



Geriatrisk sykepleie

NR. 2-2015 • ÅRGANG 7

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Kvinner med kols

Ambulant oppfølging i hjemmet

Sykepleien

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

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

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

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, PhD, førsteaman., Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. **Solveig Hauge**, PhD, førsteaman., Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo. **Liv Wergeland Sørbye**, PhD, førsteaman., Diakonhjemmet høgskole. **Gørill Haugan**, PhD, 1.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

ABONNEMENT

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

ANNONSER

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

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/fag-grupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

Ingvald Bergsagel
Tlf. 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourboxx

NESTE UTGAVE: 12. november 2015

ANNONSERING

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



Innhold

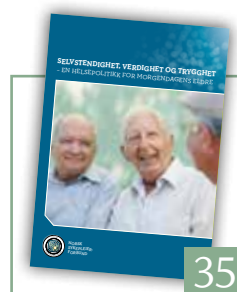
NR. 2-2015 • ÅRGANG 7

- 3 Leder Tor Engevik
- 4 Landsstyret
- 5 Gjesteredaktør Wivi-Ann Tingvoll
- 6 Makt og tvang i stellesituasjoner
- 14 Ambulant oppfølging i hjemmet til eldre kvinner med kols
- 22 Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære
- 34 Har du spørsmål om demens
- 35 Viktige tiltak for god eldreomsorg

«De har lang erfaring i å lytte, veilede, informere og gi råd.» s. 34



22



35



6

LEDER:
Tor Engevik



Å leve med kols

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en sykdom som rammer stadig flere nordmenn. Tidligere antok man at 200 000 nordmenn var rammet av den irreversible sykdommen. Ifølge astma og allergiforbundet er tallet langt høyere. De anslår at over 370 000 nordmenn over 18 år har kols. Halvparten vet det ikke selv. Dette gjør kols til en folkesykdom. Kols er den sykdommen som øker raskest på verdensbasis, og WHO regner med at det innen 2020 vil være den tredje vanligste dødsårsaken internasjonalt.

Som sykepleiere møter vi kolspasienter ved alle helseinstitusjoner og i alle faser av sykdommen. Med samhandlingsreformens mål om færrest mulig innleggelse i sykehus ble ansvaret for de «friskeste» kolspasientene overført fra sykehus til kommunene. Det betyr at mye av behandlingen og oppfølgingen foregår i hjemmet og sykepleierens rolle blir helt sentral. Tilrettelegging av bolig og hjelpemidler, undervisning om sykdommen, oppfølging av ernæring, riktig medisinbruk, optimalisering av inneklima, praktisk bistand og emosjonell støtte er noen av tiltakene sykepleierne bistår med.

På tross av at kols er å betegne som en folkesykdom opplever både helsepersonell, pasienter og pårørende at tilbudet er mangelfullt. Samtidig finnes det prosjekter med positive resultater, tiltak med god effekt og sykepleiere som brenner for kolspasienten. Elisabeth Dahler Lien er kreftsykepleier og ressursykepleier i palliasjon i hjemmesykepleien i en bydel i Bergen. Hun mener at kolspasienter har behov for palliasjon på lik linje med kreftpasienter, men opplever at tjenestetilbudet ofte ikke er like godt systematisert og tilrettelagt for denne pasientgruppen. Elisabeth bruker bl.a. ESAS som kartleggingsverktøy på hjemmebesøk hos pasientene. Pasientenes opplevelse av sin egen situasjon blir tydelig i ESAS og scorene blir et viktig redskap når sykepleiere, fastleger og andre tverrettlige samarbeidspartnere skal iverksette lindrende tiltak rundt pasienten.

I april i år var jeg og resten av Norsk sykepleierforbunds nettverksgruppe for folkehelse på besøk på Tårnåsen aktivitetscenter i Oppegård kommune. Der har de to dager i uken trening for dem med lungesykdom. Det å være aktiv sammen med andre har vist seg å gi bedre resultater enn trening alene ifølge virksomhetsleder for helsetjenesten, Aina Gets. Hun får støtte fra kolspasient og likemannskordinator i LHL Sissel Kvasheim, som i Bergens Tidende den 20. mai 2015 påpeker at mennesker med kols lever bedre

med lungetrim. Tidlig livsstilsendring og aktivitet gir færre tapte leveår og lungetreningskurs er i tillegg et møtested der man har det sosialt og treffer andre med samme diagnose sier hun. Hun mener også at treningen er det som holder henne i live.

Kols er en dødelig sykdom og angst, depresjon og isolasjon preger ofte kolspasienten. Vi vet at Kols reduserer livskvaliteten, men hvordan det er å leve med sykdommen vet bare dem som er rammet. For å få en liten indikasjon på det tok jeg selv kolstesten som innebærer å dekke oksygenbehovet gjennom et sugerør. Etter noen få inn- og utpust gjennom sugerøret kunne jeg fornemme angsten som inntreffer når man har problemer med å puste. Siden jeg i teorien kan være i den halvparten av befolkningen som har kols uten å vite det, bestemte jeg meg for å utvide den uhyttelige «forskningen». Jeg plukket ut ti aktive personer i alderen 19–53 år. Alle i populasjonen var godt trent. Fire av de utvalgte var studenter. En kroppøvlingslærer, en lege, en barnehageansatt, en barnehagestyrer, en håndverker og en politimann i operativ tjeneste, utgjorde resten av informantene. De ble inndelt i tre grupper som ikke kunne se hverandre og fikk instruks om å gjøre rolige knebøyninger med egen kroppsvekt, mens de pustet gjennom sugerøret. Ni av utøvere ga seg før det hadde gått 45 sekunder, den tiende holdt et drøyt minutt. Alle ga uttrykk for at det var en svært ubehagelig opplevelse.

Det er viktig at det forskes på kols. Like viktig er at den kunnskap vi allerede besitter implementeres. Helsedirektoratet ferdigstilte i 2012 en nasjonal faglig retningslinje for forebygging, tidlig diagnostisering og oppfølging av personer med kols. Det er viktig at helsepersonell tar denne veilederen i bruk.

På tross av mange gode enkelttiltak kan det synes som om oppfølgingen av kolspasienter ikke er godt nok systematisert og svært avhengig av hvor du bor i landet. På vegne av 370 000 kolsramma håper jeg at myndighetene arbeider for å sikre optimal behandling, koordinering og oppfølging av mennesker med kols. I tillegg til det menneskelige aspektet er det åpenbart god samfunnsøkonomi i det.

Tor Engevik

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

Landsstyret NSF FGD 2014 – 2015



Leder:

Tor Engevik
Mobil: 90546228
e-post: tor.engevik@hotmail.no

Nestleder:

Inger Lund Olsen
Mobil: 93243237
e-post: inger.olsen@halden.kommune.no

Styremedlem/redaktør:

Wivi-Ann Tingvoll
Mobil: 97539555
e-post: wivi-ann.tingvoll@hin.no

Styremedlem:

Siren Andreassen
Mobil: 95834288
e-post: sirenandreassen@yahoo.no

Styremedlem/kasserer:

Elin Grønsvæen
Mobil: 41262884
e-post: elingronl@hotmail.com

Styremedlem:

Hilde Karin Haugen
Mobil: 91140683
e-post: hkhaug@online.no

1. vara:

Liv-Berit L. Jordal
Mobil: 41693056
e-post: livberitjordal@msn.no

2. vara:

Hilde Fryberg Eilertsen
Mobil: 90104323
e-post: hildefryeil@hotmail.com

Facebookansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41499711
e-post: ranveig6@online.no

Nettredaktør og medlemskontakt:

Gunhild Grythe
Mobil: 92085691
e-post: gunhil-g@online.no

LOKALGRUPPELEDERE

Lokalgruppen i Agder-fylkene:

Styret etterlyser interesserte medlemmer i Agder-fylkene som kan være behjelpelig med å få lokalgruppen opp å gå igjen.

Lokalgruppeleder i Hordaland:

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

Lokalgruppeleder i Oppland:

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

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekrheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineekrheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Kari Kristin Bergersen Stærk
Telefon: 98 69 44 36
e-post: kari.kristin.sterk@stavanger-kommune.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

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

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
(se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

Veslemøy Bakke
Mobil: 91 86 39 33
e-post: vesbakke@gmail.com

Lokalgruppeleder i Buskerud:

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

Lokalgruppeleder i Trøndelag:

Kari Merete Lian
Mobil: 41 30 09 12
e-post: kari_merete4@hotmail.com

Lokalgruppeleder Østfold:

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

KONTAKTPERSONER

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

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

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Telefon: 78 43 18 61
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen
Telefon: 75 55 41 32 Mobil: 91 12 24 15
e-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Styret etterlyser interessert medlem i Sogn og Fjordane som kan være kontaktperson.

Vitenskapelig tidsskrift

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

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

■ REDAKTØR:
Wivi-Ann Tingvoll



Utfordringer i kommunehelsetjenesten

Geriatrisk sykepleie tar i dette nummeret opp viktige anliggende i kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen har ført til nye utfordringer for den enkelte kommune (1). Den største faggruppen som jobber i kommunehelsetjenesten er sykepleierne og forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten fører til økt krav til kompetanse og ressurser. Det er viktig at sykepleierne er synlig i samfunnsdebatten både når det gjelder hva som er viktig for sykepleiere, sykepleiefaget og hva som er viktig for helsetjenesten. Vi har i dette nummeret av Geriatrisk sykepleie et innlegg om NSF's nye hefte – selvstendighet, verdighet og trygghet – en helsepolitikk for morgendagens eldre (2). Heftet gir en oversikt over den viktigste helsepolitikken for morgendagens eldre, sett fra NSF's og sykepleietjenestens ståsted. Heftet bør brukes aktivt i alle nivåene av sykepleietjenesten i kommunene.

Samhandlingsreformen har satt krav til økt kompetanse og ressurser for hjemmesykepleien. En av gruppene som sykepleierne har fått et økt ansvar for er pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hvor kvinner utgjør en stadig økende andel. Et av tiltakene for å gi KOLS-pasienter tett oppfølging ved forverring av sykdommen, er ambulant oppfølging i hjemmet hvor også legen er sentral. Oppfølging av kompetente sykepleiere i hjemmet kan være med å gi økt trygghet og å redusere antall reinnleggelses i sykehus. Dette krever gode relasjoner til sykepleierne, kontinuitet i undervisning og veiledning til KOLS-pasienten fra sykepleierne og et trygt sosialt nettverk (4).

Et annet viktig område som må styrkes er heldøgnsoversorgen, både ved økning av tjenestens omfang, økt antall fagutdannede og oppbyg-

ging av kompetanse. Det settes stadig økt behov til et tverrfaglig behandlingsmiljø (4). Sykehjemsbeboeren utgjør en sårbar gruppe. Forekomsten av personer med demens på norske sykehjem er ca. 80 %. Pasient og brukerrettighetsloven ble endret i 2009. Lovendringen ga åpning for tvangstiltak under strenge forutsetninger og hadde til hensikt å forebygge tvang og kvalitets-sikre helsetjenester. Tvang og makt oppstår oftest i stellesituasjoner, og virker krenkende både for pasienter, pårørende og helsepersonell. Dette belyses gjennom en litteraturstudie av hvordan helsepersonell kan unngå bruk av tvang og makt i stellesituasjoner med personer med demens i sykehjem (5).

Referanser:

1. Meld. st nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. NSF ->Selvstendighet, verdighet og trygghet – en helsepolitikk for morgendagens eldre». I/ 2015
3. Helse og omsorgsdepartementet. Omsorgsplanen 2015 Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008).
4. Simen A. Steindal E., Kive H., Schjelderup M T., Dihle A., Ambulant oppfølging i hjemmet til eldre kvinner med KOLS Geriatrisk sykepleie 2015.
5. Smit JA, Hvalvik S. Personer med demens: makt og tvang i stellesituasjoner. Geriatrisk sykepleie 2015.

Wivi-Ann Tingvoll

REDAKTØR GERIATRISK SYKEPLEIE

Makt og tvang i stellesituasjoner

Introduksjon

Demens er en lidelse som øker i prevalens i henhold til økende alder, og er en av de hyppigste årsakene til opphold i sykehjem (1). Det er ingen sikre tall på hvor mange som har sykdommen demens i Norge, men Helsedirektoratet regner med at antallet er cirka 71 000 (2). Demens kjennetegnes av en kognitiv svikt som er kronisk og irreversibel og fører ofte til problemer med å klare å ta hånd om seg selv i det daglige. Lidelsen betegnes som et «syndrom forårsaket av sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen» (1, s. 18). Det er høye krav til kvalitet på helsetjenester til denne pasientgruppen; blant annet legger kvalitetsforskriften (3) vekt på helhetlig og fleksibelt tjenestetilbud, medbestemmelse og individuell hjelp for personer med demens. Personer med demens kan imidlertid ha en utfordrende atferd og motsette seg helsehjelp. Helsepersonell kan oppleve vold og derav redsel i omsorgssituasjoner. Dette betyr at stellsituasjoner for denne pasientgruppen kan by på utfordringer og etiske dilemma, spesielt hva angår å ivareta pasienters autonomi, behov for helsehjelp og bruk av tvang.

Bruk av tvang kan likeledes virke krenkende på personer med demens og oppleves som utfordrende for helsepersonell (4). Tvang defineres som «tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten» (5) og «fysisk holding i forbindelse med omsorgstiltak» (6). I forbindelse med stellesituasjoner kan tvang for eksempel innebære å presse pasienten til å dusje eller vaske seg mot hans vilje eller involvere å holde pasientens hender eller bein for å gjennomføre stell som personen motsetter seg (7). Lovendringen i pasient og brukerrettighetsloven i 2009 var ment for å forebygge bruk av tvang, kvalitetssikre tjenester og bidra til større bevissthet om tvangsbruk (5).

Studier viser at det er utstrakt bruk av tvang i norske sykehjem (6,8). Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 (9) avdekket lovbrudd eller avvik i 89/103 kommuner når det gjaldt bruk av tvang. Tilsynet viste at lovverket og retningslinjer ikke var godt nok kjent og implementert i praksis. I stellesituasjoner med personer med demens kan grensene mellom frivillighet og tvang bli utdelige og gi opphav til etiske dilemmaer.

Sammendrag

Bakgrunn: Bruken av tvang er hyppig på sykehjem. Personer med demens og kognitiv svikt er mest utsatt. Forekomsten av personer med demens på norske sykehjem er ca. 80%. Pasient og brukerrettighetsloven ble endret i 2009. Lovendringen ga åpning for tvangstiltak under strenge forutsetninger og hadde til hensikt å forebygge tvang og kvalitetssikre helsetjenester. Tvang og makt oppstår oftest i stellsituasjoner, og virker krenkende både for pasienter, pårørende og helsepersonell.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse hvordan helsepersonell kan unngå bruk av tvang og makt i stellsituasjoner med personer med demens. Denne kunnskapen kan

bidra til økt bevissthet om temaet tvang og makt, og dermed til økt verdighet for personer med demens.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Funn: Funnene viser at å kjenne pasientens livshistorie, ha kunnskap om tvang og erfaring med alternative framgangsmåter, er av betydning for å unngå tvang i stellsituasjoner med personer med demens. Likeså spiller konteksten, sykehjemets ressurser og omsorgsmiljøet en stor rolle for å lykkes med alternative strategier til tvang på sykehjem.

Konklusjon: Å unngå tvang er utfordrende og tidkrevende og påvirkes av kompetanse og tilgjengelige ressurser på sykehjemmet.

Nøkkelord: Litteraturstudie, tvang, makt, sykehjem

Av **Jorun Auran Smit**, gruppeleder på skjermet avdeling ved Siljan Sykehjem i Telemark.

Sigrun **Hvalvik**, førsteamanuensis, videreutdanning i aldring og eldreomsorg, Institutt for Helsefag, Høgskolen i Telemark



UTFORDRENDE STELL: Personer med demens kan nekte å la seg bli stelt og vasket, og det kan være krevende for pleiepersonell å gjennomføre stellet uten å bruke makt. Illustrasjonsfoto: NTB Scanpix.

