

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Sykepleien



**Nettbrett
kan gi gode
øyeblikk**

Side 30



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@uit.no
Tlf. 97 53 95 55

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

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

ABONNEMENT

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

ANNONSER

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

HJEMMESIDE

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

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik

Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal

Tlf. 90 60 87 79

Eivind Solfjell

Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Printall

FORSIDEILLUSTRASJON:
Mostphotos / Monica Hilsen

ANNONSERING

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

Innhold



02 - 2018

- 3 Leder
- 5 Gjesteredaktør
- 6 Kan Klokkeklovnene hjelpe mennesker med demens?
- 18 Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase
- 24 Slik kan eldre få god trening
- 30 Nettbrett kan gi pasienter på sykehjem gode øyeblikk
- 38 Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens?
- 45 Sykepleieres opplevelse og mestring i møte med dødsfall på sykehjem.



6



18



38



45

Vitenskapelig tidsskrift

Geriatrik Sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrik 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

**FAKTA****Tor Engevik**

Leder NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens

Frivillige gjør en kjempeinnsats

Hva hadde idretten, lokalmiljøene og skolemusikken vært uten frivillige ildsjeler? Ja, hva hadde Norge vært uten dem. Jeg er rimelig sikker på at vi har verdens største dugnadsånd i dette lille landet vårt og på svært mange arenaer er innsatsen til frivillige helt avgjørende. Store ting hadde rett og slett ikke blitt realiteter uten dem. Men hva har idrett og skolemusikk med eldreomsorgen å gjøre? Kanskje mer enn vi aner, selv om dette ikke er et forsøk på å skyve ansvaret for offentlige tjenester over på de frivillige.

Frivillig omsorg i tilbudet til våre eldre er ikke nytt, men jeg synes vi hører og ser mer og mer av det. Heldigvis vil jeg si. I årtier har enkeltpersoner, lag og foreninger på frivillig basis og med ulikt program bidratt overfor våre eldre. I senere tid har stadig nye tiltak kommet til. Spisevenn, besøksvenn med hund, datahjelp og barnehager inn på sykehjemmet er bare noen av dem.

To ildsjeler

Jeg antar at de fleste av faggruppens medlemmer kjenner til noen som på frivillig basis stiller opp for våre eldste. Mennesker som gir av sin tid og som fortjener honnør. Jeg vet om mange, og to av dem er fra min egen hjemby. Den ene er 86-åringen Inger Johanne Knudsen, mangeårig leder for eldrerådet i Bergen. Eldrerådet samarbeider med og er premissleverandør overfor både utviklingssenter for sykehjem, hjemmebaserte tjenester og byrådsavdeling for helse og omsorg. Inger Johanne er en tøff dame som via

sitt verv har kjempet mange kamper, blant annet for bygging av flere sykehjems plasser. Hun har møtt motstand, men med glimt i øyet sier hun selv at hver gang noen har lukket en dør, så har hun bare åpnet en ny. Det er nok denne stå på viljen som har ført til at hun har blitt belønnet med både Omsorgsprisen her i Bergen og Kongens fortjenestemedalje for sitt arbeid for eldre.

En annen som har et brennende engasjement for eldre helse er Christian Rieber, styreleder i GC Rieber Fondene. Den aktive 93-åringen har på vegne av Rieber Fondene i mange år støttet en rekke gode formål rettet mot eldre. I 2015 ble han tildelt Christieprisen fra Universitetet i Bergen. Og prispengene? De ga han videre til prosjekter innen musikkterapi for eldre.

Bedre tilbud

Inger Johanne er garantert enig. Hun hevder at eldre i grunnen bare er «vanlige folk» som har blitt eldre. Vanlige folk som har behov for hjemmebaserte tjenester og som bor på sykehjem, eller er innlagt på sykehus, vil i fremtiden være en større gruppe enn dem som er satt til å hjelpe dem. Kanskje kan det tenkes at vår eldreomsorg i fremtiden ikke bare kan sikres gjennom rekruttering av flere sykepleiere. Kan da frivillige ildsjeler føre til et mer variert tilbud og berike eldretjenestene? Og kan de frivillige i så måte være et viktig supplement til helsearbeideres helt nødvendig fagkompetanse? Jeg bare spør og minner om at den største gleden du kan ha, det er å gjøre andre glad. ■



**NORSK
SYKEPLEIERFORBUND**

NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



NSF FGDs LANDSKONFERANSE 2019

*«Personer med demens -
menneske eller diagnose ...*

Hvilket fokus har vi?»



04-05. APRIL 2019 THON HOTELL OPERA OSLO

Bindenede påmelding gjøres elektronisk på følgende lenke;

Early bird til og med 05.02.19 på: <http://www.trippus.net/nsffgd2019/earlybird>

Foto: Høgskolen Oslo og Akershus


FAKTA
Dag Karterud

 Gjesteredaktør,
Geriatrisk sykepleie

Kunnskap kan gjøre en forskjell

Det er har vært inspirerende for meg å lese artiklene i denne utgaven av Geriatrisk sykepleie. Ikke minst fordi de viser hvordan kunnskap kan gjøre en forskjell – vi må bare ta den i bruk.

«Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens?» gir et innblikk i hva som må til for å sikre god pleie og behandling i møte med pasienter med demens. Artikkelen gir viktige innspill til utdanning av helsepersonell og til det å drive holdningsarbeid, for å utvikle sensitivitet for andres behov og ønsker, når disse ønskene ikke kan uttrykkes tydelig og klart. Artikkelen tar utgangspunkt i en pasientbeskrivelse. Pasienten protesterer og viser at hun ikke ønsker pleierens hjelp. En ønsker selvsagt å unngå situasjoner som beskrives, og en ønsker heller ikke å bli gammel og hjelpetrengende om en skulle møte slikt helsepersonell! Hva skal til for at slikt ikke skjer? Artikkelen gir mange gode innspill og en forståelse for hvordan hjelpe en svak gruppe mennesker, som behøver vår kompetanse og forståelse.

Pleie i livets siste fase

Det er prisverdig at det gjennomføres studier om «Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase». Artikkelen gir gode innspill til å forstå tematikken gjennom å lytte til helsepersonells erfaringer. Her blir vi informert om arbeidsmetoder for å gi støtte til de nødvendige oppgavene rundt livets avslutning. Det er mange faktorer som påvirker den gode pleien i denne fasen, blant annet tidsfaktoren,

bemanning og kompetanse. På hvilke måter skal en sikre tilstrekkelig kompetanse og nok personell som kan ivareta pasienter og deres pårørende i livets slutfase, blir naturlige spørsmål å stille.

En interessant tilnærming for bedre livskvalitet, gir artikkelen «Nettbrett kan gi pasienter på sykehjem gode øyeblikk». I dette prosjektet er studenter medforskere, og lærer er både veileder og forsker. En slik måte å arbeide på i forskning og utdanning, gir studenter andre erfaringer enn tradisjonell «opplæring», som kan gi inspirasjon til fagutvikling og forbedringer gjennom bruk av for eksempel teknologi.

Dødsfall på sykehjem

Artikkelen «Sykepleieres opplevelse og mestring i møte med dødsfall på sykehjem», har fokus på sykepleiere som møter døden på jobb. Det er et fint mastergrads-prosjekt, som mange i samme situasjon kan ha glede av å lese. Ikke minst vil mange få bekreftet liknende erfaringer, og kanskje få innspill til å gjøre endringer som kan lette arbeidshverdagen.

Artikkelen «Kan Klokkeklovnene hjelpe mennesker med demens?», er en studie av klovnebesøk på norske sykehjem. Klovnebesøk skal bedre pasienters livskvalitet. Artikkelen viser til gode teoretiske innfallsvinkler som bidrar til forståelse for tiltaket.

Ja, det finnes muligheter til å gjøre livet bedre for dem som trenger hjelp. I denne utgaven skrives også om de som skal hjelpe – slik at de kan være i jobben lenge, uten å slites ut. ■



FAKTA

Av Wenche Torrissen, Førsteamanuensis i teatervitenskap, Høgskulen i Volda/Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Artikkelen er fagfellevurdert

Kan Klokkeklovnene hjelpe mennesker med demens?

Mennesker med demens som bor på sykehjem, kan ha mangelfull livskvalitet fordi de kjeder seg, er ensomme og understimulerte. Studien tyder på at besøk av klovner kan bidra til å styrke livskvaliteten.



Det bor omtrent 28 000 personer på norske sykehjem, og av disse har nærmere 80 prosent en demenssykdom (1). Flere studier tyder på at mennesker med demens er godt fornøyd med hjelpen de får, men at de føler seg ensomme og understimulerte og at de i liten grad får mulighet til å utøve meningsfulle aktiviteter (2-6). I de siste årene har det derfor blitt et økt fokus på å styrke livskvaliteten til mennesker som bor på sykehjem, gjennom kulturelle og miljøterapeutiske tiltak (6-10). Klovning på sykehjem er et av de nyeste og mest ukjente kulturelle tiltakene i demensomsorgen der målet er å styrke beboernes livskvalitet og velvære (11-27).

I Norge har profesjonelle klovner som går under navnet Klokkeklovnene besøkt sykehjem siden 2010, men mange blir fortsatt overrasket når de hører at et slikt tilbud eksisterer. Noen blir endog provosert: Er det ikke respektløst å klovne for mennesker med demens som ikke nødvendigvis kan fortelle oss hva de mener? Er ikke det å infantilisere og latterliggjøre disse menneskene? Opplevelsen av at klovner ikke

hører hjemme på sykehjem, henger gjerne sammen med at klovning ofte assosieres med sirkus og barn. Klovning i helse- og omsorgssektoren er imidlertid noe ganske annet enn klovning på sirkus.

