japansk studie presiserer at skal de pårørende og de ansatte føle seg trygge bør det være en fulltids lege til stede (22), eventuelt en bakvakt som er kjent med beboernes sykdomsbilde. En norsk undersøkelse konkluderer med at det skal mere til enn økt legedekning i sykehjem for å kunne redusere antall sykehusinnleggelser (23). Intern undervisning og simulering er blitt viktige verktøy i flere sykehjem. Det vil trygge de ansatte dersom de er forberedt på hvilke symptomer som kan oppstå ved dødsleie.



Foto: Shutterstock

## Konklusjon

Det er utfordrende å gi omsorg til døende i sykehjem. Dette er en internasjonal utfordring. Sykepleierne får ofte et stort ansvar, og kan oppleve at de ikke strekker til. Mange av sykepleierne har kjent beboerne over tid og er opptatt av beboerens ve og vel. Det bør være en åpen debatt om hensiktsmessigheten av å overføre beboere fra sykehjem til sykehus, spesielt beboere med alvorlig demens.

Det bør være mulig å kvalifisert medisinskpersonell kan kommet til sykehjemmet istedenfor å overføre den døende til sykehus. Dette ville ofte være tryggere for beboeren, og sannsynligvis økonomisk gunstig. ■

## Referanser

1. Helsedirektoratet. Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende. 2017: www.helsedirektoratet.no
2. Pivodic L, Smets T, Van den Noortgate N, Onwuteaka-Philipsen BD, Engels Y mfl. Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries: An epidemiological study. *Palliat Med*. 2018;32(10):1584–1595. doi:10.1177/0269216318800610
3. Røen I, Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K, Testad I. mfl. Resource Use and Disease Course in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. importance? *BMC Geriatr*. 2018;18(1):254. doi:10.1186/s12877-018-0943-8
4. Sandra J, Svendsen B, Landmark B, Grov EK. Dying patients in nursing homes: nurses provide "more of everything" and are "left to deal with everything on their own". *Sykepleien Forskning*. October 2017 DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.63396
5. Allers K, Hoffmann F. Mortality and hospitalization at the end of life in newly admitted nursing home residents with and without dementia. *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2018(53):8 (8333-8339). doi: 10.1007/s00127-018-1523-0
6. Jørgensen LB, Thorleifsson BM, Selbæk G, Šaltyt Benth J, Helvik AS. Physical diagnoses in nursing home residents - is dementia or severity of dementia of importance? *BMC Geriatr*. 2018;18(1):254. Published 2018 Oct 22. doi:10.1186/s12877-018-0943-8
7. Houttekier D, Vandervoort A, Van den Block L, van der Steen JT, Vander Stichele R5. Hospitalizations of nursing home residents with dementia in the last month of life: Results from a nationwide survey. *Palliat Med*. 2014 Oct;28(9):1110-7. doi: 10.1177/0269216314353962
8. Gozalo P, Teno JM, Mitchell SL, Skinner J, Bynum J. mfl. End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *N Engl J Med*. 2011 Sep 29;365(13):1212-21. doi: 10.1056/NEJMsal100347
9. Cohen AB, Knobf MT, Fried TR. Avoiding Hospitalizations From Nursing Homes for Potentially Burdensome Care: Results of a Qualitative Study. *JAMA Intern Med*. 2017 Jan 1;177(1):137-139. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7128
10. Steindal SA Sørbye LW. Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning* 2010 5(2):138-145 DOI: 10.4220/sykepleien.2010.0073
11. Graverholt B, Riise T, Jamtvedt G, Husebo BS, Nortvedt MW. Acute hospital admissions from nursing homes: predictors of unwarranted variation? *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(4):359-65.
12. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health*. 2010;33:77–84. doi: 10.1002/nur.20362
13. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012 Dec;40(8):795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
14. Bruusgaard D. Hvilke prosjekter bør vurderes av de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK)? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2012/09/kommentar/hvilke-prosjekter-bor-vurderes-av-de-regionale-komiteer>
15. Law of Norway. Act on medical and health research, Health Research Act 2009. <https://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20080620-044-eng.pdf>. Accessed November 22, 2018.
16. The Norwegian National Ethics Committee. Guidelines for research ethics in the social sciences, humanities, law and theology 2016. <https://www.etikk.no/en/our-work/about-us/the-national-committee-for-medical-and-health-research-ethics-nem/>
17. Norsk senter for forskningsdata. Personvern tjenester. Må jeg melde prosjektet mitt? [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt)
18. Cai S, Miller SC, Mukamel DB. Racial Differences in Hospitalizations of Dying Medicare-Medicaid Dually Eligible Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Sep;64(9):1798-805. doi: 10.1111/jgs.14284
19. Jacobs H, Zeeb H, Hoffmann F. Incidence Rates of and Mortality after Hip Fracture among German Nursing Home Residents. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2):289. Published 2018 Feb 7. doi:10.3390/ijerph15020289
20. Romøren M, Pedersen R, Førde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Med Ethics*. 2016;17:5. doi:10.1186/s12910-016-0088-2
21. Sørbye LW, Steindal SA, Kalfoss MH. Opioids, Pain Management, and Palliative Care in a Norwegian nursing home from 2013 to 2018. *Health Services Insights* 2019 (12):1-8 doi.org/10.1177/1178632919834318
22. Takezako Y, Tamiya N, Kajii E. The nursing home versus the hospital as the place of dying for nursing home residents in Japan. *Health policy*. 2007(81):280-288. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.06.008
23. Krüger K, Jansen K, Grimsmo A, Eide GE, Geitung JT. Hospital admissions from nursing homes: rates and reasons. *Nurs Res Pract*. 2011;2011:247623. doi:10.1155/2011/247623