Personer med demens har ofte mindre mulighet til selv å formidle hva som skjer med dem. Dette gjør det særlig viktig at helsepersonell har fokus på verdighet for denne pasientgruppen. Dette er i tråd med hva psykolog Tom Kitwood vektla da han endret perspektivet i demensomsorgen til å se personen med demens som utgangspunkt for omsorgen, framfor sykdom og symptomer (10). McCormack, som er inspirert av Kitwood, har utviklet en teori om personsentret omsorg. Personsentret sykepleie bygger på menneskets absolutte

verdi uavhengig av alder og kognitiv funksjon (11). Prinsippene i personsentret sykepleie er bygd på menneskelig frihet, personlige valg, samt at teorien

«Pleie kan utløse aggressiv atferd.»

vektlegger viktigheten av tid og rom i omsorgs- og relasjonsarbeid (12). For å unngå bruk av tvang i stellesituasjoner med personer med demens anses

det å ha en individuell tilnærming som et vesentlig grunnlag for utøvelse av omsorg. Dette er også sentralt i teorien om personsentrert omsorg. Derfor utgjør denne teorien et viktig teoretisk perspektiv i vår studie.

Grensen mellom frivillighet i stellsituasjoner og bruk av makt, kan være uklar og udefinert (4). Om pasienten opplever tvang kan situasjonen snu brått. Derfor bør samarbeid i stellsituasjonen vektlegges slik at delaktighet og frivillighet blir framtrepende (4,13,14). Studier viser at det å kjenne pasienten, fleksibilitet i stellsituasjonen og individuell tilnærming er viktig for å kunne danne grunnlag for alternativ til tvang (13, 14, 15, 16). Likeledes viser studier at kunnskap om tvang og tverrfaglig samarbeid kan være viktige faktorer for å unngå tvang (17).

Målet med denne studien er å belyse hva litteraturen sier om ulike sider ved bruk av tvang og makt overfor personer med demens.

Følgende problemstilling ble formulert:

Hvordan kan bruk av tvang og makt unngås i stellsituasjoner med personer med demens?

Forskningsspørsmål:

Hva karakteriserer stellesituasjoner og personer med demens?

Hva vektlegger personalet i pleie og stell av personer med demens?

Hva slags kunnskap har personalet om makt og tvang?

Hvordan påvirker den nære konteksten (som for eksempel bemanning, tid, kompetanse) som omsorgen blir utøvd i bruk av makt og tvang?

Metode

Litteraturstudien er basert på utvalgte kvalitative studier med relevans for studiens forskningsspørsmål. Systematiske søk i følgende databasene «Cindahl», «Swemed+» og «PubMed», ble gjennomført i januar til mars 2014. Foruten disse databasene, er det også benyttet søk i «Bibsys», «Oria», «Helsebiblioteket», «Aldring og helse», «Helsedirektoratet», «Helsetilsynet» og «Regjeringen. no.» Følgende søkeord ble benyttet: «tvang, demens, sykehjem, coercion, dementia, nursinghomes». Søkene ble avgrenset til å gjelde fagfelleverderte studier, språk (engelsk, norsk, svensk og dansk) og tidsrommet 2004-2014. Det ble kun inkludert studier fra vestlige land, da disse mest sannsynlig har en samstemming i bruk av begreper og forståelsesramme relatert til studiens tema. Søkestrategien

er også bygd på kriterier rundt alder 65+ da det er denne gruppen som er mest aktuell på sykehjem. På grunnlag av disse søkene ble følgende studier inkludert (se tabell).

Etiske vurderinger

Studier som er inkludert er fagfelleverderte og godkjent av etisk komité.

Analyse

I første omgang leste førsteforfatter gjennom hver enkelt artikkel og oppsummerte de inkluderte studienes resultater som utgjorde data i denne studien. Artikkelen ble lest med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål. I den videre analysen identifiserte vi felles temaer i datamaterialet. Disse ble videre beskrevet gjennom subtemaer. Temaer og subtemaer er utviklet induktivt.

Resultat

Tre temaer og fem subtemaer som karakteriserte hva som er av betydning for, og hva som har innvirkning på bruk av tvang i stellsituasjoner med personer med demens ble identifisert:

- Betydningen av kunnskap
 - Kunnskap om personer med demens og deres reaksjoner*
 - Kunnskap om personens livshistorie*
 - Kunnskap om alternative strategier og tvang*
- Betydningen av fleksibilitet
- Betydningen av sykehjemets ressurser
 - Kompetanse, tid og bemanning*
 - Refleksjon*

Betydningen av kunnskap

Kunnskap om personer med demens og deres reaksjoner.

Personlig omsorgsbehov og pleie kan utløse aggressiv atferd og kan oppleves som invasjon av privatlivet for personer med demens (4, 13, 14). Bruk av tvang som følge av pasientens motstand viste seg hovedsakelig å oppstå i konkrete situasjoner hvor pasienten trenger hjelp til personlig hygiene og dusj (4). Pasientene reagerte hyppig med frykt i stellesituasjonen og kjempet imot pleierens handlinger. Situasjoner relatert til stell startet som regel frivillig, men kunne utarte seg til en situasjon hvor tvang ble anvendt. Pleieren i situasjonen oppfattet ofte pasientens motstand som reaksjon på hvordan stellet ble utført. Noen ganger var fysisk utagering utgangspunktet for bruk av tvang, andre ganger var utagering et resultat av tvang (4). Gjerbergs studie (13) viste at stellesitu-

Forfattere, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
Gjerberg E, Hem MH, Førde R, Pedersen R, (13), 2013, Norge, Nursing Ethics «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study».	«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study».	Undersøke hvordan pleiepersonell håndterer utfordrende situasjoner der pasienter motsetter seg helsehjelp 1)hvilke strategier eller alternative tiltak benyttes 2)hvilke betingelser sees på som nødvendig for å hindre eller unngå bruk av tvang?	Kvalitativ metode, 11 fokusgruppeintervju	Alternative strategier: Avlede, overbevise, lokke, overtale Fokusere på noe positivt Bevisst bruk av språket Redusere pasientens alternativer Fleksibilitet: 1) prøver senere 2) skifte av personell 3) en til en. Forutsetninger: • Å kjenne pasienten • Ressurser på sykehjemmet • Tilstrekkelig bemanning og kompetanse
Garden M-H, Hauge S. (15), 2012, Norge, Vård i Norden	«Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens»	«Utforske hvordan sykepleiere opplever bruk av tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens»	Kvalitativt livsverden design, Individuelle dybde-intervju med 8 sykepleiere	Opplevelse av ikke å forstå og nå frem til pasienten Skyldfølelse i pasienters negative opplevelse Oppleve pasienten som tapt eller tildekket Opplevelse av sinne, trange rammer Kamp både for og mot pasientens beste
Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R (4), 2010, Forskning, Norge	«Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Pleiepersonells erfaring med å hjelpe personer med demens i personlig stell»	Det å fokusere på grenselandet mellom frivillighet og tvang i samhandlingen med personer med demens på sykehjem. Beskriver typiske situasjoner i pleiesituasjoner der pasienter motsetter seg helsehjelp.	Kvalitativ design, Fokusgruppe, Intervju Inkludert helsepersonell på fem ulike sykehjem, til sammen 60 pleiere.	Pleie og omsorg for personer med demens i daglig stell byr på mange utfordringer. • Grensene mellom tvang og ikke er uklare. • Situasjoner kan fort endre seg i stellsituasjoner slik at det som startet med frivillighet, ender i tvang. • Motstand handler ofte om hvordan pleien blir gitt, mer enn motstand mot stell. • Alternative strategier • Å etablere god samhandling og tillit i relasjonen kan redusere tvang og motstand
Duxbury J, Pulsford D, Hadi M, Sykes S, (14), 2013, England, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	«Staff and relatives' perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: a qualitative study»	Finne ansattes og pårørendes syn på årsaker til aggressiv adferd hos personer med demens og hvordan reagere, respondere på slik adferd	Kvalitativ studie, semi - strukturerte intervju med pleiepersonell og fokusgruppeintervju med 8 pårørende til personer med demens.	Årsaks sammenhenger til aggressiv adferd: • Faktorer hos pasienten, frustrasjon, sykdom • Miljøets utforming • Invadering av det personlige rom under pleieoppgaver • Mellommenneskelig kommunikasjon Holdninger • Kunnskap om pasienten og individuell pleie. • Respondering på utagerende adferd: • Medfølelse tilnærming
				Opptre rolig med respekt og vennlighet • Gå ut av situasjoner • Individuell tilnærming • Ikke sint tilbake. • Personsentrert tilnærming til aggresjon og mellommenneskelige strategier • Distraksjon
Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sellevold GS, Sørtie V. (16), 2012, Norge, Nursing Ethics	"Time ethics for personer with dementia in care homes"	Helse og omsorgs personells erfaring med det å gi god omsorg for personer med demens, hvilke egenskaper som skal til for å gi god omsorg og erfaringer om det å gi god omsorg for personer med demens,	Kvalitativ design, narrative intervjuer, 12 helsepersonell på sykehjem	Å opptre indirekte og direkte til nytte for pasienten: • Å ha tid til å snakke sammen om pasienten • Å finne ro når det var travelt slik at pasienten kunne få ivareta selvbestemmelse. • Fleksibilitet en vesentlig faktor for å unngå tvang. • Avvente til pasienten er klar for stell • Myk start på dagen • Tid viktig faktor for å unngå tvang og uro. • Å møte pasientens ulike tids erfaringer handlet om å samhandle med pasienten når pasienten var forvirret, • Ha tid til oppvåkning • Ro til å forstå «hvor» pasienten var tilstede • Forsiktighet i tilnærming til hverdagsoppgaver • Støtte og trøste • Kjenne pasientens livshistorie

INKLUDERTE STUDIER



BLI KJENT: Kommunikasjon er viktig for å unngå tvang. Pleieren må oppnå tillit, bli kjent med personen og forstå hva som ligger bak motstanden i stellesituasjoner. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

asjoner kan snu brått og at humøret til personer med demens kan endres fort. Årsaksfaktorer til aggressiv atferd kan forstås som indre frustrasjon hos pasienten, konsekvens av selve sykdommen demens relatert til endring i pasientens livssituasjon, så vel som til medpasienters atferd eller miljøets utforming (14). Den indre frustrasjonen kan handle om vansker med å kommunisere behov på effektive måter og manglende forståelse av den

«Se den andre som et unikt individ.»

situasjonen en befinner seg i. Dusj og daglig stell og andres invasjon av det private rom kan oppleves truende for personer med demens. Egede-Nissen og kollegaer (16) beskrev omsorgen for personer med demens som utfordrende og tidkrevende fordi de ofte er forvirret og har en annen opplevelse av tid og sted. Dette vanskeliggjorde samspillet mellom pasienten og pleieren i stellesituasjoner.

Kunnskap om personens livshistorie.

De fleste studiene vektla behovet for å kjenne pasienten og livshistorien for å unngå bruk av tvang (13, 14, 15, 16). Garden (15) vektla betydningen av å ha tilgjengelig kunnskap om personen og hevdet at dette gjorde det lettere å finne tiltak som pasienten aksepterte i stellesituasjonen. Likeledes

vektla Gjerberg (13) den samme kunnskapen som vesentlig for bedre å forstå hva pasienten ønsker og hvordan han reagerer i stellesituasjoner. Personlig kjennskap til familierelasjoner og pasienten gjorde det lettere å snakke om historien og etablere et godt samspill mellom pleier og pasient. Dette førte til mindre angst i omsorgssituasjonene. Egede-Nissen (16) fant at å kjenne pasientens livshistorie var vesentlig for å kunne møte og forstå pasienten, og håndtere pasientens forvirring og tidsforskyvning på en trygg og verdig måte.

Kunnskap om alternative strategier og tvang.

En rekke studier viser at kunnskap om tvang og alternative strategier har innvirkning på bruk av tvang (4, 13, 14, 15). Ifølge Gjerberg og kollegaer (13) var de mest vanlige alternative strategier i stellesituasjoner å avlede, overbevise, begrense valg, bevisst bruk av språk, fleksibilitet samt å inngå kompromiss i stellsituasjonen. Studien viste at mange pleiere hadde sine egne strategier når pasienten motsatte seg helsehjelp. Det å servere frokost før stell og påkledning ble beskrevet som vellykket for å unngå bruk av tvang. Ved å overtale, lokke, avlede eller fokusere på noe positivt prøvde helsepersonell å snu oppmerksomheten mot noe annet enn det som vekket angst og frustrasjon. Flere benyttet varierte sider av seg selv og anvendte språket bevisst for å avlede og begrense valg. Å gi pasienten informasjon om hva som skjer og ikke

stille spørsmål, ble beskrevet som vellykkete strategier (13). Å holde seg rolig, ikke argumentere og trekke seg ut av situasjonen kan være alternativ til tvang (14). Hems studie (4) viste at å vente med personlig stell til pasienten hadde effekt av morgenmedisin var en god strategi i flere tilfeller. Andre strategier var å avlede, snakke og overtale. Kunnskap om demens og erfaring med lignende situasjoner ble beskrevet som viktig for å finne alternativer til tvang (15).

Å ha evne til kommunikasjon og mellommenneskelig tilnærming ble vektlagt i de fleste studier som strategi for å unngå bruk av tvang (4, 13, 14, 16). Duxbury (14) framhever betydningen av å være medfølende, rolig og empatisk i møte med personer med demens med aggressiv atferd. Også Egede-Nissen med kollegaer (16) fant at å være vennlig, imøtekommende og rolig var avgjørende for å unngå tvang i stellesituasjoner. Likeledes viste Gjerberg (13) at å skape et tillitsforhold mellom pleier og pasient er vesentlig for å unngå bruk av tvang. Studier belyser også at helsepersonell ikke ønsket å bruke tvang eller presse noen til personlig hygiene (4), men at de noen ganger opplever at de må handle mot pasientens vilje. Uttrykk som « å lirke det til » og « litt tvang » ble mye benyttet og handlet om grenseland mellom frivillighet og tvang i stellsituasjoner.

Betydningen av fleksibilitet

Flere studier demonstrerte fleksibilitet i stellesituasjonen som vesentlig for å ivareta pasientens frivillighet (4, 13, 14, 16). Tre ulike typer fleksibilitet ble beskrevet: 1) prøve senere, 2) skifte av personell og 3) en til en omsorg (4). Pasientens humør og situasjon kan endre seg raskt, man kan lykkes bedre ved å avvente og utføre stellet senere (4). Stellesituasjoner med personer med demens kan plutselig endre seg, selv om pleieren har en god relasjon til pasienten (13). Det kan da være positivt å ha mulighet til å la en annen ta over stellet. Fleksibilitet mht. til rutiner og i konkrete situasjoner ble beskrevet som en forutsetning for å ivareta pasientens selvbestemmelse og for å finne gode tidspunkt for gjennomføring av stell (16).

Betydningen av sykehjemmets ressurser

Kompetanse, tid og bemanning.

Flere studier viste at noen forutsetninger og ressurser må være til stede for å lykkes med alternative strategier. Utøvelse av omsorgen, ble påvirket av

sykehjemmets ressurser, organisering og personalets kompetanse (13, 15, 16). To studier påpekte at mangel på kompetanse relatert til tvang, demens og alternative strategier hadde betydning for bruk av tvang (13, 15). Gjerbergs studie (13) framhevet betydningen av å ha sykepleiere med relevant kompetanse, tilstrekkelige ressurser, samt bevissthet og erfaring med tvang og alternative strategier. Dette er i tråd med Garden (15) som hevder at mangel på kompetanse og tid hadde innvirkning på tvangsbruk. Flere studier har vist at tilstrekkelig

«Tilstrekkelig tid og bemanning er av betydning.»

tid og bemanning er av betydning for å unngå bruk av tvang (13, 15, 16). Tid er avgjørende for å kunne ivareta pasientens selvbestemmelse, få kunnskap om pasientens livshistorie og møte personer med demens i sin forvirring og tidsforskyvning (16).

Refleksjon

Flere studier viser også at å gjennomføre stell med bruk av tvang og makt vekker negative følelser hos pleiepersonellet (4, 13, 15). Videre framheves mulighet for refleksjon som en forutsetning for å unngå bruk av tvang (13, 16). Egede-Nissen (16) vektla betydningen av å snakke om vanskelige erfaringer og lære av hverandres tilnærming for å forbedre pasientens situasjon. Refleksjon syntes viktig for å bearbeide holdninger og væremåte overfor pasientene. Personalet står i en krevende hverdag med utfordrende problemstillinger, etiske og faglige dilemma: slik kan grensen mellom frivillighet og tvang i ulike situasjoner, bli uklart for mange (4). Tvangstiltak var ment til pasientens beste, men denne vurderingen ble oppfattet som utfordrende og førte ofte til uenighet i personalgruppen (15). Sykepleierne tenkte ulikt om personen med demens, og dette medførte at de handlet og reflekterte ulikt i stellesituasjoner.