I motsetning til tradisjonelle sirkusklovner, er ikke Klokkeklovnenes mål å underholde beboerne, men å oppnå kontakt og å skape «magiske øyeblikk» gjennom bruk av humor, improvisasjon, lek, musikk, sang, dans og magi. Klokkeklovene har også en tydelig helsepolitisk forankring fordi deres overordnede mål er å øke beboernes livskvalitet og velvære gjennom å skape gode opplevelser og gjennom å fremme glede (28).

Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om hvilket potensial som ligger i arbeidet som Klokkeklovnene utfører på norske sykehjem, når målet er å fremme glede og bedre livskvalitet for mennesker som lever med en demenssykdom. Målet er å beskrive hva som skjer i møtene mellom Klokkeklovnene og beboere, og å utforske hvordan disse møtene kan bidra til

SPRER GLEDE: Klokkeklovnene kaller seg også «Klovner mot demens». De besøker sykehjem for å glede og aktivisere dem som bor der. Foto: Ronny Østnes



å fremme glede og livskvalitet. Studien søker derfor å belyse følgende spørsmål: Hvordan reagerer beboerne på Klokkeklovnenes besøk? På hvilke måter fremmer Klokkeklovnene positive emosjoner i praksis? Og hvordan kan dette påvirke beboernes livskvalitet?

Livskvalitet

Selv om målsettingen til flere klovneinitiativ i eldreomsorgen på verdensbasis er å styrke menneskers livskvalitet, er det ikke bestandig klart hva som ligger i begrepet (16, 19, 21). En enhetlig definisjon finnes heller ikke i forskningslitteraturen, og flere definisjoner og uklare bruk har vært knyttet til begrepet (7, 29-31). I denne artikkelen anvender jeg Siri Ness' definisjon av livskvalitet som psykisk velvære. I denne definisjonen blir livskvalitet, psykisk velvære og «å ha det

godt» brukt som synonymmer. Ifølge Ness er livskvalitet knyttet til «enkeltpersoners psykiske velvære, det vil si følelsen eller opplevelsen av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede» (29, s. 1941). Disse opplevelsene kan være av kognitiv eller affektiv art: «en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad at personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative» (Ibid). Livskvalitet handler altså både om kognitive opplevelser: «Er vi fornøyd med livet?», og affektive opplevelser: «er vi glade, engasjerte, snarere enn engstelige og nedstemte?» (Ibid).

Å leve med demens betyr i stor grad at man lever i øyeblikket (32, 33). For mennesker med demens, spesielt i de senere fasene av en demenssykdom, er opplevelsen av glede og velvære i øyeblikket derfor en

Sammendrag

Bakgrunn: Flere studier tyder på at mennesker som lever med en demenssykdom, føler seg ensomme og understimulerte. I de siste årene har det derfor blitt et økt fokus på å styrke livskvaliteten til mennesker som bor på sykehjem, gjennom kulturelle og miljøterapeutiske tiltak. Klovning på sykehjem er et av de nyeste og mest ukjente kulturelle tiltakene i demensomsorgen der målet er å styrke beboernes livskvalitet og velvære.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om hvilket potensial som ligger i arbeidet som Klokkeklovnene utfører på norske sykehjem, når målet er å fremme glede og forbedre livskvaliteten til mennesker som lever med en demenssykdom.

Metode: Observasjon ble brukt som den primære metoden i denne studien. Observasjonene er i stor grad kvalitative (beskrivende), men et kort observasjonsskjema ble utviklet for å fange opp beboernes emosjonelle respons på Klokkeklovnens besøk. Kvalitative intervju med personalet ble også gjennomført.

Resultat: Studien viser at de fleste beboerne reagerer positivt på klovnenes besøk. Av de 163 møtene som ble observert, viser 105 beboere en tydelig forbedring i humør. Klokkeklovnene tilfører vitalitet, liv, aktivitet og kreativitet til norske sykehjem og bidrar til at menneskene som bor der, får positive stimuli, mulighet til å stimulere iboende ressurser og til å uttrykke seg kreativt.

Konklusjon: Denne studien gir ikke grunnlag for absolutte konklusjoner, men i lys av Siri Ness' definisjon, der livskvalitet handler om nærvær av positive emosjoner og positive opplevelser, er det mye som tyder på at Klokkeklovnene har et unikt potensial i arbeidet med å øke livskvaliteten til mennesker som lever på norske sykehjem.

Nøkkelord: Klovning på sykehjem, Klokkeklovnene, livskvalitet, humor, kreativitet.

Summary

Background: A number of studies suggest that people who live with dementia feel lonely and understimulated. In the last few years, it has thus been an increased focus on strengthening the quality of life for people who are living in care homes by introducing different forms of occupational therapy and arts based approaches. Clowning in dementia care is one of the newest and most unrecognised interventions developed with the intention to increase quality of life and well-being.

Purpose: The purpose of this study is to develop knowledge about the potential of clowning in Norwegian care homes when the goal is to promote joy and increase the quality of life of the people who live with dementia.

Method: Observation was used as the main method in this study. The observations are to a large degree qualitative, but a short observation tool was developed to capture how the residents responded emotionally to the visits from the clowns (Klokkeklovnene). Qualitative interviews with the staff were also carried out.

Results: The study shows that most residents responded positively to the visits from the clowns. Of the 163 meetings that were observed, 105 residents expressed an improved mood during and after the clowns' visit. Klokkeklovnene add vitality, life, activity and creativity to Norwegian care homes and contribute to give the individuals who live there, positive stimuli, the opportunity to use inherent resources and to express themselves creatively.

Conclusion: This study does not provide the basis for absolute conclusions, but in the light of Siri Ness' definition, where quality of life is based on the presence of positive experiences and positive feelings, much indicate that Klokkeklovnene have a unique potential to improve the quality of life of the residents at Norwegian care homes.

Keywords: Elder clowns, Klokkeklovnene, quality of life, humour, creativity

av de viktigste faktorene for opplevelse av livskvalitet (33, 34). I denne fasen er også positive emosjoner (som glede, interesse og tilfredshet) ofte sett på som tegn på velvære og god livskvalitet (35, 36, 37). Denne studien vil derfor belyse den delen av livskvalitetsbegrepet som handler om positive affektive opplevelser og hva slike opplevelser kan bety for mennesker som lever med en demenssykdom.

Positive emosjoner

Ifølge Barbara Fredrickson, en av verdens ledende forskere innen positiv psykologi, er positive emosjoner avgjørende for menneskers livskvalitet og psykiske velvære (38, 39). Gjennom sin forskning og sin «broaden-and-build» teori viser Fredrickson hvordan positive emosjoner kan styrke menneskers helse og velvære ved å utvide deres tankekapasitet og handlingsrepertoar. Ifølge Fredrickson utløser for eksempel glede tanke-handlingstendenser som er knyttet til et ønske om å delta i det som skjer rundt en. I tillegg utløser glede ofte et ønske om å kommunisere, om å være sosial og om å dele med andre (40, 41). Interesse utløser også et ønske om å delta, et ønske om å undersøke, og et ønske om å erfare nye ting sammen med personen eller objektet som har stimulert interessen. Et fellestrekk ved disse handlingsmønstrene er åpenheten for nye ideer, erfaringer og handlinger (38). På denne måten bidrar positive emosjoner til å fremme deltakelse og engasjement. Positive emosjoner som glede og interesse har derfor en ressursbyggende funksjon som kan bidra til å bygge trygghet, selvtillit, vennskap og sosiale bånd (35, 38, 42, 43). Positive emosjoner kan i tillegg bidra til å minske virkningen av negative emosjoner (angst, frykt, tristhet, etc.) ved å skru av uhensiktsmessige stressalarmer (38). Anerkjennelsen av at positive emosjoner er viktige for livskvaliteten til mennesker som lever med en demenssykdom, er økende (44), men betydningen av positive opplevelser og positive emosjoner er ofte undervurdert, også i kulturelle- og kunstbaserte tilnærminger i demensomsorgen (45). Det er også fortsatt mangelfull kunnskap om hvordan positive emosjoner kan fremmes og aktiveres i forskjellige kontekster (46).

Metode

Denne studien har en etnografisk tilnærming med et eksplorerende design (47, 48, 49). Deltakende observasjon ble brukt som den primære metoden i denne studien fordi dette er den datainnsamlingsmetoden

som er best egnet til å studere menneskers samhandling og relasjoner (47, 50). Observasjonene som ble samlet inn, er i stor grad kvalitative (beskrivende), og feltnotatene ble dels skrevet under selve observasjonen, dels like etterpå. Målet var at notatene skulle være beskrivende og grundige (47). Et kort observasjonsskjema, basert på the Arts Observational Scale (ArtsObs), ble også utviklet for å fange opp beboernes emosjonelle respons på Klokkeklovnens besøk (51). Den første delen av observasjonsskjemaet er tatt direkte fra ArtsObs, og er en humørskala med sju trinn (der 1 er sint og 7 er begeistret). Forfatteren oversatte selv skalaen. Målet med denne er å fange opp om Klovnebesøkene ga beboerne positive emosjonelle reaksjoner og om klovnene forandret beboernes humør i positiv eller negativ retning. ArtsObs legger til rette for at verktøyet skal kunne tilpasses enkelte prosjekt, og forfatteren av denne artikkelen utviklet derfor tre kategorier som skulle fange opp om deltakerne kommuniserte glede og interesse, og om «magiske øyeblikk» oppsto i møtet mellom klovnene og beboerne. For hver kategori ble det utviklet en vurderingsskala i tre trinn i tråd med veiledningen i ArtsObs og teori om positive emosjoner (38, 39).