# Geriatriseminaret i Vestfold

Geriatriseminaret i Vestfold ble første gang arrangert på slutten av 1990 tallet. I 2010 ble NSF faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens sin lokalgruppe i Vestfold med i arbeidsgruppen som står bak seminaret. Arbeidsgruppen består av representanter fra Sykehuset i Vestfold HF, Universitetet Sørøst-Norge campus Bakkenteigen, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (USHT-V), Fylkesmannen i Vestfold og Telemark, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og faggruppen.

## FAKTA

Forfatter  
Katrine L. Pedersen  
Geriatrisk sykepleier

**S**eminaret samler ca 100 helsearbeidere fra hele fylket hvert år. Arbeidsgruppen arbeider aktivt for å komme frem til temaer som både er tidsaktuelle og samtidig tar i bruk lokale fagfolk fra fylket. Der det har vært aktuelt har også lokale prosjekter blitt presentert.

Den 5 februar ble årets seminar avholdt på Universitetet Sørøst – Norge campus Bakkenteigen. Det var 135 deltaker på seminaret. Deltakerne besto av helsearbeidere både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De fleste av deltakerne var sykepleiere, men det var også helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger som deltok.

Under årets seminar valgte man å dele dagen i to deler. Første del av dagen hadde tema eldre og søvn. Arbeidsgruppen valgt å ha fokus på dette fordi søvnforstyrrelser er vanlig hos eldre. Det er vanlig for eldre å oppleve at det er vanskelig å sove sammenhengende gjennom natten, samtidig som at det er vanskelig å holde seg våken om dagen. Søvnplager er assosiert med nedsatt livskvalitet, psykiske plager og begrensinger i daglige gjøremål. En del eldre med søvnvansker mottar ikke adekvat behandling. Dette kan skyldes at den eldre ikke oppsøker hjelp fordi søvnvansker oppfattes som normal del av aldringen,

eller at helsepersonell ikke har god nok kunnskap om de ulike behandlingsoalternativene.