Diskusjon

Personer med demens kan av ulike årsaker motsette seg nødvendig helsehjelp. Utfordringer i stellesituasjoner kan relateres til konteksten omsorgen gis i. På tross av disse utfordringer er det et lovfestet mål at helsepersonell skal gi individuell omsorg, ivareta pasientens verdighet og unngå bruk av tvang. Studier har avdekket en rekke

betydningsfulle faktorer i denne sammenhengen.

For å unngå standardiserte løsninger når personer med demens motsetter seg nødvendig hjelp til personlig hygiene, ønsket Kitwood (10) å avskaffe den «gamle pleiekulturen». I tråd med Kitwood viser flere studier at kunnskap om pasientens livshistorie, preferanser og individuelle pleiebehov har avgjørende betydning for å unngå tvang (4, 13, 14, 15, 16).

Helsepersonells grunnholdning av at pasienter med demens er sårbare og unike personer danner grunnlag for individualitet og fleksibilitet i omsorgen (10). Å anstrenge seg for å bli kjent med den enkeltes liv og verdier og slik danne seg et klart bilde av pasienten som en unik person, er vesentlig for å unngå tvang i omsorgen for mennesker med

«I noen tilfeller kan bruk av tvang synes nødvendig.»

demens (12). Det handler om å se den andre som et unikt individ.

Et sentralt funn i vår studie er at evne til kommunikasjon og mellommenneskelig tilnærming er vesentlig for å unngå tvang i stellsituasjoner (13, 14, 16). De fleste pasienter med alvorlig grad av demens, har vansker med å uttrykke personlige ønsker og vaner. Ved innleggelse i sykehjem kan både pårørende og hjemmesykepleien være en ressurs når det gjelder å skaffe til veie slik sentral informasjon. Ved kartlegging av atferd kan man for eksempel finne frem til hva som er det beste tidspunkt for stell. Videre kan en individuell og tilgjengelig huskeliste for hvordan det er mulig å gjennomføre stell uten tvang være effektivt (18). Det er også vist at musikk kan være et godt hjelpemiddel som kan virke beroligende og forebygge aggressiv atferd og dermed unngå tvang i stellesituasjoner (19). Ifølge Kirkevold (18) kan utagerende atferd i stellsituasjonen ikke bare relateres til patologiske prosesser i hjernen, men også til samspillet og hvordan miljøet er tilrettelagt. Personsentrert omsorg handler om å ta hensyn til pasientens personlige uttrykk og signaler underveis i stellet og ha oppmerksomheten rettet mot pasienten (20). Siden personer med demens har ulike måter å uttrykke motstand på, kan kunnskap om hva som gir motstand bidra til å unngå tvang i mange stellesituasjoner. Ofte reagerer personer med demens vel så mye på hvordan stellet utføres som selve handlingene knyttet til personlig hygi-

ene (4). En forståelse av stell som kun et tiltak for å forebygge infeksjon vil kunne føre til uheldige samhandlingsmønstre (2). Tilnærminger preget av å se personer med demens som mennesker med en historie, og ikke kun en ting som skal bli ren og tørr, er avgjørende (15). Om helsepersonell er mer oppgaverelatert enn personsentrert, kan dette føre til mer bruk av tvang. Hvordan helsepersonell håndterer stellesituasjonen, hvordan de bruker hendene sine etc., vil bli oppfattet av personen med demens, og får betydning for pasientens tillit eller mistillit i situasjonen.

Personer med demens har begrenset kognitiv kapasitet. Dersom pleieren stiller pasienten over for mange spørsmål og valg kan pasienten oppleve at han ikke strekker til, og kjenne seg frustrert. Som konsekvens kan pasienten oppleve usikkerhet, stress og ikke mestring. Dette vil forstyrre samspillet og misforståelser kan lett oppstå. I tråd med dette beskrev en av de inkluderte studiene at å begrense pasientens valg var en vellykket strategi for å unngå stress hos pasienten, og dermed unngå behov for å bruke tvang (13). Korte og tydelige beskjeder om hva som skjer, og et kroppsspråk som understreker det som sies, er i tråd med grunnleggende prinsipper i kommunikasjon med personer med demens (1). En personsentrert omsorg forutsetter engasjerte omsorgsgivere, at de er dedikert og ønsker å gi individuell omsorg og best mulig pleie (12). Dette handler om å benytte sin makt på en positiv måte til pasientens beste. Holdninger og bruk av myndighet som fører til at pasienten føler seg såret fordi han ikke opplever å ha noe valg, er uheldig.

Bevissthet omkring tvang ansees som grunnleggende i forhold til å forebygge bruk av tvang (4). I forbedringsprosesser relatert til samspill og kommunikasjon for å unngå tvang er derfor bevisstgjøring av stor betydning. Det finnes metoder for å øke helsepersonells bevissthet. Både metodene DCM og Marthe Meo har vist seg å være nyttige redskaper for å forbedre samspillet mellom personell og pasient med tanke på forebygging av tvang (21, 22, 23). Begge metodene bygger på observasjon og kartlegging av samspill og kan anvendes for å bevisstgjøre personalet. Å ha mulighet for dialog og etisk refleksjon i hverdagen framheves som forutsetninger for finne alternativer til tvang (13, 16), og av stor verdi i arbeidet for å sikre kvalitet i demensomsorgen (24). Å delta i samtaler om alternative strategier anses som et nyttig tiltak for å

unngå bruk av tvang i stellesituasjoner, og kan bidra til økt bevisstgjøring relatert til temaet. Tilgjengelig kompetanse og kunnskap om tvang på sykehjem er også viktig for å skape et arbeidsmiljø med muligheter for gjennomføring av alternativer til tvang.

Konklusjon

Å unngå tvang og i stedet benytte alternative strategier er tidkrevende og er i stor grad avhengig av kunnskap og tilgjengelige ressurser på sykehjemmet. Det grunnleggende i møte med personer med demens er å oppnå tillit, bli kjent med personen og forstå hva som ligger bak motstanden i stellesituasjoner. Om helsepersonell kjenner til disse fundamentale prinsippene, kan de komme langt i å unngå tvang. Å øke helsepersonells bevissthet om tvang er av betydning for forebygging av tvang. I noen tilfeller kan bruk av tvang synes nødvendig for at personer med demens kan få ivaretatt grunnleggende behov. Kunnskap om kriterier og saksgang for å gjennomføre tiltak med bruk av tvang bør ha høy prioritet. Helsepersonell som arbeider med personer med demens trenger god opplæring og mulighet for refleksjon relatert til ulike samspillssituasjoner og aktuelle etiske dilemma. ■



PÅRØRENDE: Kunnskap om pasienten kan være viktig for å forebygge bruk av tvang. En samtale med pårørende er nyttig. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Referanser:

- Engedal K, Haugen PK. Lærebok demens: Fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse; 2009.
- Strand BH, Tams K, Engedal K, Bjertnes E, Selbæk G, Rosnes TA. Hvor mange har demens i Norge? Tidsskr Nor Legeforen. 2014 febr;134(3):276-7.
- Kvalitetsforskriften (2003) Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. 1999-13-12 nr.81.
- Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R. Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. Forskning. 2010;5(4):294-301.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Lovendring 1. jan 2009 iflg. Res. 24. okt. 2008 nr.1140
- Kirkevoild Ø. Bruk av tvang i sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen. 2005;125(10):1346-1348.
- Kirkevoild Ø, Engedal K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. British Journal of Nursing. 2004;13(15):902-905.
- Kirkevoild Ø, Sandvik L, Engedal K. Use of Constraint and their correlates in Norwegian nursing homes. Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19:980-988.
- Helsetilsynet. Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Oslo, Statens helsetilsyn;2013. Oppsummering av Rapport fra helsetilsynet 2013;5.
- Kitwood T. En revurdering av demens: personen kommer i første rekke. Fredrikshavn: Dafalo Forlag;1999.
- McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. International Journal of Nursing Practise. 2003;9:202-9.
- McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. Journal of Advanced Nursing. 2006;56(5):472-9.
- Gjerberg E, Hem MH, Førde R, Pedersen R. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. Nursing Ethics. 2013;20(6):632-644.
- Duxbury J, Pulsford D, Hadi M, Sykes S. Staff and relatives' perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: a qualitative study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013;20:792-800.
- Garden M-H, Hauge S. Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. Vård i Norden. 2012;32(4):18-22.
- Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sellevold GS, Sørli V. Time etichs for persons with dementia in care homes. Nursing Ethics. 2012;20(1):51-60.
- Pedersen R, Hem MH, Gjerberg E, Førde R. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. Tidsskr Nor Legeforen. 2013;133(18):1935-9.
- Kirkevoild Ø. Utfordrende atferd- forståelse og behandling. I:Engedal K, Haugen PK, red. Lærebok Demens: fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse;2009.s.312-329
- Bragstad LH, Kirkevoild M. Individualisert musikk for personer med demens. Forskning.2010;5(2):110-8.
- Brodtkorb K. Stellet- mulighetens arena. I: Kirkevoild M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag; 2008. s. 148-156.
- Jøransen N, Hauge S. Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. Forskning. 2011;6(4):376-382.
- Rokstad AMM, Vatne S. Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling. Forskning. 2011;6(1):28-34.
- Munch M, Marte Meo som veiledningsmetode. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens- Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008. s.312-339.
- Rokstad AMM. Kompetanseutvikling hos personalet. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens- Møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008. s.340-349.

Ambulant oppfølging i hjemmet til eldre kvinner med kols

Introduksjon

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en samlebetegnelse for sykdommer med vedvarende og progressiv luftstrømsobstruksjon, som ikke er fullt reversibelt og som vanligvis skyldes toksiske effekter av gasser eller partikler. Kols deles inn i fire stadier på bakgrunn av hvor redusert lungefunksjonen er. Det anslås at mer enn 200 000 nordmenn har kols, og forekomsten øker med stigende alder (1). Økt tobakksrøyking blant kvinner har ført til at det ikke lenger er noen forskjell i forekomst mellom kjønnene

(2). Kols har stor innvirkning på pasientenes helserelevante livskvalitet. Faktorer som redusert funksjonsevne, mobilitet, hyppige kols-forverring, daglige symptomer som åndenød, hoste og slimproduksjon sammen med angst og depresjon fører til dårlig helse relatert livskvalitet (3, 4). Dessuten kan eldre pasienter oppleve store problemer relatert til at de er gamle og skrøpelige (5).

Akutt kols-forverring er en hyppig årsak til sykehusinleggelse. Alvorlighetsgraden ved forverringene varierer, og flere av pasientene har ikke behov for

Sammendrag

Introduksjon: Forekomsten av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er økende hos kvinner og ved stigende alder. Ved forverring av kols kan oppfølging av sykepleiere i hjemmet være et trygt og gjennomførbart alternativ til at kols-pasienter forblir innlagt i sykehus. Få studier har undersøkt om kols-pasienters helse relaterte livskvalitet endrer seg ved oppfølging av sykepleiere i hjemmet.

Hensikt: Å undersøke om det er en endring i helse relatert livskvalitet hos eldre kvinner med kols etter oppfølging av sykepleiere i hjemmet etter sykehusutskrivelse og få kunnskap om hvordan eldre kvinner med kols erfarer oppfølging av sykepleiere i hjemmet.

Metode: Utviklingsprosjektet kombinerte kvantitativ og kvalitativ metode. Femten pasienters helse relaterte livskvalitet ble kartlagt på tre måletidspunkter i forbindelse med oppfølging av sykepleiere i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Ni av pasientene ble dybdeintervjuet for å få kunnskap om deres erfaringer med å bli fulgt opp av sykepleiere i hjemmet.

Resultater: Pasientenes helse relaterte livskvalitet endret seg ikke signifikant i prosjektperioden. Tre temaer trådte frem i den kvalitative tekstanalysen: den personlige relasjonen til sykepleierne, kontinuitet i undervisning og veiledning fra sykepleierne og eget sosiale nettverk.

Konklusjon: Resultatene fra prosjektet støtter implementering av ambulant oppfølging hjemme for eldre kvinner med kols.

Nøkkelord: Eldre kvinner, kols, sykepleie, ambulant oppfølging i hjemmet, kombinerte metoder

Abstract

Introduction: The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is increasing in women and older people. A limited number of studies have investigated whether health related quality of life of COPD patients changes during a hospital-at-home scheme following discharge from hospital.

Aims: To investigate whether there is a change in health-related quality of life in older women with COPD in connection with hospital-at-home scheme following hospital discharge, and to gain knowledge about how older women with COPD experience hospital-at-home.

Methods: The project combined quantitative and qualitative methods. Fifteen patients were mapped with regard to health related quality of life on three data collection points in connection with hospital-at-home scheme following hospital discharge. Nine patients were interviewed about their experiences with hospital-at-home.

Results: No significant changes were found with regard to health related quality of life after a hospital-at-home scheme following hospital discharge during the project period. Three themes emerged from the qualitative data analyses: the personal relationship between the patients and the nurses, continuity in education and supervision from the nurses and the patients' own social network.

Conclusion: Results from this project supports the implementation of outpatient follow-up at home for older women with COPD.

Keywords: Older women, COPD, nursing, hospital-at-home, mixed methods

Av **Simen A. Steindal**, førsteamanuensis, Phd, sykepleier, Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet Høgskole

Ellen H. Kive, Intensivsykepleier, videreutdanning innen kols (NRTC), Lungepoliklinikken, Diakonhjemmet Sykehus

Therese M. Schjelderup, lungesykepleier, Lungepoliklinikken, Diakonhjemmet Sykehus

Alfhild Dihle, førsteamanuensis, Phd, sykepleier, Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet Høgskole



høyspesialisert oppfølging i sykehus, men er for syke til å klare seg selv i hjemmet (6). Forskning antyder at pasienter som ble skrevet ut fra sykehus til hjemmet etter behandling for kols-forverring, opplevde angst, depresjon, sosial isolasjon, var bekymret for åndenød og hva de skulle gjøre ved kols-forverring. Pasienter ønsket at helsepersonell skulle komme hjem til dem for å kontrollere at de gjorde de riktige tingene (7).

Flere studier (6, 8-10) har sammenliknet behandling av pasienter med kols-forverring i sykehus og i hjemmet med oppfølging fra helsepersonell. Resultatene tyder på at det er trygt og gjennomførbart å behandle kols-pasienter i hjemmet. Aimonino Ricauda m.fl. (8) sammenliknet behandling av pasienter som var 75 år og eldre med kols-forverring i

sykehus og hjemme. Pasientene som ble behandlet i hjemmet av lege og sykepleiere, hadde bedre livskvalitet, mindre depressive symptomer og mindre risiko for reinnleggelse i sykehus enn de som ble behandlet i sykehus. Det var ingen forskjell i dødelighet mellom gruppene. En systematisk kunnskapsoversikt (6) viste at pasienter som behandles for kols-forverring i hjemmet har færre reinnleggelser sammenliknet med sykehusbehandling. Hermiz m.fl. (11) undersøkte nytten kols-pasienter hadde av oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Pasienter som fikk to hjemmebesøk av sykepleier i hjemmet, i tillegg til å kunne kontakte allmennlege ved behov, ble sammenliknet med pasienter som fikk standard oppfølging av allmennlege. Oppfølging

FLERE ELDRE KVINNER MED KOLS: Økt tobakksrøyking blant kvinner har ført til at det ikke lenger er noen forskjell i forekomst mellom kjønnene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

fra sykepleierne økte pasientens kunnskap om kols, men førte ikke til færre sykehusinnleggelser. Flere studier (12, 13) fant at majoriteten av kols-pasientene ville valgt behandling i hjemmet fremfor sykehus, om de fikk bestemme selv. Få studier har undersøkt om kols-pasienters helserelaterede livskvalitet påvirkes av oppfølging av sykepleiere i hjemmet etter sykehusutskrivelse (10).

Forskning tyder på at det er kjønnsforskjeller hos kols-pasienter når det gjelder forekomst av symptomer, oppfatninger av og forventninger til helsevesenet (14). Det er begrenset med forskning på kvinner med kols (15). Vi har ikke lyktes med å finne artikler som omhandler kvinners erfaringer med oppfølging av sykepleiere i hjemmet. Hensik-

«Det er trygt og gjennomførbart å behandle kols-pasienter i hjemmet.»

ten med dette utviklingsprosjektet var å undersøke om det var en endring i helserelatert livskvalitet hos eldre kvinner med kols etter oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse og å få kunnskap om hvordan eldre kvinner med kols erfarte oppfølging av sykepleier i hjemmet.

Metode

Design

Utviklingsprosjektet benyttet en blanding av kvantitativ og kvalitativ metode. Pasientene ble kartlagt på tre måletidspunkt i forbindelse med oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Pasienter ble så dybdeintervjuet for å forstå deres erfaringer med ambulant oppfølging av sykepleier i hjemmet.