Alle de ansatte som var til stede under klovnenes besøk, ble spurt om å delta i et kvalitativt intervju. Intervjuet var basert på en delvis strukturert intervjuguide, utviklet av forfatteren, der personalet fikk mulighet til å fortelle om sine synspunkter og perspektiver på Klokkeklovnens arbeid (52). Intervju-

«De fleste beboerne reagerte positivt på klovnenes besøk.»

ene ga forfatteren mulighet til å sammenlikne egne observasjoner med observasjonene til de ansatte som kjenner beboerne godt, og som derfor kunne gi utfyllende informasjon om beboernes reaksjoner både under klovningen og etter at klovnene hadde gått hjem. 19 ansatte ble intervjuet. Av disse ble 15 intervjuer tatt opp på bånd og fire ble skrevet ned for hånd. Intervjuene varte mellom 10 og 45 minutter. Det ble ikke etterspurt noen personalopplysninger, og intervjuene ble transkribert og slettet like etter at intervjuene ble gjennomført.

Gjennomføring

Forfatteren fulgte klovnene på fire sykehjem i Norge,



to i Nord-Norge og to på Østlandet. Disse sykehusene er et representativt utvalg av de sykehjemmene. Klokkeloklovnene besøker gjennom året. Hvert sykehjem ble besøkt to ganger, og feltarbeidet ble gjennomført i tidsrommet 1. november til 8. desember, 2017.

Forfatteren fulgte klovnene tett gjennom deres daglige rutiner på sykehjemmene. Klokkeloklovnene er profesjonelle skuespillere, og på en vanlig dag starter de arbeidet sitt med å møte de ansvarlige på avdelingen der de blir informert om hvordan beboerne har det og om det er noen spesielle hensyn som må tas. Skuespillerne svarer også på spørsmål, og sammen bestemmer de ansatte og skuespillerne hvordan de skal legge opp dagen. Etter møtet kler skuespillerne seg om til klovner og varmer opp. Klovnene har store individuelle forskjeller, og hver klovn har utviklet sin egen klovnekarakter og klovneidentitet med navn som Lille venn, fru Eple, Snuppa og Oscar. Den enkelte skuespiller bruker mye av seg selv i sitt klovnearbeid, men klovnene har også noen felles kjennetegn og en felles filosofi.

Klovnene arbeider bestandig i par, de bruker farge-rike klær i passelig størrelse, ofte inspirert av tidligere tiders mote, og den røde nesen er obligatorisk. De bruker imidlertid minimalt med sminke. Slik ser klovnene som besøker sykehjemmene, mer «normale» ut enn den hvitmalte sirkusklovn med altfor store klær og sko. Når klovnene har varmet opp, går de ut i avdelingene styrt av klovnenes logikk og visdom. Kort oppsummert handler dette om å møte verden med åpenhet, nysgjerrighet og med en erkjennelse om at man ikke vet noen verdens ting (53, 54). Som oftest synger, nynner, plystrer eller spiller klovnen et instrument når de går gjennom gangene. De smiler og hilser på alle de møter og viser interesse for alt de ser. Målet er å møte alle beboerne i løpet av tiden de har på hver avdeling (45-60 min).

Forsker satt sammen med beboerne i fellesarealene når klovnene kom inn. Når klovnene besøkte enkeltrom, ble forsker med klovnene inn, og ofte ble forsker introdusert som en «venn» av klovnene eller en merkelig «professor», alt etter hva som føles riktig for klovnene i øyeblikket. Grad av involvering varierte derfor en del. De ansatte bestemte hvem de ønsket at klovnene skulle besøke på rommene ved å henge opp lapper på dørene. Klovningen er bestandig tilpasset den enkelte, så lengden på besøkene på rommene varierer fra beboer til beboer.

Dagen avsluttes med at klovnene og de ansatte har et kort evalueringsmøte som forsker var med

på, og til slutt ble intervjuene med de ansatte gjennomført.

Analyse av data

I en feltarbeidsstudie foregår dataanalysen fra første stund av forskningsprosessen (47, 48, 49). Etter hver observasjon ble intervjuene transkribert og feltnotatene renskrevet (47). Stikkordsmessige observasjoner ble utdypet og gjenfortalt så beskrivende som mulig mens dette enda var friskt i minne.

Denne studien er basert på tre typer data som alle krever sine analysegrep. Observasjonsskjemaene ble gjennomgått og analysert ved å kartlegge hvordan beboerne reagerte på klovnenes besøk. Humørskalaen ble eksempelvis analysert og plassert i følgende kategorier: 1) beboerens humør er forbedret, 2) beboerens humør er forverret, 3) beboeren viser ingen tydelig forandring i humør, 4) beboeren sover. Hver kategori ble markert med en egen fargekode, og til slutt ble hver kode tallfestet. I denne artikkelen er ikke kategoriene glede, interesse og «magisk øyeblikk» inkludert for nærmere analyse.

Intervjuene ble analysert ved å stille konkrete spørsmål til materialet (55). 1) Hvordan opplever de ansatte at beboerne reagerer på klovnenes besøk? 2) Merker de ansatte forskjell på beboerne før og etter klovnenes besøk? Ut fra disse spørsmålene ble materialet kodet, klassifisert i kategorier og sammenfattet (52).

De kvalitative feltnotatene ble analysert med utgangspunkt i den konstant komparative analysemetoden (48, 49). Analysearbeidet startet med flere grundig gjennomlesninger av feltnotatene for å danne et generelt bilde av datamaterialet som hadde blitt innsamlet, og for å få en dyptgående forståelse av det som skjer når klovnene og beboerne møtes. I en åpen kodingsprosess ble datamaterialet redusert til koder. Kodene ble så sammenliknet for å identifisere likheter og forskjeller, og deretter ble kodene klassifisert i kategorier. Den systematiske sammenlikningen ble gjentatt helt til analysen ble «mettet» (49, 56), og ingen nye kategorier oppsto. Til slutt ble betydningen av kunnskapen som var funnet, sammenfattet for å gi beskrivelser av hvordan Klokkeloklovnene fremmer positive emosjonelle reaksjoner. Analyseprosessen ble ikke utført som en lineær prosess; mange steg frem og tilbake var nødvendig for å systematisere innholdet i datamaterialet (49).

Avslutningsvis i diskusjonen drøftes empirien ved hjelp av teori. Ved å analysere empiri opp mot teori ønsker jeg å få en større forståelse av potensialet som

ligger i Klokkeklovnenes arbeid med å øke beboernes livskvalitet.

Etikk

Etter samtale med regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning Nord-Norge ble det avklart at dette ikke var en studie som skulle meldes til REK. Siden ingen personopplysninger ble etterspurt og all informasjon som ble samlet inn, var anonym, ble det også vurdert at studien ikke trengte godkjenning fra NSD. Alle sykehjemmene som deltok i studien, godkjente prosjektet. Informert samtykke ble innhentet ved at et informasjonsskriv om forskningsprosjektet med detaljerte beskrivelser av mål og gjennomføring ble sendt til alle sykehjemmene som igjen videreførdte denne informasjonen til pårørende. Her var det tydelig beskrevet at deltakelse i studien var frivillig og at de som ville kunne reservere seg fra å delta. Vi fikk ingen reservasjoner. Navnene som blir brukt i studien, er pseudonymer.

Funn

Hvordan reagerer beboerne på Klokkeklovnenes besøk?

Analysen av observasjonsskjemaene viser at de fleste beboerne reagerte positivt på klovnenes besøk. Av de 163 møtene som ble observert, viste 105 beboere en tydelig forbedring i humør. Dette viste de ved å kommunisere interesse, begeistring, latter, takknemlighet og entusiasme. 21 beboere sover, og klovnene får ikke noen merkbar kontakt med dem. 30 beboere er det vanskeligere å lese fordi de ikke kommuniserer tydelig hva de mener, det er derfor vanskelig å si noe om denne gruppen. 6 beboere gir uttrykk for at de ikke liker Klokkeklovnene, og deres humør er tydelig forverret av klovnenes forsøk på å kommunisere med dem. To forlater rommet og fire uttrykker skepsis verbalt: «Hut dere ut»; «Huff og huff»; «Nei»; «Dette er for barn og ikke for voksne folk».

Intervjuene med de ansatte i etterkant av klovnebesøkene bekrefter i stor grad disse observasjonene. Av de 19 ansatte som ble intervjuet, er 17 overbevist om at klovnene gir de fleste beboerne positive og gode opplevelser, og derfor økt livskvalitet. Slik uttrykker en pleier sin overbevisning: «Jeg trenger ingen statistikk for å overbevise meg om at det arbeidet Klokkeklovnene gjør, forbedrer pasientenes livskvalitet. For meg er det nok å se hvor glade og engasjerte de blir når klovnene kommer brasende inn døra».

To ansatte er mer skeptiske til tiltaket. Dette hand-

ler først og fremst om at beboerne på deres avdeling ikke nødvendigvis har en demenssykdom, og at flere av dem har formidlet at de synes at klovnene er barnslige. Majoriteten på 17 har også lagt merke til at det bestandig er noen få på hver avdeling som reagerer negativt på klovnene. Det er imidlertid stor enighet om at Klokkeklovne beriker livene til de aller fleste menneskene som de besøker: «Hvis man skal veie for og imot, så vil fordelene veie så tungt at det fortsatt vil være veldig gunstig å bruke Klokkeklovnene».