Psykologspesialist, ph.d. Håvard Kallestad, Divisjon for psykisk helsevern, St. Olavs Hospital og Institutt for psykisk helse, NTNU startet dagen med foredraget «*Søvn - utredning, verktøy og medikamentfrie tiltak*». Her fikk man en god innføring i hvordan man gjorde gode kartlegginger av søvnmønsteret og nye tanker om hvilke tiltak man kan starte opp med når pasientene/brukerne våre ikke sover. Blant annet snakket han om viktigheten av at man fikk bygget opp nok søvntrykket i løpet av dagen slik at man faktisk blir trøtt når kvelden kommer. Videre fikk man god kunnskap om viktigheten av å bli eksponert for nok lys slik at kroppen kan utføre de biologiske mekanismene som trengs for å oppnå optimal søvn på natten.

Mange eldre bruker i dag legemidler for søvn og sykehusfarmasøyt Per Sandvand fra Sykehuset i Vestfold holdt foredraget «*Legemidler for søvn hos eldre: Effekt, bivirkninger og utfordringer*». Han ga deltakerne en grundig innføring i hvilke midler som ofte blir brukt, hvordan de virker, ulike bivirkninger og de utfordringer som kommer i kjølevann ved bruk av disse. Han minnet oss spesielt om dette



Foto: iStock

med at medikamenter generelt er testet på friske middelaldrende mennesker. Når man blir eldre er man mer følsom for bivirkninger på grunn av aldersforandringer i kroppen, og derfor vil man oftere se bivirkninger hos eldre enn ellers i befolkningen.

Siste del av dagen var det ortogeriatreri som var temaet. Eldre med brudd, spesielt hoftebrudd er ofte skrøpelige eldre med kormorbiditet og ikke minst geriatrike problemstillinger. De har økt risiko for varig redusert gangfunksjon og for å miste evnen til å klare seg selv i hverdagslivet. Nye behandlingsmetoder, med tettere samarbeid mellom spesialister i ortopedi, geriatri og anesthesiologi trer nå frem, også her i Vestfold, for å ivareta denne pasientgruppen bedre. Forskningen viser at en godt gjennomført ortogeriatrisk tilnærming kan gi bedre gangfunksjon, bedre funksjon i dagliglivets aktiviteter, bedre livskvalitet og kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Dette fordrer tilgang på kompetanse i geriatri, tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og tilstrekkelig tid til rehabilitering.

Seksjonsoverlege Marte Wang Hansen ved geriatrik seksjon på Sykehuset i Vestfold holdt foredrag om «Eldre med brudd». Deltakere fikk en innføring i fall og hvordan en geriater jobber med å kartlegge en pasient som har falt. Begrepet *frailty* ble også fremhevet som en samling av symptomer som kan si noe om hvor sårbar en pasient er. Til slutt fortalte dr Wang Hansen om hvordan de nå jobber med ortogeriatreri ved Sykehuset i Vestfold. De har blant annet startet med at en geriater går visitt på ortopedisk avdeling hver dag.

Den neste temaet var «Osteoporose hos eldre» ved seksjonsoverlege Dag Hofsø ved endokrinologisk seksjon på Sykehuset i Vestfold. Her fikk man en innføring i utredning og behandling av osteoporose. Noe av det Hofsø vektla var behandlingens lengde når man startet med forbyggende behandling av osteoporose med legemidler av bifosfonater som for eksempel Foasmax. Hvis man har kortere forventet levetid enn tre år har det ingen hensikt å skulle ta disse preparatene, da man bør stå på disse i minimum tre år for å oppnå effekt. Det er også en del alvorlige bivirkninger med bifosfonater dersom de ikke administreres på riktig måte noe som kan være utfordrende med økende alder og skrøpelighet.

Til slutt var det fysioterapeut og stipendiat Monica Beckmann, Forskningsavd. Bærum sykehus foredrag «Opptrening i tidlig fase etter hoftebrudd». Hun har gjort en master oppgave om dette temaet, og ikke overraskende hadde opptrening i tidlig fase flere gunstige effekter som raskere gjenvinning av tidligere funksjonsnivå og lavere mortalitet.