Utvalg

Prosjektet ble gjennomført ved et lokalsykehus i Oslo fra februar 2013 til april 2014, og totalt 17 kvinner og 3 menn ble inkludert. Inklusjonskriterier var pasienter med kols som ble innlagt på grunn av forverring av kols eller pneumoni og tilhørte tre av sykehusets bydelers og var hjemmeboende uavhengig om de hadde hjemmesykepleie. Eksklusjonskriterier var kjent kognitiv svikt og sterkt redusert hørsel. Denne artikkelen omhandler data fra de 15 kvinnene der vi har data fra alle tre måletidspunkt, samt data fra ni av kvinnene som valgte å delta i dybdeintervju.

Prosedyre

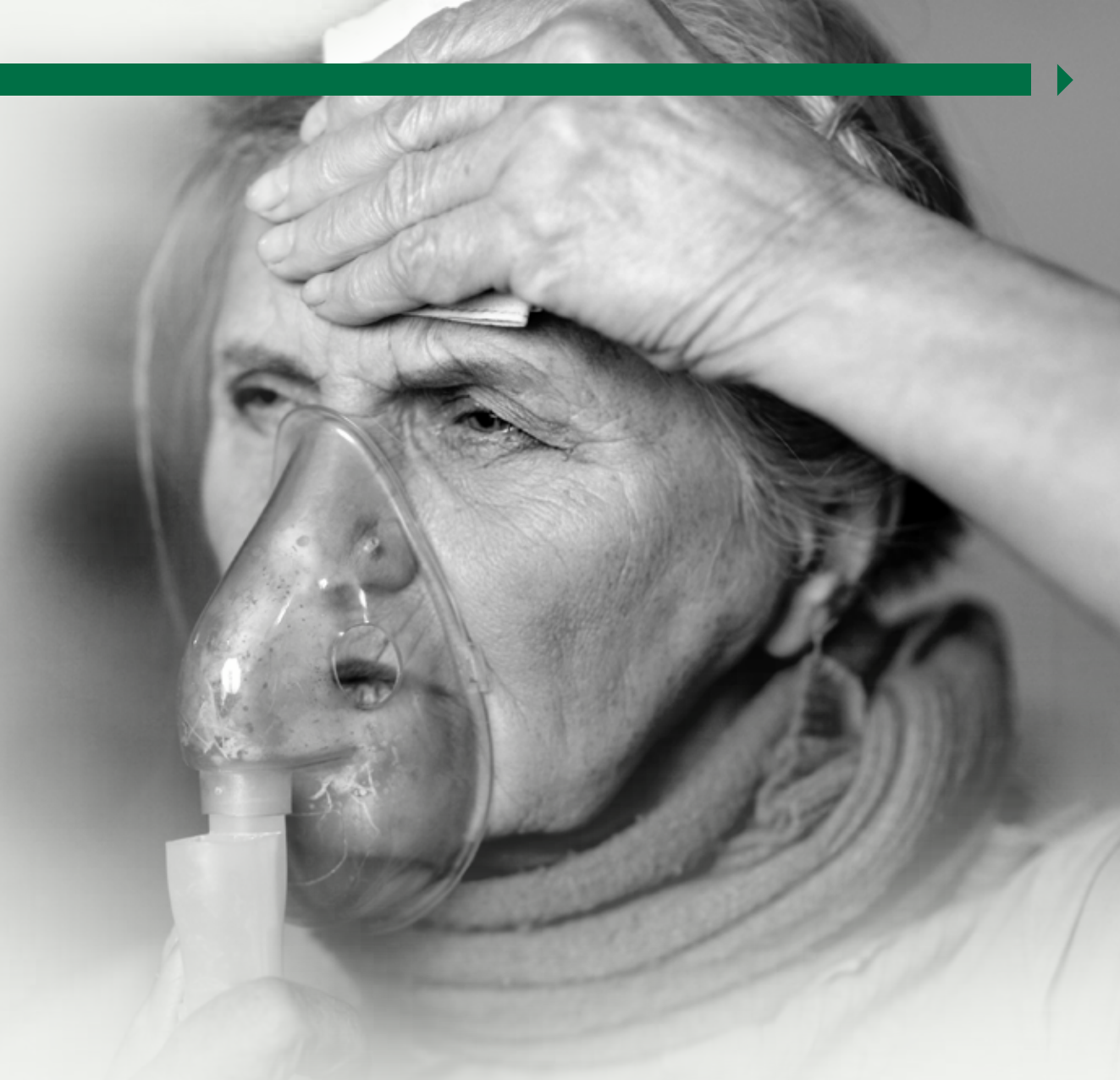
Oppfølging i hjemmet varte i fire uker fra pasientene ble utskrevet fra sykehuset og innebar ett hjemmebesøk per uke i de to første ukene. Oppfølgingen skjedde på dagtid i ukedager av en intensivsykepleier med videreutdanning innen kols (EHK) og en lunge-sykepleier (TMS), begge fra lungepoliklinikken med lang erfaring med kols-pasienter. Sykepleierne observerte pasientens helsetilstand og fulgte opp pasientene med hensyn til pusteteknikk, hosteteknikk, fysisk aktivitet, hvilestillinger, mestring av dagliglivet, bruk av egenbehandlingsplan, inhalasjonsmedikamenter, ernæring og røykeslutt ved hjemmebesøk. I disse to ukene ringte sykepleierne daglig til pasientene. Sykepleierne ringte igjen til pasientene i uke fire. Pasientene kunne ringe til poliklinikken for å snakke med sykepleierne ved behov. I tillegg hadde pasientene åpen retur til sykehuset de første 14 dagene de var inkludert i prosjektet. Pasientene ble fulgt i tre måneder.

Datasamling kvantitative data

Data ble samlet før utskrivelse fra sykehus ved inkludering i prosjektet, ved hjemmebesøk av sykepleier etter to uker og ved oppfølgingsamtale over telefon med sykepleier etter tre måneder. Ved inkludering og hjemmebesøk fylte pasientene ut skjemaene selv, mens etter tre måneder leste sykepleier opp spørsmål og svaralternativ over telefon. Pasientenes helsetilstand ble kartlagt med kartleggingsskjemaet EuroQol 5-dimensjon (EQ-5D). Det har blitt validert i Norge (16) og anvendt i flere studier som har inkludert kols-pasienter (10, 17). EQ-5D kartlegger dimensjonene mobilitet, egenomsorg, vanlige gjøremål, smerter eller ubehag og angst eller depresjon. Dimensjonene består av tre nivå; nivå 1 (ikke noe problem); nivå 2 (litt problem); nivå 3 (stort problem). Pasientenes score på de fem dimensjonene ble konvertert til en EQ-5D indeksscore ved hjelp av en statistisk formel, som brukes for å beskrive helserelatert livskvalitet (18). En indeksscore på 1 indikerer at pasienter ikke har noen problemer med de fem dimensjonene.

Datasamling kvalitative data

Kvinnene ble intervjuet om erfaringene sine med å bli fulgt opp av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse. Pasientene bestemte selv hvor de ønsket å bli intervjuet. Sju ble intervjuet hjemme hos seg selv, én over telefon, og én på kontoret til førsteforfatteren (SAS). Intervjuene tok fra 20 til 90 minutter og ble tatt opp på lydband. Det ble brukt



TRYGGHET HJEMME: Forskning antyder at pasienter som ble skrevet ut fra sykehus til hjemmet etter behandling for kols-forverring, opplevde angst, depresjon, sosial isolasjon, var bekymret for åndenød og hva de skulle gjøre ved kols-forverring. Pasienter ønsket at helsepersonell skulle komme hjem til dem for å kontrollere at de gjorde de riktige tingene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

intervjuguide med åpne spørsmål og oppfølgings-spørsmål. Intervjuguiden inneholdt tema om den første tiden i hjemmet etter utskrivelsen, helsestatus og åndenød, mestring av kols, trygghet i hjemmet og oppfølging av sykepleier i prosjektperioden.

Analyse kvantitative data

Beskrivende statistikk som gjennomsnitt, standardavvik (SD), frekvens og prosentandeler, ble brukt for å beskrive utvalget og for å beskrive helsestatus og helserelatert livskvalitet ved de tre måletidspunktene. Repeterte ANOVA analyser ble utført for å undersøke endringer i EQ-5D indeks-

score siden dataene var normalfordelte. P-verdi $<0,05$ ble valgt som signifikansnivå.

Analyse kvalitative data

Førsteforfatter (SAS) transkriberte opptakene av hvert intervju ordrett. Analyseprosessen var inspirert av Kvale m.fl. (19). De transkriberte intervjuene ble lest og analysert av to av forfatterne (AD, SAS). Meningsbærende enheter (tekst som gir mening og innhold) ble identifisert ut fra forskningsspørsmålet, merket med farge og kondensert/fortettet. Enkelte sitater ble bevart i sin helhet for å underbygge og illustrere temaet. To av forfatterne (AD, SAS) identifiserte

kategorier hver for seg, som så ble sammenliknet og diskutert. Konsensus ble etablert og temaer fremkom.

Etikk

Sykehusets forskningsutvalg og regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (referansenummer REK 2013/582b) hadde ingen innvendinger mot gjennomføring av utviklingsprosjektet. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra pasientene som ble inkludert i prosjektet.

Resultater

Bakgrunnsdata for de 15 kvinnelige pasientene er beskrevet i tabell 1. Pasientenes alder varierte fra 63 til 89 år. Fem pasienter tok kontakt med sykepleier på telefon for råd og veiledning i prosjektperioden. Totalt åtte av pasientene ble reinnlagt i sykehuset i prosjektperioden. Seks pasienter ble reinnlagt én gang, mens de to resterende ble innlagt henholdsvis to og tre ganger. (Se tabell 1.)

De ni kvinnelige pasientene som ble intervjuet hadde en gjennomsnittsalder på 72 år (aldersspenn

«Majoriteten av kols-pasientene ville valgt behandling i hjemmet fremfor sykehus.»

63–87 år). Fire av kvinnene bodde alene, tre røyket, tre fikk oksygenbehandling i hjemmet og tre ble reinnlagt i sykehus i prosjektperioden.

Flest pasienter rapporterte store problemer med smerte eller ubehag, angst eller depresjon og å utføre vanlige gjøremål. Flertallet hadde litt problemer med gange, mens ingen hadde store problemer med personlig hygiene. Gjennomsnittlig EQ-5D indeksscore ved inkludering i sykehus, etter to uker i hjemmet og etter tre måneder i hjemmet var 0,26 (SD = 0,35), 0,44 (SD = 0,35) og 0,35 (SD = 0,39). EQ-5D indeksscore endret seg ikke signifikant mellom de tre kartleggings-tidspunktene. (Se tabell 2.)

Tre temaer som fremkom fra den kvalitative analysen og som kvinnene erfarte som vesentlige, var den personlige relasjonen til sykepleierne, kontinuitet i undervisning og veiledning fra sykepleierne og eget sosiale nettverk.

Den personlige relasjonen

Alle kvinnene understreket at det var hyggelig og godt å ha en personlig relasjon til sykepleier som de kunne

stille spørsmål til om de trengte det. Kvinnene fremhevet sykepleiernes gode egenskaper, holdninger og væremåte ved at de var omsorgsfulle, brydde seg og erfarte at de ivaretok hele mennesket. Som informant 1 uttrykte det: «Veldig betryggende, og med de folkene i bakgrunnen som oser trygghet, så var det ikke noe problem i det hele tatt ... Den første tiden hjemme var faktisk veldig mer positiv enn de andre. Du hadde et helt apparat i ryggen og åpen retur, så kan jeg bare ringe akuttmottaket.» Informant 6 sa: «Det er hele mennesket NN og hvordan hun er på. Hvordan hun oppfører seg overfor pasienter som jeg satte stor pris på. Det må jeg si. Omtentksom og omsorgsfull og ja alt dette.» Informant 7 sa det slik: «Hun var veldig flink med meg. Følte meg veldig trygg med henne og visste at var det noe, så kunne jeg kontakte henne. Jeg synes hun viste veldig mye omsorg. Hun har sånn behagelig vesen samtidig som du vet at hun kan veldig mye.»

Kontinuitet i undervisning og veiledning

For flere av kvinnene var det en trygghet at sykepleierne kjente sykehistorien deres slik at de slapp gjentakende spørsmål fra ukjente personer. De erfarte at det var lettere å ta kontakt om de var usikre på vurdering av egen helsetilstand og starte opp egenbehandling i dårlige perioder i samråd med sykepleier. Områder de husket å ha snakket med sykepleier som kom på hjemmesøk om, var spesielt det med legemiddelhåndtering som riktig inhalasjonsteknikk, og det å huske å ta inhalasjonsmedikamentene regelmessig, samt egenbehandling ved kols-forverring. Informant 3 fortalte: «Ja, fikk egenbehandlingsplanen når hun var her tror jeg. Jeg kaller den nesten bibelen min jeg. Da føler jeg meg tryggere på at jeg gjør riktige ting.» I tillegg erfarte alle å ha fått gode praktiske råd med hygiene med hensyn til medisinsk teknisk utstyr, bruk av inhalator og kostveiledning, illustrert ved informant 5: «Ja altså, du blir ikke noe bedre, men du kan jo få noen gode råd da.» Videre kommenterte informant 2: «Vi snakket sammen om inhalatorer og å ta det riktig, hun snakket om dette med å huske å ta inhalatorer jevnlig, selv om man ikke kjenner tungpustetheten. Hun nevnte å trene litt, øve litt og gå litt, men det er jeg ikke noe flink til.»

Eget sosiale nettverk

To av kvinnene hadde et stort personlig nettverk med familie og venner. De var aktive og mye ute på ulike aktiviteter. Begge var tydelige på at de ikke trengte oppfølgingen i hjemmet etter sykehusoppholdet. Informant 4: «Jeg må jo si jeg synes dette var veldig positivt, dette her at NN kom og at hun ringte. Det betød kanskje ikke

så mye for meg, men jeg syntes det var veldig hyggelig at hun gjorde det. Fordi at jeg behøvde det ikke, egentlig.» Kvinnene som bodde alene eller ikke kom seg ut av huset uten hjelp eller hjelpemidler, erfarte at de ble mer isolerte og nettverket ble mindre. Disse kvinnene var tydelige på at de hadde behov for oppfølgingen. De understreket betydningen av oppfølgingen ved at de erfarte en trygghet med at sykepleierne kom hjem og ringte til dem. Som informant 3 sa: «Hei, jeg bare lurte på hvordan det går i dag og sånn. Og det var den støtten den dagen. Det lyste litt opp den dagen at det er en som bryr seg, skjønner?»

Diskusjon

Vi ønsket å få kunnskap om det var endring i helse-relatert livskvalitet hos eldre kvinner med kols etter oppfølging av sykepleier i hjemmet etter sykehusutskrivelse og hvordan eldre kvinner med kols erfarte denne oppfølgingen. Prosjektet fant ingen endringer i pasientens helserelaterte livskvalitet i prosjektperioden. Den kvalitative dataanalysen resulterte i følgende tema: Den personlige relasjonen til sykepleierne, kontinuitet i undervisning og veiledning fra sykepleierne og eget sosiale nettverk.

Vi fant ingen endringer i kols-pasientens helse-relaterte livskvalitet ved oppfølging av sykepleier i hjemmet i prosjektperioden. I samsvar med våre funn, fant Utens m.fl. (10) heller ingen forskjeller i helse-relatert livskvalitet mellom pasienter som ble behandlet hjemme og pasienter som ble behandlet ved sykehus etter tre måneder. Derimot viste en systematisk kunnskapsoversikt (20) at oppfølging av lungesykepleiere i hjemmet forbedret kols-pasienters helserelaterte livskvalitet.

Flertallet av pasientene i prosjektet vårt rapporterte problemer relatert til gange, det å utføre vanlige gjøremål og angst eller depresjon. kols-pasienter opplever betydelige problemer i dagliglivet, uavhengig av stadium, som fører til redusert livskvalitet (21). De fleste problemene skyldes åndenød som ofte resulterte i immobilitet, avhengighet av andre, sosial isolasjon, angst og depresjon (2, 22, 23). På sykehuset får Kols-pasienter hjelp av helsepersonell, mens hjemme må de selv utføre dagliglivets aktiviteter (12). En forklaring på at vi ikke fant endringer i helse-relatert livskvalitet, kan være at pasientene kan ha tilpasset seg og unngått aktiviteter som utløser åndenød (24, 25). En annen forklaring kan være at sykepleiers undervisning i hjemmet kan ha økt pasientenes kunnskap og ferdigheter i administrering av inhalasjonslegemidler og egenbehandling ved forver-

Forfattere, år, land, tidsskrift	Tittel	Hovedfunn
Bakgrunnsvariabler	n	(%)
Alder, gjennomsnitt (SD)	76	(8)
Gift	5	(33)
Bor alene	10	(67)
Har hjemmesykepleie	4	(27)
Oksygenbehandling i hjemmet	4	(27)
Røyker	4	(27)
Tok kontakt med lungesykepleier på telefon for råd og veiledning i prosjektperioden	5	(33)

TABELL 1. Beskrivelse av utvalget (n=15).

ring av kols som understøttes av våre kvalitative data og annen forskning (11).