På de avdelingene som hadde hatt besøk flere ganger (to sykehjem), mente flere at de kunne observere at gleden satt i beboerne lenge etter at klovnene hadde dratt hjem, selv om de kanskje ikke husket at klovnene hadde vært der. En ansatt sier det sånn: «Når man ser at de åpner seg og har det veldig gøy i øyeblikket, da merker jeg den gode stemningen i lang tid etterpå. Det har jeg gjort flere ganger». Tre av pleierne er opptatt av at Klokkeklovnene gjør beboerne roligere og mindre utagerende fordi de bidrar til å tilfredsstille behov som pleierne selv kanskje ikke klarer å imøtekomme på grunn av rutiner eller nødvendige prioriteringer. Ifølge en pleier blir flere som ellers er urolige og utagerende, «rolige fordi de blir stimulert og fordi de føler at de har fått noe som mangler». Tre av pleierne hadde observert at beboerne ikke snakket om sine plager/smerter etter at klovnene hadde vært på besøk. Fire av dem som ble intervjuet, hadde også

«Klokkeklovnene kan bidra til å fremme positive emosjonelle opplevelser hos beboerne.»

observed at beboerne ble mer sosiale. De hadde lagt merke til at flere av dem som vanligvis foretrakk å sitte på rommene sine, kom ut i fellesarealene, og at andre ble sittende lenge i dagligstua etter at klovnene hadde vært på besøk, noe som ikke var vanlig.

Hvordan fremmer Klokkeklovnene positive emosjonelle opplevelser?

Etter en systematisk analyse av feltnotatene ble det identifisert fire kategorier som på forskjellige måter beskriver hvordan Klokkeklovnene kan bidra til å fremme positive emosjonelle opplevelser hos beboerne. Disse kategoriene er her sammenfattet i en analytisk tekst og blir fremstilt med eksempler fra representative møter mellom Klokkeklovnene og beboerne.



1) Klokkeklovnene tilfører humor, vitalitet, liv og aktivitet til norske sykehjem og bidrar til at menneskene som bor der, får positive stimuli.

Det sitter 14 beboere i stua, de fleste sitter og slumrer i stoler langs veggen og ser rett foran seg uten kontakt med andre. Seks beboerne sitter uengasjert rundt et bord. Beboerne er midt i en quiz og pleieren spør: Hvem var keiser i Romerriket da Jesus ble født? Det er stille rundt bordet. Ingen sier noe på en stund. Så kommer det langsomt fra en kvinne: «Det vet jeg ikke, det er så lenge siden». I det samme kommer Klokkeklovnene inn i stua. Den ene klovn spiller ukulele og de nynner på en munter melodi. Klovnene vekker en umiddelbar respons hos mange beboere. De fleste beboerne viser tydelig interesse,

«Du ser at ansiktsmusklene bare slapper av og pusten kommer.»

kroppsholdningene blir rakere, flere smiler, andre ler høyt og noen gir uttrykk for glede verbalt: «Det er så sjelden at man ser noe sånt, så man blir liksom i så godt humør».

Dette eksemplet viser tydelig hvordan Klokkeklovnene kan bidra til å gi beboerne positive affektive opplevelser som igjen kan forebygge kjedsomhet og apati. Flere beboere uttrykte dette i klartekst: «Det er så sjelden at man ser noe sånt, så man blir liksom i så godt humør»; «Det er artig at det foregår litt»; «Det er godt å kunne le litt også»; «Vi trenger sånt også! Ja visst gjør vi det. Vi sitter jo bare her og gjør ingenting».

2) Klokkeklovnene aktiverer i stor grad beboernes ønske om å delta, leke og uttrykke seg kreativt. Gjennom å møte beboerne der de er, og gjennom et leket samspill der klovnene improviserer rundt beboernes impulser og tar dette som utgangspunkt, skapes ofte en felles erfaringsverden:

Nils setter i et gapskratt når han ser klovnene og sier: «Har du sett noe så galt! Å du store min hvor vakker du er. Mitt hjerte banker for deg». Klovn tar denne impulsen og starter å lage en rytmisk improvisasjon der hun former begge hendene til et hjerte som banker. «Og mitt hjerte banker for deg». Dunk, dunk. Dunk, dunk. Dunk, dunk. Dette utvikler seg til en tangovals. Flere av beboerne kommer opp på gulvet og danser sammen med klovnene. Dansen er overdreven og preget av stor lekenhet, og det er tydelig at beboerne aper etter klovnene samtidig som klovnene tar impulser fra beboerne i sin videre improvisasjon. Slik skapes en felles erfaring

av kreativitet og lek. Beboerne gir inntrykk av at de har det kjempegøy.

Det er flere eksempler på at Klokkeklovnene i samspill med beboerne skaper «feststemning» og godt humør på stua. Klokkeklovnene klarer også å fremme deltakelse, lekenhet, og kreativitet hos mennesker det ellers kan være vanskelig å nå inn til. Historien om Marie er et godt eksempel på dette. Hun kan ikke kommunisere verbalt og viser ikke lenger interesse for aktiviteter som før var viktige for henne, men Klokkeklovnene klarer å aktivere hennes lekelyst og kreativitet hver gang de er på besøk:

Marie står med ryggen mot inngangsdøra. Det er tydelig at hun ikke har det bra. Kroppsholdningen er lut og hodet er fremoverbøyd. Hun sukker dypt, HUFF. Flere av de andre i stua ser at klovnene kommer, og hilser dem velkommen med glede og latter. «Nei, se hvem som kommer her!» Marie snur seg og det er som om hele mennesket forandrer seg. I det hun ser klovnene, forandrer ansiktet seg fra å være lukket og innesluttet til å bli åpent og utadvendt. Hun lyser opp. Humrer og ler. Det er tydelig at hun kjenner igjen klovnene og at det er et lykkelig gjensyn. Hun går mot den ene klovn og gir henne en stor klem. Marie plasserer seg sammen med klovnene. Klovnene synger en sang og Marie lager en mimeforestilling der hun spiller på hele følelsesregistret fra den dypeste sorg til den letteste glede. Marie uttrykker en grunnstemning av glede når klovnene går.

Det er mange eksempler på hvordan Klokkeklovnene klarer å støtte og få frem lekenheten og kreativiteten til menneskene som ikke har språk, og som det er vanskelig å komme i kontakt med. Flere ansatte er imponert over det klovnene får til: «Marie står der og har det ikke helt greit, og så snur hun seg rundt og så ser hun dere og så poff, så er det akkurat som å slå på lyspæra. Superbra! Du ser at ansiktsmusklene bare slapper av og pusten kommer. Og hun hadde det SÅ bra i den stunden, og det var bare vidunderlig å se på».

3) Klokkeklovnene kan bidra til å fremme beboerne positive opplevelser ved å kultivere iboende ressurser, ved å spørre dem om råd, og ved å gi dem mulighet til å oppleve mestring.

Anne som tidligere har vært passiv og innadvendt henvender seg til klovn med myndig stemme: «Du burde ta av deg lua når du er inne». Klovn spiller med. Han neier og unnskylder sin dårlige oppførsel. Dette trigger et minne, og Anne begynner å synte: «Nei, nei gutt, dette må bli slutt! Ikke storme inn i stua før du har fått av deg lua! Glemte du det rent? Det var ikke pent.» Anne virker veldig fornøyd med å ha ippettsatt klovn. Det utløser

dialog i gruppa. Det er mye latter rundt bordet. Den ene klovnen danser litt «ballett» rundt beboerne. Flere beboere engasjerer seg i dansen sammen med klovnen. Beveger seg frem og tilbake. Det trigger et annet minne: Kjell starter å synge: «Nei se der danser bestefar». Klovnen synger feil med vilje, noe som gjør at Kjell kan korrigere ham. Han er tydelig stolt og får ros både av klovnene og andre i gruppa. Beboerne rundt boret blir sittende og snakke etter at klovnene har gått. En kvinne som har sittet for seg selv ved vinduet melder seg på. De snakker litt om hvor morsomt det har vært med besøk. Klovnene etterlater seg en god stemning i stua.

Som dette eksemplet viser, snur Klokkeklovnen om på statushierarkiet som vanligvis eksisterer på sykehjem, der de ansatte har høy status og beboerne lav. I møtene mellom klovn og beboer er det bestandig omvendt, og klovnene går aktivt inn for å gi beboerne høy status, mens de selv er rådville og avhengige av beboernes hjelp for å klare seg. På denne måten får beboerne mulighet til å vise hva de kan og til å være til nytte for andre.

4) Klokkeklovnene klarer ofte å gi mennesker som i utgangspunktet ikke har det så godt, positive emosjoner ved å møte den enkelte der han eller hun er, og ved å akseptere den sinnsstemningen som beboeren har i øyeblikket. Klovnene deltar også ofte i beboernes «fiktive» univers, uten å kreve at beboeren skal vende tilbake til «virkeligheten»:

Eva sitter med en dukke på armen når klovnene kommer inn på rommet hennes. De smiler og hilser, men får ikke noen umiddelbar kontakt. Det er klart at Eva er et helt annet sted. Hun virker litt urolig. Hun snakker om at hun skal bli hentet snart, at det kommer en bil for å hente henne og at hun skal hjem. Den ene klovnen nikker bekreftende. Klovnene ser på hverandre og deretter på Eva med stor åpenhet og stor mildhet. De trekker pusten dypt, og på utpust sier de bare Ja-aa. Den ene klovnen konsentrerer seg så fullt om Eva. Han ser på henne med kjærlighet i blikket. «Du er fin», sier han etter en stund. «Du er en stjerne!» Ansiktet til Eva lyser opp i et stort smil. «Skal vi synge en sang?», spør en av klovnene. Eva nikker. Klovnene synger Edelweiss. Eva legger hodet på skakke og nynner til sangen. Hun viser med hele seg at hun nyter øyeblikket. Eva signaliserer at hun vil ha en jakke som ligger på bordet. Klovnen henter jakka og brer den over dukka. Eva uttrykker sin taknemlighet: «Nei og nei. Dette er som jul og påske til sammen. Jeg håper virkelig at dere kommer hit på besøk til meg snart igjen».