NSFs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens i Vestfold synes det er svært nyttig å være del av en slik arbeidsgruppe. Her knytter man kontakter og opparbeider seg et nettverk innad i fylket og man kan få tips om ulike prosjekter som foregår i fylket. Samtidig er samarbeide med på fremme faggruppen for sykepleiere i hele fylket. ■



# Omsorgspris

Omsorgsprisen 2019 ble delt ut på Den Nationale Scene søndag 19. januar. Dette er en festforestilling for anerkjennelse av og respekt for den innsats som daglig ytes for våre gamle og andre sårbare grupper. Prisen tildeles en medarbeider, frivillig, pårørende, institusjon eller et prosjekt som de siste årene har vist fremragende omsorg – i Bergen eller Hordaland.

Årets tema er 'mestring': Hvordan kan livet være håndterbart og meningsfullt selv med en diagnose som ender mye i hverdagen? Hvor ligger mulighetene?

Bak arrangementet står de som innstiftet det hele i 2001, GC Rieber Fondene, sammen med Verdhighetsentret – Omsorg for gamle og med Bergen kommune, Etat for sykehjem som samarbeidspartner.

## Under følger juryens begrunnelse for førsteplassen

Årets vinner er Tor Engevik. På bildet står han sammen med leder for Rieberfondene, Christian Rieber.

– 1.prisvinner tildeles Omsorgsprisen 2019 for sitt årelange og driftige engasjement som formidler av viktig kompetanse ved å oppmuntre pleiere til å gi livsforlengende aktiviteter og tilby trening også for de aller eldste blant oss, sier Stein Husebø i juryen.

Prisvinner er til daglig sykepleier, men bruker også store deler av sin fritid og uten vederlag på å reise rundt på sykehjem, dagsentre og serviceboliger med et eget livsgledeopplegg, sammen med en 74-årig norgesmester i styrkeløft. Dette initiativet har blant annet resultert i 200 fullt utstyrte treningskasser til sykehjem i Bergen og Hordaland.



Tor Engevik og Christian Rieber, den spreke 94 åringen som er leder for stiftelsen Rieberfondene.  
Foto: Thor Brødreskift

Prisvinner er også nøkkelperson i seniorgruppen i Bergen Styrkeløftklubb. Her trener 30-40 eldre i alderen 60-85 år fast tre dager i uken. I tillegg har prisvinner i samarbeid med Lynghaug aktivitetssenter etablert en ordning slik at yngre personer med demenssykdom får mulighet til ordentlig treningsstudio sammen med treningskontakter.

– Hovedtanken er å formidle at det aldri er for sent å begynne å trene. Og for denne gode sak har prisvinner i bokstavelig forstand vist et sterkt engasjement. Han er en livsgledespreder, sier Husebø.

– Det er en stor anerkjennelse å få denne prisen, sier Engevik.

Han viser til at mye forskning viser at styrketrening er viktig for alle, men kan være livsviktig for personer over 60 år.

– Vi reiser rundt og motiverer folk til trening. Det er viktig å finne ressursen hos den enkelte. Min motivasjon er skape livsglede og spre mestring, sier Engevik.

Han mener vi bør være ydmyke i møte med eldre.

– Jeg møter mange på 90 eller hundre år. Vi skal være litt ydmyke, for om kort tid er det deg eller meg som sitter i en rullestol på et sykehjem, sier Engevik. ■

Tekst: Kristine Askvik



# 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.

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](mailto:tor.engevik@hotmail.no)
- Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409

## INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse: .....

Postnr./sted: .....

e-postadresse: .....

Arbeidssted: .....

Medlemsnr. i NSF: .....

### **Kontingent: kr 400,- for 2021**

- 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.



Styret i NSF's Faggruppe