Flere av kvinnene ble reinnlagt én eller flere ganger på grunn av kols eller andre årsaker som kan ha påvirket deres helserelaterte livskvalitet. Mange kols-pasienter ville valgt behandling i hjemmet fremfor sykehus om de fikk bestemme selv (12, 13). Behandling hjemme foregår i kjente og rolige omgivelser der pasienter har privatliv og følger sine

EQ-5D dimensjon	I sykehus n (%)	Etter 2 uker hjemme n (%)	Etter 3 måneder hjemme n (%)
Gange			
Ingen problemer	1 (7)	2 (13)	5 (33)
Litt problemer	12 (80)	13 (87)	10 (67)
Stort problem	2 (13)	0 (0)	0 (0)
Personlig stell			
Ingen problemer	6 (40)	8 (53)	5 (33)
Litt problemer	9 (60)	7 (47)	10 (67)
Stort problem	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Vanlige gjøremål			
Ingen problemer	1 (7)	2 (13)	3 (20)
Litt problemer	8 (53)	12 (80)	9 (60)
Stort problem	6 (40)	1 (7)	3 (20)
Smerte/ubehag			
Ingen problemer	2 (13)	2 (13)	2 (13)
Litt problemer	8 (54)	10 (67)	8 (54)
Stort problem	5 (33)	3 (20)	5 (33)
Angst/depresjon			
Ingen problemer	6 (40)	7 (47)	7 (47)
Litt problemer	7 (47)	5 (33)	5 (33)
Stort problem	2 (13)	3 (20)	3 (20)

TABELL 2. Rapporterte problemer med helsestilstand og åndenød i hvilke ved de tre måletidspunktene (n=15).

daglige rutiner (12). Kols-pasientene i prosjektet vårt kan ha hatt aldersrelaterede problemer. Eldre kols-pasienter kan bli reinnlagt i sykehus på grunn av andre årsaker enn kols-forverring, som trolig kan forebygges ved en omfattende geriatriisk vurdering (8).

Vi fant ikke at kvinner erfarte oppfølging i hjemmet annerledes enn funn fra studier (12, 13, 26) som inkluderte både menn og kvinner. Pasientene i prosjektet vårt fremhevet betydningen av en personlig relasjon til sykepleierne. Travelbee (27) understreket at etablering av et menneske-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient sammen med fagkunnskap er forutsetninger for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienter med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom. Funnene våre tydet på at sykepleierne etablerte en personlig relasjon ved å kjenne pasientens sykehistorie, se pasientens behov, vise pasienten at de bryr seg om gjennom sin væremåte og fremstod som faglig kompetente personer. I samsvar med våre funn, beskrev pasienter i en studie (26) at sykepleiere som kom på hjemmebesøk opplevdes behagelige, koselige og omsorgsfulle, og at sykepleierne arbeidet på en rolig måte uten å signalisere at de hadde dårlig tid. Pasientene som ble behandlet i sykehus opplevde at sykepleierne gjorde så godt de kunne, men de var alltid travle og hadde lite tid til å prate.

Et mindretall av kvinnene i prosjektet røykte fortsatt. Røykestopp er det viktigste tiltaket for å bedre symptomer og utviklingen av kols (1). Mange kols-pasienter vet at det er en sammenheng mellom røyking og kols, noe som kan gi skyldfølelse (28). En personlig relasjon mellom sykepleier og pasient er tro-

«For flere av kvinnene var det en trygghet at sykepleierne kjente sykehistorien deres.»

lig en forutsetning for å kunne snakke med kols-pasienter om røykestopp. For pasienter er det viktig at helsepersonell gir hjelp og støtte til røykestopp uten å moralisere slik at negative følelser knyttet til røyking ikke forsterkes (28, 29).

kols-pasienter kan ha et høyt nivå av angst, usikkerhet og frykt for nye kols-forverringer etter hjemkomst fra sykehus (7). Det er mange som venter med å be om hjelp, til tross for at de kjenner igjen kroppslige signaler på at noe er galt (13). Dette kan skyldes at de er usikre på når de skal be om hjelp, redde for å bry helsepersonell eller tror at helsetil-

standen skal bli bedre av seg selv. Resultatene våre antydte at sykepleiernes kjennskap til pasientene og deres sykehistorie bidro til kontinuitet i undervisning og veiledning. Dette kan ha redusert pasientenes terskel for å ta kontakt med sykepleier når de var usikre på vurdering av egen helsetilstand og oppstart med egenbehandling. Mange kols-pasienter har mangelfull forståelse for konsekvensene av å ha kols (30, 31). Eldre hjemmeboende pasienters angst og plager kan reduseres ved økt kunnskap om hvordan håndtere egenbehandling ved kols-forverring (32). I samsvar med funn fra andre studier (12, 26), tydet resultatene våre på at pasientene opplevde undervisningen som relevant, og at de fikk praktiske råd som var viktig for dem. Det at sykepleierne kom hjem til pasientene og så dem i deres vanlige omgivelser, kan ha gjort det lettere å tilpasse undervisningen. Mer konsistent informasjon fra helsepersonell kan bidra til bedre livskvalitet hos eldre hjemmeboende kols-pasienter (32).

Funnene våre tydet på at kvinnene som hadde et stort sosialt nettverk ikke hadde behov for oppfølgingen i motsetningen til de med et mindre nettverk. Dette støttes av forskning der kols-pasienter som ble utskrevet til hjemmet uten oppfølging, uttrykte en følelse av isolasjon og ønsket hjemmebesøk fra helsepersonell (7). Kvinnene i prosjektet vårt som bodde alene eller ikke kom seg ut av leiligheten, erfarte en trygghet ved oppfølgingen hjemme og hadde behov for mer hjelp. En studie (26) fant tilsvarende, som prosjektet vårt, at kols-pasienters positive erfaringer med å bli fulgt opp av sykepleier i hjemmet var avgjørende for deres følelse av trygghet etter utskrivelse fra sykehus. Utens m.fl. (12) fant ingen signifikant forskjell i tilfredshet med behandling mellom pasienter som hadde blitt behandlet i hjemmet og pasienter som hadde blitt behandlet i sykehus for kols-forverring, men en større andel av pasientene som ble behandlet i hjemmet var utrygge om natten.

Styrker og begrensninger

Prosjektet benyttet en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. En styrke med dette kan være at de kvalitative dataene kan nyansere, utvide og bidra til å gi forståelse av de kvantitative funnene (33). De kvantitative funnene må generaliseres med forsiktighet, siden prosjektet kun ble utført ved et lokalsykehus og inkluderte få pasienter. Det er en styrke at sykepleierne som gjennomførte prosjektet ikke deltok i innsamling eller analyseprosessen av kvalitative data. Den ene av de to forfatterne som gjennomførte analysen, hadde god kjennskap til tema, mens den andre

hadde mindre kunnskap og kunne lettere stille kritiske spørsmål til teksten i analyseprosessen. De kvalitative resultatene har overføringsverdi til liknede settinger/gjenkjennbare situasjoner og flere av funnene støttes av forskning.

Konklusjon

Prosjektet fant ingen signifikante forskjeller i helserelatert livskvalitet hos kvinnene ved oppføl-

ging av sykepleier i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus. Kvinnene som ble intervjuet ga uttrykk for at oppfølgingen fremmet trygghet og var godt fornøyd med tilbudet. Resultatet fra dette prosjektet støtter implementering av ambulant oppfølging hjemme for eldre kvinner med kols. Kvalitative data antyder at ambulant oppfølging bør tilbys kvinner som bor alene eller har et lite sosialt nettverk. ■

Referanser

1. Humerfelt S, Skjærten I, Melsom MN. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS): Forekomst, diagnostikk og behandling. *Indremedisinen* 2014;(4): 22-7.
2. Vestbo J, Hurrd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;187(4): 347-65.
3. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet* 2004;364 (9434): 613-20.
4. Kessler R, Stahl E, Vogelmeier C, Haughey J, Trudeau E, Lofdahl CG, et al. Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interview-based study. *Chest* 2006;130(1): 133-42.
5. Eloffson LC, Ohlen J. Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Palliat Med.* 2004;18(7): 611-8.
6. Jeppesen E, Bruberg KG, Lidal IB, Holte HH, Vist GE. Intermedisær enheter og «hjemmesykehus» ved behandling av pasienter med akutt KOLS forverring. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
7. Gruffydd-Jones K, Langley-Johnson C, Dyer C, Badlan K, Ward S. What are the needs of patients following discharge from hospital after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? *Prim Care Respir J* 2007;16(6): 363-8.
8. Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafioti C, Marinello R, Zanocchi M, et al. Substitutive «hospital at home» versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(3): 493-500.
9. Cotton MM, Bucknall CE, Dagg KD, Johnson MK, MacGregor G, Stewart C, et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Thorax* 2000;55 (11): 902-6.
10. Utens CM, Goossens LM, Smeenk FW, Rutten-van Molken MP, van Vliet M, Braken MW, et al. Early assisted discharge with generic community nursing for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: results of a randomised controlled trial. *BMJ open* 2012;2(5).
11. Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2002;325 (7370): 938.
12. Utens CM, Goossens LM, van Schayck OC, Rutten-van Molken MP, van Litsenburg W, Janssen A, et al. Patient preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: results of a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2013;50 (11): 1537-49. 13.
13. Schofield I, Knussen C, Tolson D. A mixed method study to compare use and experience of hospital care and a nurse-led acute respiratory assessment service offering home care to people with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud* 2006;43(4): 465-76.
14. Martinez CH, Rraparla S, Plauschinat CA, Giardino ND, Rogers B, Beresford J, et al. Gender differences in symptoms and care delivery for chronic obstructive pulmonary disease. *J Womens Health (Larchmt)* 2012;21 (12): 1267-74.
15. Varkey AB. Chronic obstructive pulmonary disease in women: exploring gender differences. *Current opinion in pulmonary medicine* 2004;10(2): 98-103.
16. Solberg TK, Olsen JA, Ingebrigtsen T, Hofoss D, Nygaard OP. Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D can provide cost-utility data in the field of low-back surgery. *European spine journal* 2005;14 (10): 1000-7.
17. Pickard AS, Wilke C, Jung E, Patel S, Stavem K, Lee TA. Use of a preference-based measure of health (EQ-5D) in COPD and asthma. *Respiratory medicine* 2008;102(4): 519-36.
18. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care* 1997;35 (11): 1095-108.
19. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske 2012.
20. Wong CX, Carson KV, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:CD000994.
21. Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, et al. Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respiratory medicine* 2011;105(1): 57-66.
22. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Edmonds P. The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliat Med* 2005;19(6): 485-91.
23. Ek K, Ternestedt BM. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *J Adv Nurs* 2008;62(4): 470-8.
24. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The science of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice.* 2008;58 (557): 844-9.
25. Wilson DM, Ross C, Goodridge D, Davis P, Landreville A, Roebuck K. The care needs of community-dwelling seniors suffering from advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Canadian journal on aging* 2008;27(4): 347-57.
26. Wang Y, Haugen T, Steihaug S, Werner A. Patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease feel safe when treated at home: a qualitative study. *BMC pulmonary medicine* 2012;12:45.
27. Travelbee J. *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag; 2001.
28. Halding A-G, Heggdal K, Wahl A. Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011;25(1): 100-7.
29. Eklund BM, Nilsson S, Hedman L, Lindberg I. Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? – a qualitative study. *Tobacco induced diseases* 2012;10(1): 17. 30.
30. Gardiner C, Gott M, Small N, Payne S, Seamark D, Barnes S, et al. Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying. *Palliat Med* 2009;23(8): 691-7.
31. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000;55 (12): 1000-6.
32. The Joanna Briggs Institute. Support for Older People with COPD in Community Settings. The JBI Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports. 2013;17(4): 1-4.
33. Kaarbø E. *Kombinerte metoder. Sykepleien Forskning* 2009;4(3): 244-8.

Langtidspasienter i sykehjem:

Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære

Introduksjon

Å flytte til et sykehjem er et resultat av sykdom og tap av vitale kroppslige og mentale funksjoner, sosiale relasjoner og sitt hjem, samtidig som døden «banker på døren». Livet i sykehjemmet er institusjonalisert, og innebærer ytterligere tap av relasjoner, privatliv, selvbestemmelse, autonomi og tilknytning. Generelt preges langtids sykehjemspasienter av høy alder, nedsatt fysisk funksjonsevne og høy dødelighet med behov for palliativ behandling. Gjennomsnittsalder i norske sykehjem er 85 år, og årlig mortalitet er 35%. Omtrent 10 % av pasientene i norske sykehjem lever fem år eller lengre, mens gjennomsnittlig levetid er to–tre år (1). Det generelle bildet av denne populasjonen viser høy forekomst av kronisk sykdom og funksjonstap, med mange samtidige diagnoser som krever ulike typer palliativ behandling og omsorg

(2). Ensomhet, tap av sosiale relasjoner, lav selvfølelse og lav selv-verdi følger ofte avhengighet av hjelp til personlig hygiene og å spise. Likevel har sykehjemsomsorgen i økende grad blitt sentrert omkring behov relatert til den fysiske dimensjonen, mens pasientenes psykososiale og åndelige behov som mening, håp og self-transcendence har fått mindre oppmerksomhet (3, 4). Å finne frem til effektive helsefremmende strategier er viktig for sykehjemspasienters helse og livskvalitet, så vel som for deres pårørende.

Denne studiens hensikt var å beskrive symptombyrden blant samtykkekompetente sykehjemspasienter samt utforske sammenhengene mellom variablene pleier-pasient-interaksjon, mening, self-transcendence, angst, depresjon, globalt og åndelig velvære i denne populasjonen. Artikkelens intensjon er å presentere sentrale funn fra

Sammendrag

Tittel: Pleier-pasient-interaksjonens avgjørende betydning for velvære blant klare langtidspasienter i sykehjem.

Bakgrunn: Livet i sykehjemmet er institusjonalisert, og innebærer tap av relasjoner, privatliv, selvbestemmelse, autonomi og tilknytning. Mening, håp og self-transcendence representerer mulige helsefremmende ressurser hos klare langtidspasienter i sykehjem.

Hensikt: Studiens hensikt var 1) å beskrive symptombyrden blant samtykkekompetente sykehjemspasienter og 2) utforske sammenhengene mellom variablene pleier-pasient-interaksjon, mening, håp, self-transcendence, angst, depresjon, globalt og åndelig velvære i denne populasjonen. Artikkelens intensjon er å presentere sentrale funn fra denne studien

som totalt har generert 19 ulike peer-reviewed publikasjoner, samt drøfte hva vi kan lære fra dette utvalget.

Metode: Tverrsnittsdata ble samlet inn i 2008/2009 fra 202 mentalt klare langtidspasienter i 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Symptombyrde beskrives ved hjelp av deskriptiv statistikk. Fundert i teori og tidligere forskning ble fire hypoteser testet ved hjelp av SEM-analyse.

Resultat: Følgende symptombyrde ble rapportert; fatigue 56%, smerte 49%, obstruksjon 43%, dyspne 41%, søvnproblemer 38%, appetittløshet 25%, kvalme 18%, angst 12 % og depresjon 30%. Målemodellene ble testet og deretter anvendt i 7 ulike SEM-modeller. Detaljene fra SEM-analysene er grundig presentert i den enkelte vitenska-

pelige publikasjon. Pleier-pasient-interaksjonen viste signifikant effekt på pasientens håp, mening, self-transcendence, angst og depresjon. En tentativ teori presenteres basert i studiens funn.

Konklusjon: Pleier-pasient-interaksjonen er av vesentlig betydning for langtids sykehjemspasienters velvære og helse. Ved bevisst anvendelse av pleier-pasient-interaksjonen kan pasientens opplevelse av mening, håp og self-transcendence fremmes og dermed globalt velvære. Disse begrepene og sammenhengen mellom dem danner et fruktbart teoretisk perspektiv for sykepleie i sykehjem, og bør vektlegges i helsefaglige utdanninger.