Dette eksemplet viser hvordan Klokkeklovnene er fullstendig innstilt på den andre og hvordan de

møter beboerne med åpenhet, empati, kjærlighet og respekt. Akkurat som beboerne med demens, lever Klokkeklovnene i øyeblikket uten tanke på fortid eller fremtid. De er derfor mest opptatt av å dele positive følelser med andre i øyeblikket. Flere av pleierne sier at klovnene har utviklet en helt unik kommunikativ kompetanse som gjør at de har evnen til å forstå både språklige og kroppslige signaler fra personer med demens. Ifølge en pleier har klovnene en unik evne til «Å tune inn, og å innstille seg på den andre». En annen sier: «De er veldig innstilt på å være i dialog, og de innstiller seg på de andres reaksjoner».

Diskusjon

De observasjonene som er gjort i denne studien, viser at Klokkeklovnene har en rekke forskjellige tilnærminger og strategier for å etablere kontakt og for å fremme interesse og glede.

Når målet er å fremme positive emosjoner, har klovnen noen helt klare fordeler. I den konteksten som har blitt undersøkt her, klarte klovnene ofte å stimulere beboernes humoristiske evner umiddelbart, bare ved å være til stede med sine fargerike klær og røde neser. Laurel Butler har hevdet at klovnenesen har en «reflektorisk» funksjon fordi den gir mennesker som møter den, en tillatelse til å oppføre seg på en måte som bryter konvensjonelle koder og som oppmuntrer til lek (54, s. 68). I lys av teori om de handlingstendensene positive emosjoner utløser, er det også mulig å forstå denne refleksjonen som en trang til å skape, utforske og å erfare nye ting sammen med dem som har stimulert denne interessen (38). Uansett forklaring: det er tydelig at Klokkeklovene i stor grad klarer å aktivere beboernes ønske om å delta, uttrykke humor, leke, utfolde seg og være kreative. Den aktive, lekne sykehjemsbeboer står i skarp kontrast til fortellinger om beboere som sitter apatisk og stirrer i vegg. Hvordan skal vi forstå potensialet som ligger i Klokkeklovnens arbeid?

I både internasjonal og norsk fag- og forskningslitteratur har det vært mye fokus på at aktivitet og deltakelse blant beboerne er viktig fordi det fremmer ressurser og forebygger ensomhet, og fordi hjernen trenger meningsfull stimuli hele livet (2, 42, 57-59). Det har også vært mye fokus på viktigheten av humor, og flere har vist at mennesker som bor på pleiehjem, bruker humor som en mestringsstrategi (6, 60, 61). Internasjonal forskning har også fokusert på at mennesker med demenssykdom setter pris på og kan uttrykke seg selv gjennom humor (25, 61).





Intervensjoner som har brukt humor-terapi på sykehjem, har vist økt positiv atferd og mindre negativ atferd; minsket selvrapportert angst og depresjon; økt positive emosjoner; økt livskvalitet; minsket rapportert smerte og følt ensomhet, og økt rapportert glede og livstilfredshet (16, 62). En australsk randomisert kontrollert studie har vist at beboerne som fikk tilbud om klovning og humorterapi, fikk redusert sine atferdsproblemer målt med Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) i forhold til kontrollgruppen (25). Å få tilbud om klovner, humor og humorterapi kan derfor bidra til å gi beboerne på norske sykehjem bedre hverdager.

Som mange forskere har påpekt (12,13, 24), er klovnene imidlertid mye mer enn en leverandør av humor. Hvis beboeren er trist og lei seg, respekterer klovnen dette ved å vise empati. Samtidig prøver klovnen gjennom sin positive tilstedeværelse, fantasi og forestillingsevne å løfte beboerens sinnsstemning til et lysere og lettere leie. Som vi har sett i denne studien, er den personsentrerte tilnærmingen et premiss for at klovnene skal klare å fremme glede for så mange. En nøkkelmekanisme i den sammenheng er at de forsøker å møte den enkelte beboer der han eller hun er i øyeblikket. De kommer ikke til beboerne med et fast opplegg eller en gitt agenda som skal gjennomføres i et bestemt tidsrom. De er allerede i utgangspunktet åpne for å respektere beboernes ønsker og grenser, uansett hvor det fører hen. En slik åpenhet og fleksibilitet setter store krav til klovners evne til å leke og improvisere, men når Klokkeklovnene lykkes i å nå inn til beboerne, kan dette ha stor innvirkning på beboernes psykiske velvære.

Med sin improviserte tilnærming introduserer klovnene lek og lekenhet til norske sykehjem. Tanken om at mennesker med demens skal leke, er fortsatt fremmed, men forskning har vist at leken kan ha en veldig viktig funksjon også for voksne og eldre mennesker i siste fase av livet (33, 63, 64). Dette handler først og fremst om at lek er en grunnleggende kilde til opplevelse av velvære fordi det fremmer engasjement, tilstedeværelse og glede. Leken kan også bidra til at vi frir oss fra trangen til å evaluere oss selv og andre. For mennesker med demens kan leken ha betydning fordi den bidrar til skape et frirom fra fokuset på kognitiv funksjon og vurdering. Mange mennesker med demens kan føle at fokuset på «fakta» eller hukommelse kan skape negativt stress (65). Ved sin lekne tilnærming og sin uforbeholdne aksept av beboernes fiktive univers får beboerne en positiv bekreftelse på

seg selv og på at de er gode nok som de er, uten krav om at de skal huske eller prestere noe.

For mennesker med demens handler også leken om å finne kreative og alternative måter å kommunisere på når man har mistet evnen til å kommunisere verbalt. Når mennesker går mer og mer inn i seg selv og det blir vanskeligere og vanskeligere å nå inn til dem, er det mulig at en leken tilnærming kan skape kontakt og mulighet for kommunikasjon. I boka *Wellbeing in Dementia*, argumenter Perrin, May og Anderson for at det ofte kreves en «leken praktiker» for å engasjere mennesker med en demenssykdom (66). De forklarer dette med at en omsorgsperson som er leken, «intuitivt inntar en holdning av åpenhet, uforbeholden aksept, og mottakelighet uansett hva personen med en demenssykdom ønsker å ta med seg inn i møtet» (66 s. 83, min oversettelse).

Klokkeklovnene er spesialutdannet til å fange opp små tegn og til å bruke disse som utgangspunkt for å skape en felles improvisasjon. En av styrkene til Klokkeklovnene er at de har mange kunstneriske virkemidler å spille på, og at de bruker både ord, sang, musikk, rytme, dans og magi til å skape en felles kommunikasjon. Det er ofte veldig krevende å nå inn til mennesker med langtkommen demens, og klovnene klarer ikke bestandig å oppnå kontakt, men gjennom en leken og utprøvende tilnærming når klovnene inn til mange. Når det oppstår kontakt, og beboerne får mulighet til å uttrykke seg gjennom kroppsspråk, mimikk, lyder, dans, rytme, musikk og ord, bidrar klovnene til at beboerne får tilfredsstilt det grunnleggende menneskelige behovet for meningsfull sosial kontakt. Gjennom improvisasjon og lek legger Klokkeklovnene også til rette for at beboerne på norske sykehjem skal få uttrykke seg kreativt. Dette er et viktig poeng i lys av medborgerperspektivet der et sentralt prinsipp er å legge til rette for at mennesker med demens skal få gode muligheter til å realisere seg selv (67).

Metodekritikk

Deltakende observasjon er en datainnsamlingsmetode som gir unike muligheter for å studere og forstå hvordan møtene mellom Klokkeklovnene og beboerne på norske sykehjem foregår i praksis. Observasjon kan også hjelpe oss til å forstå sårbare eldre som kanskje har vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt (24). Metoden slik den ble gjennomført her, har imidlertid flere utfordringer og svakheter. En mulig svakhet er at ArtsObs ikke er validert for bruk i Norge. Det var også utfordringer knyttet til selve observasjons-



praksisen, og selv om observasjonsskjemaet ble fylt ut så omhyggelig som mulig med tanke på å kartlegge beboernes respons, var det ikke bestandig så lett å lese reaksjonene til beboerne. Til tider var det også mye som skjedde på en gang, og muligheten for at noe ble oversett eller mistolket er til stede. Vi må derfor være åpne for at noen beboere opplevde klovnenes besøk på en noe annen måte enn det som ble observert og registrert. Videodokumentasjon som metode og intervju med beboerne kunne ha bidratt til å løse disse utfordringene (6, 24, 49).

I all forskning er det viktig å reflektere over sin egen rolle som forsker (49, 68). Forfatteren av artikkelen er teaterviter og har forsket på anvendelsen av teateraktivitet i forskjellige helserelevante kontekster (69-71). Forsker har lang erfaring fra å undervise i miljøterapi for demensomsorgen på høyskolenivå, men har aldri jobbet med mennesker som selv har en demenssykdom. Forskeren hadde heller ingen tilknytning til sykehjemmene, de ansatte eller klovnene fra før. Manglende klinisk erfaring kan forårsake feiltolkning. Samtidig kan distanse til feltet som studeres, være en styrke fordi det innebærer at man ser på fenomenet uten å ta forhold som gitt (47,68).