Nøkkelord: håp, mening, self-transcendence, pleier-pasient-interaksjon, sykehjem, velvære

(Sammendrag på engelsk på side 24.)

■
Av **Gørill Haugan, RN, PhD**, førsteamanuensis
Høgskolen i Sør-Trøndelag,
Avdeling for sykepleierutdanning



HELSEFREMMEDE: God interaksjon mellom pleier og pasient kan fremme pasientens opplevelse av mening, håp og self-transcendence, og redusere angst og depresjon. Illustrasjonsfoto: Norsk Sykepleierforbund/Ann-Elin Wang.

denne studien som totalt har generert 19 ulike peer-reviewed publikasjoner, samt drøfte hva vi kan lære fra dette utvalget.

Åndsdimensjonen representerer helsefremmende ressurser

Det holistiske menneskesynet ser individet som en fysisk-psykisk-sosial-åndelig enhet hvor kropp, sjel og ånd er integrert og derfor i stadig inter-

«Pleierens holdninger, moral og kompetanse viser seg i handlingene.»

aksjon med hverandre. Som konsekvens foregår en ustanselig gjensidig innbyrdes påvirkning innen treenigheten kropp-sjel-ånd. Ergo, sykepleieintervensjoner rettet mot f.eks. pasientens emosjonelle eller åndelige dimensjon vil berøre pasienten som helhet. Dersom helhet er helhet, vil også pasientens fysiske dimensjon, det vil si *kroppen*, påvirkes når en av de andre dimensjonene endres. Denne forståelsen av kropp-sjel-ånd-enheten gir ny mening, så vel som sterkere betydning, til sykepleiens innhold og muligheter.

Forskningsfeltet «spirituality» presenterer mange ulike definisjoner; samtlige er relatert til essensen av mennesket som person, til relasjonen

med seg selv, relasjoner til andre og til et høyere vesen (eks. Gud), søken etter tilfredshet, transcendens, indre fred, glede, håp, mål og mening (5-7). Menneskets åndelige dimensjon er helt og holdent sammenvevet med kroppen, sinnet og følelsene (8, 9); dvs. at menneskets kropp, sinn og ånd er fullstendig integrert med hverandre og utgjør en udelelig helhet. Ergo, dersom kroppen berøres, vil samtidig sinnet (sjelen) og ånden bli berørt. Alt et menneske opplever og erfarer vil derfor på en og samme tid være både fysisk-kroppslige, psykologisk-mentale og åndelige erfaringer (10).

Mening

Sykepleie som fag fremhever betydningen av å hjelpe pasienter og deres pårørende ikke bare til å mestre sykdom, lidelse og vanskelige livssituasjoner, men også til å finne mening i slike opplevelser (11-13). Begrepsmessig og empirisk er mening nært relatert til andre sentrale sykepleiefaglige begrep som håp (14, 15), self-transcendence (16), tro (17), livskvalitet og velvære (18), angst og depresjon (19), ensomhet (20), sorg og lidelse (21-23). Studier har vist betydelig sammenheng mellom mening-i-livet og fysisk helse målt ved lavere dødelighet av samtlige dødsårsaker; mening er korrelert med mindre hjerte-kar-sykdom, mindre hypertensjon, bedre immunfunksjon, mindre depresjon og bedre mestring og tilfriskning fra sykdom (24-29).

Abstract

Title: The vital influence of the nurse-patient interaction on well-being among cognitively intact nursing home patients.

Background: The daily life in nursing homes is institutionalized involving losses such as privacy, self-determination, autonomy and affiliation. However, meaning, hope and self-transcendence are potential health resources in cognitively intact long-term nursing home patients.

Aims: The purpose of this study was twofold; 1) to describe the symptom burden among cognitively intact nursing home patients, and 2) to explore the relationships between the study variables nurse-patient interaction, meaning, hope, self-transcendence, anxiety, depression, global and spiritual well-being in this population. This article presents some key findings from this study, from which 19 different peer-reviewed

articles have been published, and discusses knowledge gained from this sample.

Methods: A cross-sectional design was applied, and data were collected during 2008–2009 among 202 patients in 44 nursing homes in Mid-Norway. Symptom severity was described by means of descriptive statistics. Based in theory and empirical evidence four hypotheses were tested by means of seven different SEM-models (structural equations modelling).

Results: The symptom burden was high; fatigue 56%, pain 49%, constipation 43%, dyspnea 41%, sleep problems 38%, loss of appetite 25% and vomiting, nausea 18%, anxiety 12 % and depression 30%. The measurement models were tested and then applied in seven different SEM-models. The details of the SEM analyzes are presented in the individual scientific publications. The nurse-patient

interaction showed a significant effect on the patient's hope, meaning, self-transcendence, anxiety and depression. Based in the results a tentative nursing theory is presented.

Conclusion: The nurse-patient interaction is essential for health and well-being among cognitively intact long-term nursing home patients. By consciously and competent use of the nurse-patient interaction the patient's experience of meaning, hope, self-transcendence and global well-being can be promoted. The terms of hope, meaning, self-transcendence, nurse-patient interaction and well-being, as well as the relationships between them, outline a fruitful theoretical perspective for nursing home care, and should be emphasized in the health professional education.

Key words: hope, meaning, self-transcendence, nurse-patient interaction, nursing home, well-being.



Håp

Begrepet håp har lenge vært et sentralt fokus i sykepleie (30, 31), flere ulike definisjoner av håp eksisterer; sykepleielitteratur refererer ofte til Dufault & Martocchio (32), som anser håp som «a multidimensional dynamic life force characterized by a confident, yet uncertain expectation of achieving something good, which is realistically possible and personally significant». Håp knyttes til pasienters opplevelse av usikkerhet, lidelse og å kjempe mot det vonde (31); sykepleielitteraturen fremhever at sykepleie er å hjelpe mennesker til å erfare håp og unngå håpløshet (11). Håp er nødvendig for alle mennesker (15), i alle aldre, gjennom hele livet (33). Likevel, forskning på håp blant pasienter i sykehjem har til nå vært sparsom. Det meste av forskningen er gjort blant kronisk syke (34), slag-, kreft- og palliative pasienter (35-38). Håp forstås som en indre kraft, en styrke, som hjelper individet til å unngå håpløshet og anses som avgjørende for en verdig avslutning på livet i sykehjem (34, 39).

Self-Transcendence

Teorien om self-transcendence (ST) ble først publisert i 1991 (40, 41); ST beskrives som en psykososial og åndelig indre menneskelig kraft som leder til utvikling av personlig modenhet og visdom. ST er en iboende kvalitet til stede i alle mennesker; altså et universelt menneskelig fenomen, og

defineres som «et tegn på menneskets utvikling av personlig modenhet og klokskap som fører til økt oppmerksomhet og interesse for ens omgivelser, et utvidet perspektiv på livet, og en orientering mot et større univers» (40) (s. 107, fritt oversatt).

«Interconnectedness» og «the expansion of the self-boundaries» forstås som essensen i ST (40). På norsk innebærer dette opplevelse av tilhørighet, kontakt og tilknytning, samt utvidelse av livsrommet (3, 42). Teorien om ST er basert på tre sentrale begreper og relasjonene mellom dem; disse er *sårbarhet*, *ST* og *velvære*. Alvorlig syke og mennesker med kort forventet levetid erfarer økt sårbarhet. Jo sterkere individet opplever egen sårbarhet, jo mer

ØKT VELVÆRE:

Pasienter som finner mening på tross av sykdom, plager og forestående død, kan få økt velvære, helse og livskvalitet. Illustrasjonsfoto: Norsk Sykepleierforbund/Ann-Elin Wang.

«Alle kan hjelpes til økt opplevelse av mening, håp og self-transcendens.»

stimuleres dets utvikling av personlig modenhet og visdom (42). ST forstås som utvidelse av livsrommet gjennom tilknytning til og kontakt med sitt eget indre (sine tanker, følelser og verdier), andre mennesker, naturen og Gud; disse forbindelsene fører til økt velvære. ST representerer et potensial for å fremme velvære og livskvalitet i sårbare populasjoner, så som pasienter i sykehjem.

Pleier-pasient-interaksjonen

I relasjonen mellom pleieren og pasienten er pleieren den sterke parten, den profesjonelle som har makt i form av kunnskap og ressurser pasienten trenger. Dette innebærer at maktforholdet er asymmetrisk, og at pasienten er særlig sårbar i relasjonen. Relasjonsmakt har to muligheter; den kan anvendes til det gode, til å fremme helse ved å frigjøre pasientens livsmot og livsressurser, eller til å sette pasienten fast i et undertrykkende forhold. I dette lyset fremtrer pleier-pasient-interaksjonens kvaliteter som særlig betydningsfulle. Studier viser at pasienter ønsker og forventer at pleiepersonalet er dyktige til å lytte, gi omsorg og opptre profesjonelt i møte med deres ulike behov, opplevelser, plager og symptomer (3, 43, 44).

Sykepleie som relasjonell praksis er basert på godt dokumentert kunnskap som hevder at kvalitetene i pleier-pasient-relasjonen er avgjørende for sykepleiens kvalitet (45-47). Internasjonalt anerkjente og velaksepterte teorier beskriver sykepleie som en deltakende prosess, en relasjonell praksis som ved hjelp av både konkrete handlinger (f.eks. sårstell) samt god interaksjon fremmer pasientens helse og velvære (11, 48-50). God sykepleie defineres ved måten pleieren er til stede mens hun utfører de ulike sykepleiefaglige oppgavene, prosedyrene og handlingene. Pleierens holdninger, moral og

H1: Pleier-pasient-interaksjonen influerer redukerende på angst og depresjon (53, 54).

H2: Pleier-pasient-interaksjonen influerer positivt på mening, håp og self-transcendence (16, 55-57).

H3: Self-transcendence og mening influerer positivt på fysisk, emosjonelt, sosialt, funksjonelt og åndelig velvære (18, 58, 59).

H4: Self-transcendence og mening influerer redukerende på angst og depresjon (54, 60).

Metode

Data ble samlet inn i 2008–2009 fra 44 ulike sykehjem i Midt-Norge. Nødvendige anbefalinger ble innhentet hos NSD (Ref.no16443), REK (Ref.no. 4.2007.645) og sykehjemmenes ledelse. Inklusjonskriteriene var: (1) kommunalt vedtak om langtidsplass i sykehjem, (2) bodd i sykehjemmet ≥ 6 måneder, (3) ansvarlig lege og sykepleier vurderer pasienten som samtykkekompetent, og (4) kunne gjennomføre intervju. En sykepleier som kjente pasienten godt ga muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og informan- tens rettigheter, samt innhentet informert frivillig skriftlig samtykke.

Denne pasientgruppa har problemer med å fylle ut spørreskjema på egen hånd. Tre erfarne forskere (sykepleier m/mastergrad) intervjuet derfor pasienten i hans/hennes private rom på sykehjemmet. Intervjuer leste høyt hvert spørsmål samt svaralternativene, som i store fonter ble holdt frem for informanten. En standard prosedyre var utviklet på forhånd som hver intervjuer fulgte. Inter-rater reliabilitet ble testet ved hjelp av enveis ANOVA med Bonferroni-korreksjon. Ingen statistisk signifikante forskjeller basert på intervjuer ble funnet.

Deltakere

Av 250 pasienter som fylte inklusjonskriteriene deltok 202 (81%).

Instrumenter

Pleier-pasient-interaksjonen ble målt ved Nurse-Patient Interaction skala (NPIS) som er validert i denne populasjonen (55). NPIS inneholder 14 spørsmål med fokus på essensielle kvaliteter i interaksjonen mellom pleier og pasient i sykehjem, målt på en tipunkts skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 10 (i svært stor grad). Høyere skår angir bedre pleier-pasient interaksjon. Indre konsistens er god med Cronbach's α og «composite reliabilitet» begge=0.92 (55). Denne studien målte pasi-

«Livskvalitet i aldersinstitusjoner er ofte redusert.»

kompetanse viser seg integrert i handlingene og virker enten helsefremmende eller helsehemmende. Bekreftende nærvær, varhet, respekt, ærlighet, vennlighet og sensitivitet overfor pasientens følelse av sårbarhet er sentrale byggesteiner i pleier-pasient-interaksjonen, som skal hjelpe pasienten til å oppleve håp, tro, tillit, trygghet, mening og dermed økt velvære. God interaksjon bidrar til at pasienten kjenner seg hel og integrert, og er helsefremmende.

Studiens mål og hensikt

Studiens hensikt var å undersøke sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjonen, globalt velvære, symptombyrde, angst, depresjon, mening, håp og self-transcendence ved hjelp av strukturlikningsmodeller (SEM) (51, 52). Fundert i teori og tidligere forskning ble følgende hypoteser testet ved hjelp av sju ulike SEM-modeller, publisert i internasjonale vitenskapelige peer-reviewed journaler:

entens generelle opplevelse av interaksjonen med sine pleiere, det være seg sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere eller ufaglærte.

Mening ble målt ved PIL-testen (Purpose-in-Life) bestående av 20 spørsmål målt på en Likert-skala fra 1-7, hvor 1 utgjør det ene ytterpunktet og 7 det motsatte ytterpunkt, med 4 som en nøytral respons (61, 62). Pil-testen er tidligere anvendt blant eldre (63, 64) og er validert i denne populasjonen (19).

Håp ble målt ved den norske versjonen av Herth Hope Index (HHI-N) (65). Denne indeksen er basert i Dufault og Martocchio (32) sin definisjon av håp. HHI-N inneholder 12 spørsmål målt på en 4-punkts Likert-skala fra veldig uenig til veldig enig, med mulig totalskår fra 12–48. HHI-N er validert blant sykehjempasienter (66).

Self-transcendence ble målt ved Self-Transcendence Skala (STS) (67-69). STS inneholder 15 spørsmål målt på en Likert-skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig mye); høyere skåre indikerer høyere self-transcendence. En to-faktormodell av self-transcendence bestående av en interpersonlig (ST-1) og en intrapersonlig (ST-2) faktor hadde best tilpasning til data og ble derfor anvendt i studien (70).

Depresjon og angst ble målt ved Hospital Anxiety and Depression Skala (HADS) som inneholder 14 spørsmål og to sub-skalaer; en for angst og en for depresjon. Spørsmålene skåres fra 0-3; høyere skår angir sterkere angst/depresjon. HADS er mye testet og har godt etablerte psykometriske egenskaper (71), og er funnet valid blant eldre og pasienter i sykehjem (72, 73).

Symptombyrde ble målt ved skalaen EORTC QLQ-C15-PAL er utviklet for palliative pasienter (74), og er en kortversjon av livskvalitetsskjemaet EORTC QLQ-C30. Hvert spørsmål er målt på en 4-punkts Likert skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært mye), bortsett fra et spørsmål som måler global livskvalitet på en skala fra 1 (svært dårlig) til 7 (utmerket). Responsene refererer til siste uke.

Global livskvalitet ble målt ved livskvalitetsskjemaet FACT-G (Functional Assessment of Chronic Therapy Quality of life-General) bestående av 27 spørsmål fordelt på 4 sub-skalaer; fysisk, sosialt, emosjonelt og funksjonelt velvære. Spørsmålene er målt på en 5-punktsskala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært mye). Høyere skår innebærer høyere velvære siste uke.

Åndelig velvære ble målt ved FACIT-Sp-12



HÅP: Alle kan hjelpes til økt opplevelse av mening, håp, self-transcendens og dermed til økt fysisk, emosjonelt, sosialt, funksjonelt og åndelig velvære. Illustrasjonsfoto: Norsk Sykepleierforbund/Ann-Elin Wang.

(Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale) som består av tre sub-skalaer; mening, indre fred og tro. Tolv spørsmål målt på en 5-punktsskala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært mye) måler aspekt ved

«God interaksjon bidrar til at pasienten kjenner seg hel og integrert.»

åndelighet og tro som er funnet å ha betydning for menneskers velvære (75).

Statistisk analyse

Studien anvendte deskriptiv statistikk og SPSS versjon 21 (IBM) samt SEM-analyse (Structural Equation Modelling=SEM) ved hjelp av LISREL 8.8 (76). I SEM-analyser estimeres også uforklart varians («error»), slik blir skalaenes psykometriske egenskaper mer nøyaktig testet (77). Denne studien evaluerte modellens tilpasning ved hjelp av χ^2 -statistikk og andre tilpassningsmål med cut-verdier (78) som følger: RMSEA Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) og Standardisert Root

Mean Square Residual (SRMS) hvor verdier ≥ 0.05 indikerer god tilpasning, mens verdier ≥ 0.08 er akseptable (78, 79); Comparative Fit Index (CFI) og Non-Normed Fit Index (NNFI) med akseptabel/god tilpasning satt til $\geq 0.95/0.97$, samt Normed Fit Index (NFI) og Goodness-of-Fit Index (GFI) med akseptabel/god tilpasning $\geq 0.90/0.95$. For Adjusted GFI (AGFI) var akseptabel/god tilpasning satt til $\geq 0.85/0.90$.

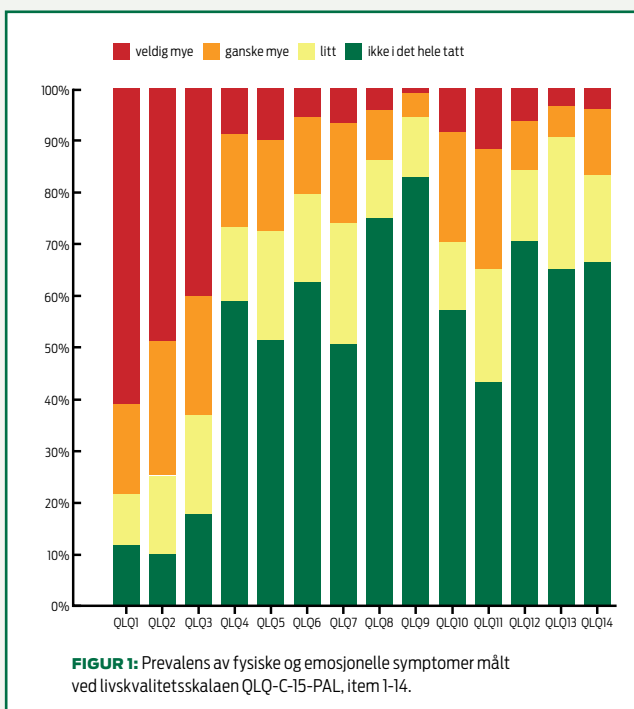
Resultat

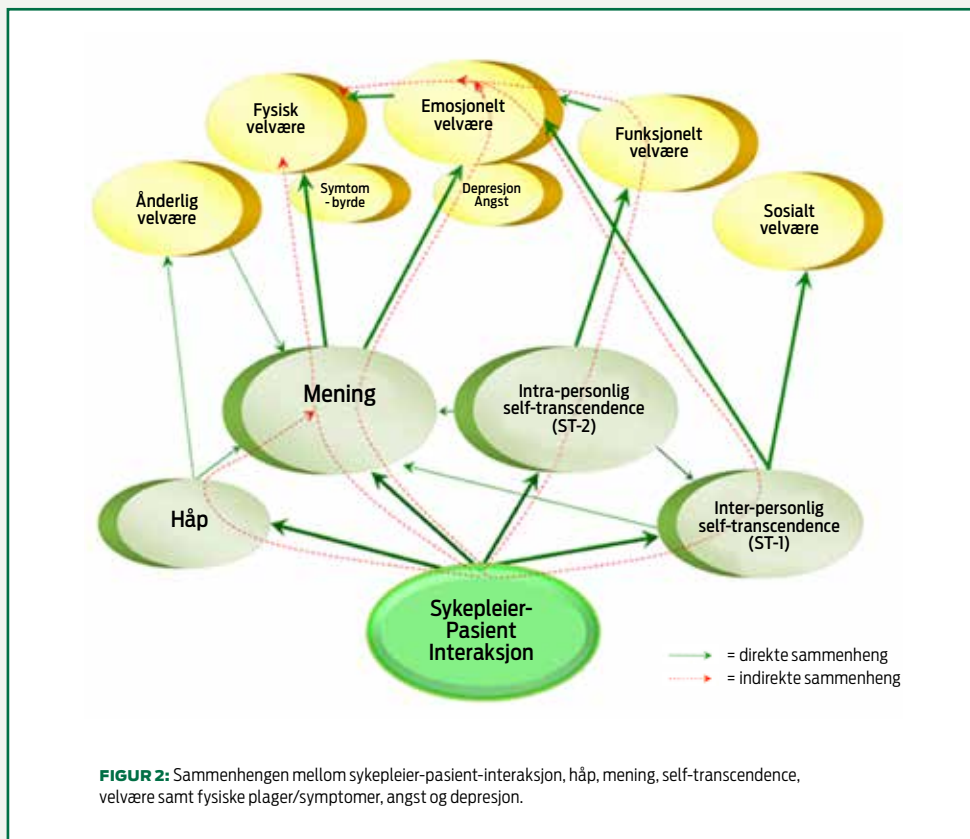
Deskriptiv statistikk

Av de 202 beboerne som deltok var 146 kvinner (72%) og 56 menn (27,7%), med gjennomsnittsalder henholdsvis 87.3 og 82 år, (totalt gjennomsnitt=86 år, SD=7,65), range=65-104 år. Det var 38 (19%) som var gift/samboer. Gjennomsnittlig botid i sykehjemmet var 2.6 år for begge kjønn (range 0.5-13 år); 117 levde i landkommuner mens 85 bodde i bykommuner. Totalt hadde 30 % mild til moderat depresjon, mens 12 % rapporterte angst. Signifikante, men moderate korrelasjonskoeffisienter i forventet retning mellom studie-variablene ga støtte til begrepsvaliditet for alle de involverte variablene. Missing var lav; fra 4-5% for alle variabler med unntak av FACT-G og FACIT-Sp-12 med 12 %, og ble håndtert ved prosedyren «Listwise deletion». Studien viste at sykehjemspasienter erfarer en relativt tungt symptombyrde; Figur 1 viser at 56 % rapporterer fatigue, 49 % smerter, 43 % obstipasjon, 41 % dyspne, 38 % søvnvansker, 25 % appetittløshet, 18 % kvalme og oppkast, i tillegg rapporterte 30 % depresjon og 12 % angst målt ved HADS. (Se Figur 1.)

SEM-analyse – sammenhengen mellom variabler

Av hensyn til utvalgets størrelsen og statistisk styrke ble sammenhengen mellom variablene testet i flere ulike studier; dvs. ved mindre komplekse modeller. Hver skala/målemodell ble validert for denne populasjonen i egne publikasjoner; mening (19), håp (66), self-transcendence (70), pleier-pasient-interaksjon (55), globalt velvære (59), åndelig velvære (80), samt angst og depresjon (73). Alle målemodellene ble funnet valide og reliable, og ble deretter anvendt i ulike SEM-modeller for å studere sammenhengene mellom variablene. Detaljene fra SEM-analysene er grundig presentert i den enkelte vitenskapelige publikasjon. I denne artikkelen er intensjonen å belyse noen sentrale





funn, og drøfte hva vi kan lære fra dette utvalget om helsefremmende potensialer i omsorgen for sykehjemspasienter.

Pleier-pasient-interaksjonen viste signifikant direkte effekt på pasientens opplevelse av håp (56), mening (57), self-transcendence (55), angst og depresjon (81). Videre viste self-transcendence og mening signifikant effekt på fysisk, emosjonelt, funksjonelt og sosialt velvære (18, 59), samt på depresjon (60, 82). Figur 2 oppsummerer signifikante funn basert i dette utvalget, og illustrerer en tentativ teori om sammenhengene mellom studiens variabler; de grønne heltrukne pilene representerer signifikante direkte sammenhenger, mens de røde stiplede linjene illustrerer signifikante indirekte sammenhenger. (Se Figur 2.)

Diskusjon

For det første demonstrerer denne studien at symptombyrden blant mentalt klare langtids-pasienter i sykehjem er relativt tung (58). Dette indikerer at smerte- og symptomlindring er avgjørende for livskvalitet i sykehjem. Pleiepersonell må

gis adekvat og relevant opplæring og trening i å håndtere høy-prevalente symptomer som smerte, fatigue, dyspne, obstipasjon, søvnløshet, appetittløshet, depresjon og angst.

Videre fant samtlige hypoteser H1-H4 støtte i data. Pleier-pasient-interaksjonen ser ut til å ha stor betydning for langtids-pasienter i sykehjem og representerer et helsefremmende potensial. God interaksjon kan fremme pasientens opplevelse av mening, håp og self-transcendence, og redusere angst og depresjon. Videre viste studien at mening og intrapersonlig self-transcendence har signifikant direkte effekt på sosialt, emosjonelt og funksjonelt velvære, og signifikant indirekte effekt på fysisk velvære, mediert via emosjonelt velvære, som øver sterk innflytelse på fysisk velvære (18, 59). Mening var også signifikant korrelert med symptombyrde (58). Hva kan forklare disse funnene?

Livskvalitet i aldersinstitusjoner er ofte redusert. Dagliglivet i et sykehjem innebærer reduserte muligheter for meningsfulle relasjoner og aktiviteter sammenliknet med jevnaldrende som

bor hjemme. Et observasjonsstudie av pasientenes aktiviteter i sykehjem viste at i 65 % av dagen gjorde pasientene ingenting, og kun 12 % av tiden inneholdt sosial aktivitet (83). Videre viser forskning et vesentlig høyt nivå av håpløshet, hjelpeløshet og depresjon i sykehjem; depresjon forekommer 3–4 ganger oftere enn hos hjemmeboende eldre (84). Ensomhet og depresjon har særlig negativ effekt på menneskers livskvalitet (20). Manglende sosial og emosjonell støtte gir økt risiko for depresjon, og er derfor en avgjørende ressurs for livskvalitet. Dette illustrerer behovet for en holistisk tilnærming til pasienten som kropp-sjel-ånd hvor pleier-pasient-interaksjonen er sentral. Likevel er ofte de fysiske behovene det primære fokus i sykehjem (4).

I tråd med eksisterende sykepleieteori demonstrerer studien at klare langtidspasienters opplevelse av pleier-pasient-interaksjonen i sykehjem har signifikant effekt på deres opplevelse av håp (85), mening (57), self-transcendence (16, 86, 87), samt angst og depresjon (81). Pleier-pasient-interaksjonen representerer potensielle helsefremmende ressurser som har effekt på alle velvære-dimensjonene, via dimensjonene mening, self-transcendence og håp. Ergo; dersom pleiere ved hjelp av helsefremmende interaksjon evner å

«Dersom kroppen berøres, vil samtidig sinnet og ånden bli berørt.»

styrke pasientens mening, håp og self-transcendence, kan pasientens fysiske, emosjonelle, sosiale, funksjonelle og åndelige velvære øke, som demonstrert i Figur 2. Kliniske implikasjoner av dette er mange (88-90).

Innsikten om kropp-sinn-ånd-interaksjonen får altså støtte i denne studien. Slik kunnskap inspirerer sykepleiere og annet pleiepersonell i møte med de «resultatløse» pasientene; de som ikke kan kureres for å sendes tilbake til produktiv samfunnstjeneste. Begreper som «den resultatløse omsorgen» og «vedlikeholdsomsorgen» eksisterer (50, 91). I et holistisk og helsefremmende perspektiv er ingen pasienter resultatløse, alle kan hjelpes til økt opplevelse av mening, håp, self-transcendence og dermed til økt fysisk, emosjonelt, sosialt, funksjonelt og åndelig velvære.

Styrker og begrensninger

Alle målemodellene ble validert og funnet reliable, med gode faktorladninger og forklaringsgrader. SEM-modellene som testet sammenhengene mellom variablene viste god tilpasning til data, og kompleksiteten i den enkelte modell ble tilpasset utvalgsstørrelsen. Likevel må noen begrensninger påpekes. Figur 2 presenterer en teoretisk modell. Sammenhengene er funnet i ett utvalg, og funnene er basert på tverrsnittsdata. Det er derfor ikke mulig å si noe entydig og bastant om retningen på sammenhengene (kausalitet). Logisk nok kan det være vanskeligere å finne f.eks. mening når en erfarer funksjonstap, har smerter og lever som sykehjemspasient avhengig av omsorg og hjelp. Samtidig er det interessant at opplevelse av mening ser ut til å moderere sammenhengen mellom sykdom, plager og funksjonstap på den ene siden, og livskvalitet og velvære på den andre. Dette kan bety at dersom pasienten finner mening på tross av sykdom, plager og forestående død, vil dette øke velvære, helse og livskvalitet i den aktuelle situasjonen.

Konklusjon

Å fremme mening, håp og self-transcendence er å fremme menneskers helse og livskvalitet. Disse begrepene og sammenhengen mellom dem danner et fruktbart teoretisk perspektiv for sykepleie i sykehjem, og bør derfor ha en sentral plass i helsefaglige utdanninger. Kvalitet i sykehjemsomsorgen krever: 1. god kompetanse i smerte- og symptomlindring, 2. helsefremmende pleier-pasient-interaksjon som positivt innvirker på menneskers velvære, og 3. organisering av trygge og ivaretagende arenaer hvor mennesker i sykehjem kan dele med hverandre, lytte til og lære av hverandre. Det må tilbys livsrom hvor personen kan få en plass i sitt liv. Self-transcendence inkluderer pasientens relasjon til seg selv, medpasienter, venner, familie og et høyere vesen; å fokusere på dette i omsorgen er derfor et sentralt helsefremmende anliggende som bidrar til mening og velvære. Pleier-pasient-interaksjonen kan anvendes til å styrke pasientens self-transcendence, håp og mening, og slik styrke gamle menneskers helse og velvære. Denne studien indikerer at pleier-pasient-interaksjon båret av respekt, empati og varme, hvor pasienten opplever å bli lyttet til, tatt på alvor, anerkjent og inkludert i relevante beslutninger har positiv effekt på pasientens fysiske, emosjonelle, sosiale, funksjonelle og åndelige velvære. ■

GODT FORHOLD: Sentrale byggesteiner i pleier-pasient-interaksjonen er nærvær, varhet, respekt, ærlighet, vennlighet og sensitivitet overfor pasientens følelse av sårbarhet. Illustrasjonsfoto: Norsk Sykepleierforbund/John Nordahl.



Referanser

1. Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle («The NHs responsibilities and the doctors role»). *Tidsskrift Nor Lægeforen (Norwegian Journal of Medicine)*. 2005;125(8):1009-10.

2. Nygaard HA. Nursing home as a medical institution – a fata morgana? *Tidsskrift Nor Lægeforen [Norwegian Journal of Medicine]*. 2002;122:823-5.

3. Haugan Hovdenes G. The Nurse-patient-relationship in nursing homes: fulfillment or destruction [Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem: virkeliggjørelse eller tilintetgjørelse]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden*. 2002; publ. no. 65, vol 22(3): 21-6.

4. Slettebø Å, Kirkevold M, Andersen B, Pedersen R, Halvorsen K, Nordhaug M, et al. Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scand Journal of Caring Science*. 2010;24:533-40.

5. Vachon M, Fillion L, Achille M. A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*. 2009;12(1): 53-9.

6. Buck HG. Spirituality: concept analysis and model development. *Holist Nurs Pract*. 2006;20(6): 288-92.

7. Ellis HK, Narayanasamy A. An investigation into the role of spirituality in nursing. *British Journal of Nursing (BJN)*. 2009;18 (14): 886-90.

8. Guzzetta CE. Holistic Nursing Research. In: Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE, editors. *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. 4th Edition ed. Boston – Toronto – London – Singapore: Jones and Bartlett Publisher; 2009. p. 211–28.

9. Quinn J. Transpersonal Human Caring and Healing. In: Dossey B, Keegan L, Guzzetta C, editors. *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. Fourth Edition. Boston-Toronto-London-Singapore: Jones and Bartlett Publishers; 2009. p. 41–53.

10. Haugan G, Rannestad T, Espnes GA. Hjernen er ikke alene. Psykosomatikken ser kropp og sjel i sammenheng. Det bør sykepleien også gjøre. *Tidsskriftet Sykepleien*. 2006(9).

11. Travelbee J. *Interpersonal Aspects of Nursing*. Second Edition ed. Philadelphia: F.A. DAVIS COMPANY; 1979.

12. Starck PL. Theory of Meaning. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middel Range Theory for Nursing*. Second edition ed. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 81–104.

13. Dossey B, Keegan L, editors. *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Ontario-London: Jones and Bartlett Publisher; 2009.

14. Lundman B, Alex L, Jonsen E, Lövheim H, Nygren B, Fischer R, et al. Inner Strength in Relation to Functional Status, Disease, Living Arrangements, and Social Relationships Among People Aged 85 Years and Older. *Geriatric Nursing*. 2012;33(3): 167-76.

15. Lundman B, Alex L, Jonsen E, Norberg A, Nygren B, Fischer RS, et al. Inner strength—a theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(2): 251-60.

16. Haugan G. Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning-in-life, and self-transcendence in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;2014 (28): 74-8.