Studien er utført av en forsker, noe som gjør observasjonene og analysene av feltnotatene sårbare. Mange forskere som har spesialisert seg på kvalitative metoder, mener at det er store fordeler ved å være flere som er involvert i alle leddene av et forskningsprosjekt, og at dette øker validiteten til forskningen (49, 72, 73). For å styrke validiteten har forfatteren forsøkt å etterstrebe kriteriet om gjennomsiktighet i alle ledd. Når kontekst, problemstilling og metode er tydeliggjort, har leseren selv mulighet til å vurdere gyldigheten (52). Gyldighet ble også sikret gjennom metodetriangulering og informantvalidering (74, 75). Observasjonene ble diskutert i kvalitative intervjuer med de ansatte på sykehjemmene, og tre klovnene og to ansatte har lest og vurdert forskerens fortolkninger. Kontinuerlig refleksivitet og kritisk innstilling til egne funn gjennom forsøk på å falsifisere disse har også bidratt til å sikre gyldigheten, men funnene kan allikevel være farget av forskerens forforståelse og forskningsinteresser (73). Forsker observerte sju ulike klovner på fire veldig forskjellige sykehjem, og i alle disse kontekstene var funnene de samme, noe som styrker studien med hensyn til overføringsverdi og representativitet.

Konklusjon

Denne studien gir ikke grunnlag for absolutte konklusjoner, men i lys av Siri Ness' definisjon, der livskvalitet

handler om nærvær av positive emosjoner, om «å ha en grunnstemning av glede», og om å være «glade, engasjerte, snarere enn engstelige og nedstemte» (29), er det mye som tyder på at Klokkelokvnene har et unikt potensial i arbeidet med å øke livskvaliteten til mennesker som lever på norske sykehjem.

For det første bidrar Klokkelokvnene til å gi beboerne på sykehjem aktivitet og positive stimuli, noe som er viktig fordi alle trenger vedvarende tilførsel av meningsfulle stimuli hele livet. Dette er spesielt viktig i lys av forskning som viser at mennesker med demens har mangelfull livskvalitet fordi de kjeder seg, og fordi de føler seg ensomme og understimulerte (2-6).

For det andre bidrar Klokkelokvnene til at mennesker

«I møte med Klokkelokvnene viser beboerne tydelige ønsker om å delta.»

som bor på sykehjem, får tilgang til humor og glede, noe som ikke er en selvfølge. For mennesker som bor på norske sykehjem, er glede i seg selv et gode, en lykkehund, og i tillegg har en slik lykkehund ofte ringvirkninger. Positive emosjoner kan eksempelvis bidra til å deaktivere negative emosjoner. Dette blir veldig tydelig uttrykt i historiene om Marie og Eva som begge går fra å være engstelige og nedstemte til å bli glade og engasjerte som et direkte resultat av klovnenes besøk.

For det tredje bidrar Klokkelokvne til å utvide beboernes tanke-handlingstendens. I møte med Klokkelokvnene viser beboerne tydelige ønsker om å delta, kommunisere og leke. Dette er ønsker som er aktivert av positive emosjoner som glede og interesse, noe som gir gode indikasjoner på at beboerne har det godt i øyeblikket. Mye tyder også på at en utvidelse av tanke-handlingstendensen har mer langsiktig effekt også fordi det bygger og synliggjør beboernes ressurser.

For det fjerde klarer Klokkelokvnene å nå inn til og oppnå positiv kommunikasjon med mennesker det ikke er så lett å få kontakt med. Slik bidrar klovnene til at menneskene som lever med en demenssykdom får ivaretatt sine grunnleggende menneskelige behov.

Klokkelokvnene har altså noen arbeidsmåter som er godt egnet til å fremme positive emosjoner og dermed psykisk velvære. Klokkelokvnene har også noen grunnleggende holdninger som gjør at de klarer å oppnå positiv kontakt med beboerne. Dette handler i stor





grad om respekt; – respekt for verdigheten også til sterkt reduserte mennesker, til dels uten språk, og det handler om respekt for at selv de minste, også ordløse, tegn på kommunikasjon, er dramatisk viktige signaler fra mennesker som har mistet sine tidligere evner til kommunikasjon. Ved å plukke opp slike små tegn, og ved å bruke utradisjonelle metoder for å nå inn til beboerne, som blikk, musikk, improvisasjon, og sansestimuli, viser Klokkeklovnene at meningsfylt og gledesfylt kommunikasjon er mulig også for mennesker med langt fremskreden demens. Når klovnene lykkes med å nå inn til beboerne, noe som bestandig er målet, men som ikke alltid skjer, bidrar klovnene til at beboerne får tilfredsstilt det grunnleggende menneskelige behovet for sosial kontakt. Det er derfor ingen grunn til å være bekymret for at klovner i eldreomsorgen skal infantiliserer beboerne og behandle dem som barn. Tvert imot viser observasjonene at klovnene gjennom sin virksomhet i stor grad bekrefter den enkelte beboers identitet, styrker deres selvfølelse og formidler glede og godt humør til dem som bor på norske alders- og sykehjem.

Den undersøkelsen som her er lagt frem, viser at Klokkeklovnene representerer en lovende intervensjon som kan bidra vesentlig til at mange mennesker på sykehjem får kvalitativt bedre og mer meningsfylte hverdager. Vi trenger imidlertid mer forskning for å fullt ut kunne belyse mulige sammenhenger mellom positive emosjonelle opplevelser og livskvalitet for mennesker som lever med demens (33, 35). Vi trenger også mer forskning for å utforske om Klokkeklovnene kan forbedre beboernes livskvalitet over tid, og om de kan redusere atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (23, 25). ■

Referanser

- Mjørud M, Engedal K, Røsvik J, Kirkevold M. Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*. 2017 januar;1–9. DOI: 10.1186/s12913-017-2053-2.
- Foss B, Wahl A.K. Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*. 2002. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0050>
- Haugan G, Drageseth J, Rinnan E, André B. Livsglede og self-transcendence – to sider av same sak? *Geriatrisk Sykepleie*. 2017. 3:14–21. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017_3.pdf (Nedlastet 03.09.18).
- Kjøst BØ, Høvig AK. An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016 juni;30(2):330–339.
- Mjørud M. Quality of life in nursing-home patients with dementia. Universitetet i Oslo. 2016.
- Wogn-Henriksen K. Forskningsintervjuet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2013;50(1): 67–69.
- Wogn-Henriksen K. Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk! Miljøbehandling i demensomsorgen. I: Krüger RME, red. *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2007. s.18–35.
- Øberg AD, Rolfer B, Lagercrantz H. Demens – muligheter till livskvalitet. Stockholm: Nordens Välfärdscenter; 2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «Den gode dagen». Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/> (Nedlastet 03.09.18).
- Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbe72c19a04af88fa78ff02a203da/demensplan_2020.pdf (Nedlastet 03.09.18).
- Dionigi A, Canestrari C. Clowning in Health Care Settings: The Point of View of Adults. *Europe's Journal of Psychology*. 2016;12(3):473–488.
- Hendriks R. Tackling Indifference – Clowning, Dementia, and the Articulation of a Sensitive Body. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. 2012;31(6):459–476.
- Hendriks R. Clown's view as respicio: looking respectfully to and after people with dementia. *Medical Health Care and Philosophy*. 2017;20:207–217.
- Warren B. Healing laughter: The role and benefits of clown-doctors working in hospitals and healthcare. I: Warren B, red. *Using the creative arts in therapy and healthcare*. London: Routledge; 2008. s. 213–228.
- Killick J. Funny and sad and friendly: A drama project in Scotland. *Journal of Dementia Care*. 2003;11(1): 24–26.
- Warren B, Spitzer P. Laughing to longevity – the work of elder clowns. *The Lancet*. 2011;378(9791):562–563.
- Warren B, Spitzer P. Smiles are everywhere: Integrating clown-play into healthcare practice. London: Routledge; 2013.
- Spitzer P. The Laughter Boss. I: Lee H, Adams T, red. *Creative Approaches in Dementia Care*. New York/Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2011. s. 32–53.
- Balfour M, Dunn J, Moyle W, Cooke M, Compicite, Le Jeu and the Clown: Playful Engagement and Dementia. I: McCormick S, red. *Creative Ageing*. London: Bloomsbury; 2017. s.105–124.
- Rämgård M, Carlson E, Mangrio E. Strategies for diversity: medical clowns in dementia care – an ethnographic study. *BMC Geriatrics* 16:1–9. 2016. DOI: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0325-z>
- Raviv A. Humor in the "Twilight Zone": My work as a Medical Clown with Patients with Dementia. *Journal of Holistic Nursing*. 2014;32(3): 226–231.
- Hearts & Minds. The Elderflowers programme: Watch the Elderflowers. 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.heartsandminds.org.uk/the-elderflowers-brighten-up/> (Nedlastet 03.09.18).
- Kontos P, Miller KL, Colobong R, Palma Lazqare LI, Binns M, et al. Elder-clowning in long term dementia care: Results of a pilot study. *Journal of American Geriatric Society*. 2016;64 (2):347-353.
- Kontos P, Miller KL, Mitchell GJ, Stirling-Twist J. Presence redefined: The reciprocal nature of engagement between elder-clowns and persons with dementia. *Dementia*. 2017;16(1): 46–66.
- Low L-F, Brodaty H, Goodenough B, Spitzer P, Bell, J-P et al. The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open*. 2013;3: 1–8. Tilgjengelig fra: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/1/e002072.full.pdf> (Nedlastet 03.09.18).
- Symons D. A study of elder clown programs in Scotland, the Netherlands, USA and Canada. 2012. Tilgjengelig fra: http://www.churchilltrust.com.au/media/fellows/2012_Symons_David.pdf (Nedlastet 03.09.18).
- Thompson K. Therapeutic Clowning with People with dementia. *Hospital Clown Newsletter*. 1998. 3.2.
- Klokkeklovnene. Årsrapport for Klokkeklovnene 2017: Klovner mot demens. Personlig korrespondanse. 2017.