17. Dyess SM. Faith: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67 (12): 2723-31.

18. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well-being? *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23 (13-14): 1830–44.

19. Haugan G, Moksnes UK. Meaning-in-life in nursing-home patients: A validation study of the Purpose-in-Life test. *Journal of Nursing Measurement*. 2013;21(2): 296-319.

20. Drageset J, Eide G, Kirkevold M, Ranhoff A. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; Jan; 22 (1-2): 106-14.

21. Melton A, Schulenberg S. On the measurement of meaning; Logotherapy's empirical contributions to Humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*. 2008;36:31-44.

22. Melton A, Schulenberg S. On the relationship between meaning in life and boredom proneness: Examining a logotherapy postulate. *Psychological Reports*. 2007;101:1016-22.

23. Schulenberg SE, Melton AMA. A confirmatory factor-analytic evaluation of the purpose in life test: Preliminary psychometric support for a replicable two-factor model. *J Happiness Stud*. 2010;11:95-111.

24. Starkweather A, Wiek-Janusek L, Mathews H. Applying the psychoneuroimmunology framework to nursing research. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2005;37(1): 56-62.

25. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(4): 554-62.

26. Krause N. Meaning in life and mortality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*. 2009;64B (4): 517-27.

27. Krause N. Evaluating the stress-buffering function of meaning in life among older people. *Journal of Aging & Health*. 2007;19(5): 792-812.

28. Vance DE, Struzick TC, Raper JL. Biopsychosocial Benefits of Spirituality in Adults Aging With HIV. *Journal of Holistic Nursing*. 2008;26(2): 119-25.

29. Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, van Beljouw IMJ, Pot AM. Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *Gerontologist*. 2010;50(4): 541-9.

30. Fitzgerald Miller J. Hope: A Construct Central to Nursing. *Nursing Forum*. 2007;42(1): 12-9.

31. Tutton E, Seers K, Langstaff D. An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2009;13:119-27.

32. Dufault K, Martocchio B. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics North America*. 1985;20:379-91.

33. Miller J. Hope: A construct central to nursing. *Nursing Forum*. 2007;42(1): 12-9.

34. Bright FAS, Kayes NM, McCann CM, McPherson KM. Understanding Hope After Stroke: A Systematic Review of the Literature Using Concept Analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011;18(5): 490-508.

35. Akechi T, Miyashita M, Morita T, Okuyama T, Sakamoto M, Sagawa R, et al. Good Death in Elderly Adults with Cancer in Japan Based on Perspectives of the General Population. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(2): 271-6.

36. Alidina K, Tettero I. Exploring the therapeutic value of hope in palliative nursing. *Palliat Support Care*. 2010; Sep; 8(3): 353-8.

37. Duggleby W, Hicks D, Nikolaichuk C, Holtzlander L, Williams A, Chambers T, et al. Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(6): 1211-23.

38. Ellefsen B. Living as dying – A study of older patients with terminal illnesses. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*. 2012;2(2): 133-44.

39. Franklin L, Ternstedt B, Nordenfelt L. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*. 2006;13(2): 130-46.

40. Reed PG. Theory of Self-Transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2008. p. 105–29.

41. Reed PG. Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advanced Nursing Science*. 1991;13(4): 64-77.

42. Haugan G. Self-transcendence – en ressurs for velvære. In: Haugan G, Rannestad T, editors. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske forlag; 2014. p. 63–75.

43. Finch LP. Patients' communication with nurses: relational communication and preferred nurse behaviors. *International Journal for Human Caring*. 2006;10(4): 14-22.

44. Harefors C, Sävenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2): 353-60.

45. Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22(4): 643-52.

46. Näden D, Eriksson K. Understanding the Importance of Values and Moral Attitudes in Nursing Care in Preserving Human Dignity. *Nursing Science Quarterly*. 2004;17(1): 86-91.

47. Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: a Literature Review. *Nursing Ethics*. 2009;16(5): 528-42.
48. Watson J. *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1988.
49. Reed PG. *Nursing: The Ontology of the Discipline*. In: Reed PG, Shearer NBC, editors. *Perspectives on Nursing Theory*. 5th Edition ed. Philadelphia – Baltimore – New York – London – Buenos Aires – Hong Kong – Sydney – Tokyo: Wolters Kluwer – Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 615–20.
50. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien (From Marx to Løgstrup. About ethics and awareness in nursing). Otta: TANO A.S.; 1993.
51. Hair Jj, Black W, Babin B, Anderson R. *Multivariate data analysis: Upper Saddle River*: Prentice Hall; 2010.
52. Kline R. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, third ed. Little TD, editor. New York London: The Guildford Press; 2011.
53. Haugan G, Innstrand ST, Moksnes UK. The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22 (15-16): 2192-205.
54. Haugan G. Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske helse. *Geriatrisk Sykepleie*. 2014;1:8-16.
55. Haugan G, Hanssen B, Rannestad T, Espnes GA. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:3429-41.
56. Haugan G, Moksnes U, Espnes G. Nurse-patient-interaction: a resource for hope among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2013;31 (3): 152-63.
57. Haugan G. The relationship between nurse-patient-interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;79 (1): 107-20.
58. Haugan G. Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate to physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;23(7): 1030-43.
59. Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garåsen H, Espnes GA. Self-transcendence in nursing home patients – a resource for well-being. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5): 1147-60.
60. Haugan G, Innstrand ST. The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *ISRN Psychiatry*. 2012; Vol. 2012 (Article ID 301325): 10.
61. Crumbaugh J. Cross-validation of Purpose-in Life Test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*. 1968;24:74-81.
62. Crumbaugh J, Maholick L. *Manual of Instructions for The Purpose-in-life test*. Psychometric Affiliates. Viktor Frankl Institute of Logotherapy P.O. Box 2852, Saratoga, CA 95070 Murfreesboro, TN: Psychometric Affiliates: 1. Crumbaugh, J.C., Maholick, L.T. (1969) *Manual of Instructions for the Purpose-in-Life Test*. Illinois: Psychometric Affiliates.; 1969, 1981.
63. Bondevik M. *The Life of the Oldest Old*. Studies concerning loneliness, social contacts, activities of daily living, purpose in life and religiousness. . . Bergen: University of Bergen, 1997; 1997.
64. Bondevik M, Skogstad A. Loneliness, Religiousness, and Purpose in Life in the Oldest Old. *Journal of Religious Gerontology*. 2000;11(1): 5-21.
65. Wahl A, Lerdal A, Knudsen Ø. The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. *Palliative & Supportive Care*. 2004;2:255-63.
66. Haugan G, Utvær BKS, Moksnes UK. The Herth Hope Index – a psychometric study among cognitively intact nursing-home patients. *Journal of Nursing Measurement*. 2013;21(3): 378-400.
67. Reed PG. Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Adv Nurs Sci*. 1991;13(4): 64-77.
68. Reed PG. Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*. 1991;40:5-11.
69. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*. 1992;15(5): 349-57.
70. Haugan G, Rannestad T, Garåsen H, Hammervold R, Espnes G. The Self-Transcendence Scale – An Investigation of the Factor Structure Among Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2012;30(3): 147-59.
71. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression scale – a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosom Research*. 1997;42:17-41.
72. Stordal E, Mykletun A, Dahl AA. The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(2): 132-41.
73. Haugan G, Drageset J. The Hospital Anxiety and Depression Scale – dimensionality, reliability and construct validity among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Affective Disorders*. 2014; in press.
74. Groenvold M, Peteresen M, NK A, Arraras J, Blazeby J, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer*. 2006;42:55-64.
75. Peterman A, Fitchett G, Brady M, Hernandez L, Cella D. *Measuring Spiritual Well-Being in People With Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)*. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002;24(1): 49.
76. Jöreskog K, Sörbom D. *LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*. Chicago: Scientific Software International; 1995.
77. Brown T. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press; 2006.
78. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research*. 2003;8(2): 23-74.
79. Hu L, Bentler P. Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparametrized Model Misspecification. *Psychological Methods*. 1998;3(4): 424-53.
80. Haugan G. The FACIT-Sp spiritual well-being scale: an investigation of the dimensionality, reliability and construct validity in a cognitively intact nursing home population. *Scandinavian J Caring Sciences*. 2014; doi: 10.1111/scs.12123.
81. Haugan G, Innstrand ST, Moksnes UK. The Effect of Nurse-Patient-Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22 (15-16): 2192-205.
82. Haugan G, Drageset J. The Hospital Anxiety and Depression Scale-Dimensionality, reliability and construct validity among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Affective Disorders*. 2014;165:8-15.
83. Harper Ice G. Daily life in a nursing home – Has it changed in 25 years?. *Journal of Aging Studies*. 2002;16:345-59.
84. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;83 (2-3): 135-42.
85. Haugan G, Moksnes UK, Espnes GA. Nurse-patient-interaction: a resource for hope among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*. 2013;31 (3): 152-63.
86. Haugan G. *Self-transcendence, well-being and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients* [PhD]. Trondheim, Norway: Norwegian University of Science and Technology; 2013.
87. Haugan G, Hanssen B, Moksnes UK. Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(4): 882-93.
88. Haugan G. *Hjelsefremmende interaksjon*. I: Haugan G, Rannestad T, editors. *Hjelsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske forlag; 2014. p. 199–215.
89. Haugan G. *Hjelsefremming blant mentalt klare langtidspasienter i sykehjem*. I: Haugan G, Rannestad T, editors. *Hjelsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014. p. 101–15.
90. Haugan G. *Life Satisfaction in Cognitively Intact Long-Term Nursing-Home Patients: Symptom Distress, Well-Being and Nurse-Patient Interaction*. I: Sarracino F, Mikucka M, editors. *Beyond Money: The Social Roots of Health and Well-Being*. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2014. p. 165–211.
91. Martinsen K. *Ormsorg, sykepleie og medisin* [Care, nursing and medicine]. Oslo: TANO; 1989.



Har du spørsmål om demens?

Demens kan være vanskelig å forholde seg til, men på Demenslinjen kan du få et lyttende øre, faglige svar og gode råd fra spesialsykepleiere.

Tekst Liv Anita Brekke, demensveileder i Nasjonalforeningen for folkehelsen

Demenslinjen til Nasjonalforeningen for folkehelsen er et lavterskeltilbud til alle som har spørsmål, eller vil snakke, om demens.

Pårørende og andre nærstående trenger ofte støtte i sin rolle og har behov for å diskutere og bearbeide egne reaksjoner. Mange opplever at de må tilpasse seg en ny livssituasjon og trenger råd og veiledning i denne fasen.

Kjenner hjelpeapparatet

Veilederne på Demenslinjen er spesialsykepleiere med demens som fagfelt. De har lang erfaring i å lytte, veilede, informere og gi råd om hvordan man kan gå frem for å komme videre og hvordan få hjelp og støtte i sin situasjon. Veilederne kjenner hjelpeapparatet godt og henviser til både fastlege, det kommunale hjelpeapparatet eller andre instanser.

Hit ringer pårørende, familie og

venner, de som selv har demens eller er bekymret for om de kan ha det. Hit ringer også fagpersoner som vil drøfte en situasjon som oppleves som vanskelig.

Helt anonymt

Innringer til Demenslinjen er anonym. Det vil også si at telefonnummeret man ringer fra, ikke synes.

Mange samtaler starter med et enkelt spørsmål, men kan utvikle seg til lange samtaler som omhandler mange temaer og problemer innringer står overfor. De fleste som henvender seg hit tar kontakt for første gang, men det er også en del som ringer gjentatte ganger.

Likepersoner

Nasjonalforeningen for folkehelsen har også «likepersoner» som selv er pårørende og som gjerne deler sine erfaringer med andre pårørende.

Alle likepersonene har gjennom-

- Rådgivnings- og samtalejeneste fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Er bemannet med helsepersonell mandag til fredag fra klokken 9 til 15
- Telefon: 23 12 00 40
- E-post: demenslinjen@nasjonalforeningen.no
- Web: nasjonalforeningen.no/no/Demens/Demenslinjen/
- Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet.
- Foreningens mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens gjennom forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid.
- Foreningen er også en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

gått kurs og opplæring i hvordan støtte andre gjennom samtale. De har også underskrevet en taushetserklæring og får jevnlig oppfølging av veilederne på Demenslinjen.

Likepersonene er tilgjengelige for telefonkontakt, og du finner dem på nasjonalforeningen.no.

Tilbakemeldinger

Her er noen tilbakemeldinger fra brukere av Demenslinjen:

«Sist jeg ringte gav du meg telefonnummeret til kommunens demensteam. Det var nyttig, nå har min kone fått plass på dagsenter tre dager i uka. Det er godt både for henne og meg.»

«Lille julaften ringte jeg demenstelefonen. Jeg var fortvilet og ulykkelig, rådvill og gruet meg til jul med tiltagende dement mor! En av deres rådgivere ga meg mot og styrke, jeg fikk gode råd og veiledning. Det ble en hyggelig og fin julehelg for mor og for meg!» ■

Kurs i legemiddelhåndtering

NSF FGD Hordaland arrangerer legemiddelkurs for sykepleiere i fagfeltet geriatri og demens.

- Foreleser er farmasøyt Gunvor Johnsen.
- Når: 24. september klokken 12.30–15.30.
- Hvor: Fyllingsdalen sykehjem.
- Påmeldingsfrist: 17. september.
- Påmelding: nsf.no/kurs-og-konferanser/2470274/10500



Viktige tiltak for god eldreomsorg

Hvordan sikre en trygg og verdig helsetjeneste for eldre i fremtiden? I heftet «En helsepolitikk for morgendagens eldre» gir Norsk sykepleierforbund sitt syn på saken.

Tekst **Helene Aksøy**, spesialrådgiver, Fag- og helsepolitisk avdeling, NSF

NSFs nye hefte «Selvstendighet, verdighet og trygghet – en helsepolitikk for morgendagens eldre» har nå vært tilgjengelige i noen måneder. Vi håper det er blitt både lest og brukt. Her får du noen tips om hvordan heftet kan brukes og være til nytte i hverdagen.

Viktige saker

Norsk Sykepleierforbund (NSF) arbeider aktivt som pådriver for å sikre gode helse- og omsorgstjenester for eldre, å synliggjøre utfordringer knyttet til det økende behovet for sykepleietjenester til eldre.

I heftet gjør vi en grundig gjennomgang av, og gir oversikt over, den viktigste helsepolitikken for morgendagens eldre, sett fra NSF og sykepleierne og sykepleietjenestens ståsted. Vi gir eksempler på god praksis og under overskriften *NSF mener* har vi fokus på det som er viktigst for brukere og deres familier, hva som er viktig for sykepleiere og sykepleiefaget og hva som er viktig for helsetjenesten. Vi har fokus på faglig forsvarlighet, på kvalitet, på kompetanse og menneskerettigheter gjennom å foreslå tiltak som sikrer eldre en god og individuelt

tilpasset helsetjeneste og en verdig død.

Nyttig for mange

Heftet kan brukes av ansatte i tjenestene, pasienter, pårørende, tillitsvalgte og ledere på alle nivåer. I heftet er det forslag og beskrivelser som kan brukes som beslutningsgrunnlag for politikere for å sikre befolkningen nødvendige og tilstrekkelige sykepleietjenester. Det handler både om kompetanse, om hvordan man organiserer tjenestene og hvordan man skaper rom for god fagutøvelse slik at sykepleietjenesten kan utvikles i takt med behovene nå og i årene fremover.

I heftet kan man finne støtte til å utforme faglige tiltak og mål for tjenestene. Heftet kan brukes til å påvirke innenfor egen organisasjon, når man skal delta i omstillingsprosesser, og i budsjett- og tjenesteplanlegging. Heftet er delt i fem hovedområder:

- Brukermedvirkning og organisering på eldres premisser.
- Dimensjonering og kvalitet i helse- og omsorgstilbudet til eldre.
- Koordinerte og samordnede tjenester.



- Kompetent personell.
- Forskning og tjenesteutvikling.

På siste side i heftet finner du åtte prinsipper for gode omsorgstjenester. Prinsippene er også et godt utgangspunkt for utvikling av mål for tjenesten. Disse ble utarbeidet av NSF, Kirkens Bymisjon, KS, FO, Fagforbundet, Pensjonistforbundet og Helse- og omsorgsdepartementet i fellesskap i 2012.

Vi håper du vil lese heftet og bruke det aktivt! Del det med kolleger, diskuter sakene og gi det til lokalpolitikere og beslutningstakere der du jobber. ■

Du finner en elektronisk utgave av heftet på <http://files.nsf.no/fag/index.html>



Bli medlem

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

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

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2015.

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

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

Eller du kan sende en e-post med opplysningene til gunhil-g@online.no