29. Ness S. Livskvalitet som psykisk velvære. Tidsskrift for Norsk Lægeforening. 2001;16:1940–4.
30. Nygaard HA. Et godt liv i sykehjem for gamle med demens – er det mulig? I: Krüger RME, red. Evige Utfordringer: Helsetjenester og omsorg for eldre. Tønsberg: Forlaget Eldre og helse; 2006. s. 77–90.
31. Selbæk G. Vet vi hvordan de har det? Måling av livskvalitet hos personer med demens. I: Krüger RME, red. Evige Utfordringer: Helsetjenester og omsorg for eldre. Tønsberg: Forlaget Eldre og helse; 2006. s. 63–76.
32. Engedal K, Haugan PK, Brækhus A. Demens – fakta og utfordringer, en lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2009.
33. Killick J. Creativity and Dementia. I: Clarke C, Wolverson E, red. Positive psychology approaches to dementia. London og Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2016. s. 175–195.
34. Rokstad MAM. Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2005.
35. Clark C, Wolverson E, Moniz-Cook E. A positive psychology approach to dementia. I: Clarke C, Wolverson E, red. Positive psychology approaches to dementia. London og Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2016. s. 41–66.
36. Kitwood T, Bredin K. Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. Bradford, England: Ageing and Society. 1992;12(3): 269–287.
37. Baldwin C, Capstick A. Tom Kitwood on Dementia: A Reader and Critical Commentary. Milton Keynes, United Kingdom: Open University Press; 2007.
38. Fredrickson B, Barbara L. Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Wellbeing. Prevention and Treatment, Vol 3(1). APA PsycNET. 2000 mars. Tilgjengelig fra: <http://psycnet.apa.org/buy/2000-03082-001> (Lastet ned 03.09.18).
39. Fredrickson B. Unpacking positive emotions: Investigating the seeds of human flourishing. The Journal of Positive Psychology. 2006;1: 57–59.
40. Hagen AHV. Hva er følelser? Norsk psykologforening. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforening.no/publikum/finn-en-psykolog/hva-er-foelelser> (Lastet ned 03.09.18).
41. Stiegler JR. Emosjonsfokuset terapi. Å forstå og forandre følelser. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015.
42. Myskja A. Den siste sang: Sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke; 2006.
43. Stirling E. Ageing, Health and Positive Psychology. I: Clarke C, Wolverson E, red. Positive Psychology Approaches to Dementia. London og Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2016. s. 16–40.
44. Clarke C, Wolverson E. Positive psychology approaches to dementia. London og Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2016.
45. de Medeiros K, Basting A. "Shall I Compare Thee to a Dose of Donepezil?": Cultural Arts Interventions in Dementia Care Research. The Gerontologist. 2013;54(3):344–353.
46. Tugade MM, Shiota MN, Kirby LD. Handbook of Positive Emotions. New York: The Guilford Press; 2014.
47. Fangen K. Deltakende observasjon. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
48. Hammerstey M, Atkinson P. Feltmedodikk. Grunlaget for feltarbeid og feltforskning. Oversatt av Tone M. Anderssen & Ane Sjøbu. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
49. Postholm MB. Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kassustudier. Oslo: Universitetsforlag; 2010.
50. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
51. Fancourt D, Poon M. Validation of the Arts Observational Scale (ArtsObs) for the evaluation of performing arts activities in health care settings. Arts & Health; 2016;8(2):140–153.
52. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
53. Van Troostwijk TD. The hospital clown: A cross boundary character. I: Warren B, red. Suffering the slings and arrows of outrageous fortune: International perspectives on stress, laughter and depression. Amsterdam: Rodopi; 2006. s. 137–148.
54. Butler L. "Everything seemed new": Clown as embodied critical pedagogy. Theatre Topics; 2012;22(1):63-72.
55. Silverman D. Doing Qualitative Research. London og Thousand Oaks: Sage publications; 2000.
56. Hjerm M, Lindgren S. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig analyse. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
57. Harmer BJ, Orell M. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. Aging & Mental Health; 2008;12(5): 548–558.
58. Haugland BØ. Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. Sykepleien Forskning; 2012;7(1): 42–49.
59. Morley JE, Philot CD, Gill D, Berg-Weger M. Meaningful activities in the nursing home. St. Luis: JAMDA; 2014;15,2, 79–81.
60. Clarke C, Irwin H. Humour and dementia. I: Clarke C, Wolverson E, red. Positive psychology approaches to dementia. London og Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2016. s. 110–132.
61. Stevens J. Stand up for dementia: Performance, improvisation and stand-up comedy as therapy for people with dementia; a qualitative study. Dementia; 2011;11(1): 61–73.
62. Takeda M, Hashimoto R, Kudo T, Okochi M, Tagami S et al. Laughter and humor as complementary and alternative medicines for dementia patients. BMC Complementary & Alternative Medicine; 2010;10(28):1–7. Tilgjengelig fra: <https://bmccomplementaltermmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6882-10-28> (Nedlastet 03.09.18).
63. Killick J, Allan K. Playfulness and dementia: A practice guide. London: Jessica Kingsley Publishers; 2012.
64. Steinkopf H. Lek er veien til endring: forskningens blikk på leken. 2015. Tilgjengelig fra <http://traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/Lekerveientlending2.pdf> (Nedlastet 03.09.18).
65. Basting AD. Forget Memory. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.
66. Perrin T, May H, Anderson E. Wellbeing in Dementia: An occupational approach for therapists and carers. Andre utgave. Edinburgh: Elsevier; 2008.
67. Sørly R. Brukermedvirkning i demensomsorgen – En oppsummering av kunnskap. Tromsø: Senter for omsorgsforskning, UIT; 2017. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2453660> (Nedlastet 03.09.18).
68. Simonsen B. Er det ikke egentlig det du mener? Farer som truer den etnografiske forskeren. Johnsen HCG, Halvorsen A, Repstad P, red. Å forske bland sine egne. Universitet og region – nærhet og uavhengighet. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2009. s. 208–213.
69. Torrisen W, Stickley T. Participatory theatre and mental health recovery: A narrative inquiry. Perspectives in public health. 2018;138(1): 47–54
70. Torrisen W, Stålem ES, Krogseth C, Olsen T, Scheele H, Den Blå Timen: act2 Forumteater, demokrati og helse. I: Heggstad KH, Rassmussen B, Gjørner RG, red. Drama og Teater: Marginalitet, etnisitet og helse. Bergen: Fagbokforlaget; 2017. s. 183–198.
71. Torrisen W. "Better than medicine": Theatre and health in the contemporary Norwegian Context. Journal of Applied Arts and Health. 2015;6,2, 149–170.
72. Furesund AS, Lykkeslet E, Skrondal T, Wogn-Henriksen K. Lærerikt og spennende å forske sammen: Utfordringer i et forskende fellesskap. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2006;4 (2), s. 3–13.
73. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
74. Denzin NK, Lincoln YS, red. The Sage Handbook of Qualitative Research. London og Thousands Oaks: Sage; 2005.
75. Roberts P, Priest H. Reliability and validity in research. Nursing Standard. 2006;20 (44): s. 41–5.



Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase

Denne studien har sett på hvilke utfordringer sykepleieren står overfor mot avslutningen av pasientens liv i sykehjem og hvilke muligheter og begrensninger deres arbeidshverdag gir i møte med denne pasientgruppen.

Introduksjon

Av den norske befolkningen over 80 år bodde omlag 15 prosent i sykehjem i 2016, og av alle dødsfall dette året skjedde 50 prosent på sykehjem og 30 prosent på sykehus (1). Sammenliknet med andre europeiske land har Norge en svært høy andel dødsfall på sykehjem (2). Helsepersonell på norske sykehjem står derfor overfor store utfordringer når det gjelder ivaretagelse av døende pasienter. Disse pasientene trenger ro og kjente omgivelser.

Etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft, har avklaring om behandlingsnivå og -intensitet for pasienter som nærmer seg livets slutt, blitt enda viktigere. Reformen legger opp til at døende pasienter i størst mulig grad skal ivaretas i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (3).

Tiltaksplaner

Det er utviklet ulike tiltaksplaner som hjelpemidler i omsorgen. Liverpool Care Pathway (LCP) er en internasjonalt anerkjent tiltaksplan som ble utviklet i England på 1990-tallet for å bedre omsorgen ved livets slutt i sykehjem. Tanken var å overføre den helhetlige omsorgen som den døende og familien ble møtt med på en lindrende enhet eller på hospice, til andre deler av helsetjenesten.

LCP ble tatt i bruk i Norge fra 2007, men ble i mai 2015 erstattet av en ny, videreutviklet norsk versjon; «Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase» (4). I mai 2018 er «Livets siste dager» tatt i bruk ved 358 norske sykehjem (4).

«Forberedende samtaler» eller «advance care plan-

ning» (ACP) brukes ved mange norske sykehjem (5) for å avklare pasientens holdning til spørsmål i livets slutfase. Man ønsker å føre pasient, pårørende og personale sammen for å få en felles forståelse av muligheter, mål og verdier og ut fra dette lage en plan for livets slutfase (5). Slike samtaler kan være avgjørende som beslutningsgrunnlag for tiltak i preterminal og terminal fase og kan for eksempel bidra til å hindre unødvendige sykehusinnleggelse (6).

Den preterminale fasen strekker seg over de to–tre siste ukene av pasientens liv og preges blant annet av at pasienten blir svakere, har mindre tørstefølelse og appetitt og trenger mer søvn (7). Kunnskapscenteret foreslår at slike samtaler innføres ved alle helseinstitusjoner. Forhåndsdirrektiv om å avstå fra visse medisinske intervensjoner i gitte situasjoner kan være en del av en slik plan (8, 1).

Pasient og pårørendes rett

Pasienters rett til medbestemmelse har fått økt fokus internasjonalt og nasjonalt, både i forskning og lovverk. I Norge fastslår Lov om pasient- og brukerrettigheter (9) pasientens rett til informasjon om sin helsetilstand og medvirkning i beslutning om videre behandling. Dersom pasienten ikke er i stand til det, skal pårørende bli inkludert i beslutningsprosessen, slik at de kan gi informasjon om hva pasienten selv ville ha valgt (9).

Flere studier har fokusert på pasientens og pårørendes rett til medbestemmelse. En studie fant at pårørende i liten utstrekning inkluderes i beslutninger vedrørende behandling på norske sykehjem (10), mens en annen studie, der ni norske sykehjem var inkludert,

FAKTA

Av Marit Irene Tuen Hansen, Høgskolelektor, VID vitenskapelig høgskole

Artikkelen er fagfellevurdert

**TID OG PENGER:**

Ideelt sett vil sykepleiere prioritere, og bruke mer tid på, døende pasienter, men det er ikke alltid mulig. Dette reflekteres også i funnene fra denne studien. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Sammendrag

Av alle dødsfall i Norge i 2016 skjedde 50 prosent på sykehjem og 30 prosent på sykehus. Ofte er det ikke tatt en samtale om pasientens ønsker for behandling og pleie i livets siste fase, noe som kan føre til dårlig beslutningsgrunnlag og unødvendige sykehusinnleggelse.

Studiens hensikt var å få en bedre forståelse av sykepleiernes erfaringer med den siste fasen i pasientens liv på sykehjem. På sikt vil dette kunne øke kunnskapsgrunnlaget om de utfordringer sykepleiere står overfor i møte med døende pasienter og deres pårørende.

Det ble foretatt seks semistrukturerte intervjuer med sykepleiere på sykehjem i en bykommune i Norge. Tre sykehjem av ulik størrelse ble inkludert. Både erfarne (det vil si de med mer enn ti års arbeidserfaring) og nyutdannede sykepleiere (de med mindre enn to års arbeidserfaring) ble intervjuet.

Hovedfunnet var at sykepleierne ga uttrykk for å ha et svært sammensatt ansvarsområde og et stort faglig ansvar mot slutten av pasientens liv.

Det kom frem et ønske om at en forberedende samtale mellom pasient, pårørende, sykepleier og lege om pasientens ønsker for livets siste fase innføres som en fast ordning. Studien synliggjør behovet for mer fagpersonell i sykehjem.

Nøkkelord: sykepleiere, terminal fase, faglig ansvar, kvalitativ studie, etikk.

Summary

Of all deaths in Norway in 2016, 50 percent took place in nursing homes, and 30 percent in hospitals. Patients are often not asked about their wishes for end-of-life care, resulting in poor decision-making and often unnecessary hospitalizations.

The aim of this study was to improve the understanding of the challenges met by nurses in nursing home patients' last days of life.

We conducted six in-depth interviews with nurses in a Norwegian municipality. The nurses worked in three nursing homes of different sizes. Both experienced nurses (more than ten years of experience) and newly graduated (less than two years of experience) were included in the study.

The main result of this study was that nurses in nursing homes have complex and diverse duties in the last days of the patient's life, including heavy professional responsibilities.

The interviewees recommended that advance care planning (ACP) was made part of the clinical routine. The ACP conversation should involve the patient, next of kin and attending nurse and physician. The results demonstrate a need for more certified nurses in nursing homes.

Keywords: nurses, end-of-life care, professional responsibility, qualitative study, ethics.



rapporterte at sykehjemspasienter i stor grad stoler på at pårørende og helsepersonell tar riktige avgjørelser med hensyn til behandlingsvalg i livets siste fase. Pårørende føler seg imidlertid usikre i denne rollen (11, 12, 13). Også helsepersonell opplever det som vanskelig å snakke med pasienten om ønsker for denne fasen (14).

En irsk studie fant at kunnskap om palliativ omsorg økte i takt med arbeidserfaringen sykepleierne på sykehjem hadde (15). 90 prosent av helsepersonell

«Det er sykepleiernes jobb å bringe pasientens ønsker videre til legen.»

på sykehjem møter daglig etiske problemstillinger og av disse utgjør 39 prosent problemstillinger rundt siste livsfase (16). I tillegg kan knappe ressurser, få legestillinger og ufaglært personale hindre god omsorg og medisinsk behandling for pasientene i siste fase av livet (14). Videre er det rapportert om mangelfullt samarbeid og utilstrekkelig kommunikasjon mellom norske sykehjem og sykehus (17).

Oppsummert synes det å være behov for forskning som fokuserer på helsepersonellens erfaringer med å ivareta sykehjemspasienter i livets siste fase. Hensikten med denne studien var å øke kunnskapen om hvilke utfordringer sykepleieren står overfor mot avslutningen av pasientens liv i sykehjem, og hvilke muligheter og begrensninger deres arbeidshverdag gir i møte med denne pasientgruppen.

Metode

Studien har en fenomenologisk tilnærming hvor det ble brukt kvalitative individuelle intervju for å fremskaffe informasjon om sykehjemssykepleieres erfaringer. Gjennom et variert utvalg søker fenomenologisk forskning forståelse for informantens livsverden (18). For å sikre at deltakerne hadde et variert erfaringsgrunnlag, ble det inkludert sykepleiere med mindre enn to og mer enn ti års arbeidserfaring fra sykehjem.

Det ble gjennomført seks intervjuer med sykepleiere ved tre avdelinger i to store og ett mindre sykehjem i en norsk bykommune. En av avdelingene var en palliativ enhet, de to andre en korttids- og en langtidsavdeling. To av sykehjemmene hadde over 100 beboere og det tredje cirka 30 beboere. Sykehjem med og uten døgnkontinuerlig legetjeneste ble inkludert.

Forfatter gjennomførte ett intervju med hver informant på deres arbeidssted i januar 2014. Intervjuguiden hadde følgende hovedtema: Ivaretagelse av pasientens behov i livets siste fase og sykepleiers ansvar og beslutningsgrunnlag vedrørende videre pleie og behandling. Informantene fikk stor frihet til å svare ut fra egne erfaringer. Intervjuene hadde en varighet på cirka 45 minutter og ble tatt opp på digital diktafon og overført som lydfil til pc og deretter transkribert.

Systematisk tekstkondensering ble valgt, som analysemetode, da den er en tverrgående analyse som egner seg for å sammenfatte informasjonen fra ulike informanter (19). Først ble meningsbærende enheter i intervjumaterialet avmerket. Deretter ble enheter med lignende innhold samlet i subgrupper. Innholdet i hver subgruppe ble fortettet til et kunstig sitat eller kondensat. Subgruppene fikk overskrifter som dannet grunnlaget for de fire temaene i resultatpresentasjonen. Systematisk kryssløsning ble gjort for å rekontekstualisere resultatene opp mot materialet (19).

Tillatelse til rekruttering av informanter ble gitt via e-post av etatssjef for sykehjem i kommunen og styrer ved institusjonene. Avdelingslederne rekrutterte informanter. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra samtlige informanter. Studien er klarert av Norsk samfunnsvitenskapelig datasenter (nr. 35589).

Resultater

Resultatene beskriver informantens erfaringer og utfordringer med å utøve omsorg til døende pasienter og deres pårørende og presenteres i fire hovedtema: Respekt for pasientens autonomi, helhetlig pårørendeomsorg, stort faglig ansvar under tidspres og ressursmangel og økt arbeidserfaring gir trygghet for yrkesutøvelsen.

Informantene vektla verdighet samt pasientens rett til medbestemmelse og samtykke i sine beskrivelser av å ha respekt for pasientens autonomi. De forsøkte å forholde seg på samme måte overfor den døende som overfor andre pasienter. Eksempelvis går de ut av rommet hvis de skal snakke med andre om hvor lenge den døende eventuelt har igjen å leve. En informant uttrykte seg slik:

«... for oss er det i alle fall kjempeviktig at du ikke ser på pasienten som en ting». Hun tenkte alltid på at pasienten skal behandles som om han/hun følger med.

Informantene mente at så lenge pasienten kan forstå informasjonen og er i stand til å ta en avgjørelse, blir han/hun hørt med hensyn til om vedkommende ønsker

videre behandling eller ikke. Det er sykepleiernes jobb å bringe pasientens ønsker videre til legen, noe som forutsetter at det er et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier: «Så etter noen dager hos oss, så sier de: «Du må bare ta det opp med legen: Jeg orker ikke dette her, jeg blir bare kvalm og dårlig. Jeg vil ikke dette».

En informant trakk imidlertid frem at pårørende i noen tilfeller forsøker å overtale sin nærmeste til å ta imot behandling, selv om den eldre egentlig ikke orket.

Helhetlig pårøndeomsorg

Informantene ga også uttrykk for at omsorg for pårørende er en stor del av sykepleien mot livets slutt. Her ble særlig trøst, informasjon og medbestemmelse trukket frem. Det at de pårørende er i en krisetilstand, fordrer god oppfølging slik at de kan føle seg trygge. En av informantene uttrykte nettopp dette: «Og så har vi jo lært at det finnes ikke vanskelige pårørende, men bare pårørende som har det vanskelig.»

Ved endringer i pasientens tilstand ble pårørende kontaktet, og oppfordret til å komme til sykehjemmet. Pårørende får en brosjyre som forklarer hvilke symptomer som ofte oppstår i livets siste fase, men samtalen er det viktigste: «Jeg synes det er veldig viktig at alle blir ivaretatt ... at det er god kommunikasjon og god dialog».

Flere fremhevet at de pårørende nesten alltid ønsker å snakke med sykehjemslegen for å avklare om pasienten skal innlegges i sykehus eller ikke ved en forverring. Informantene ga uttrykk for at sykehjemslegen prioriterer slike samtaler: «Vår tilsynslege (...) vil på en måte ... ikke ta en slik avgjørelse uten å ha fått snakket med pårørende».

Tidspress og ressursmangel

Det ansvaret sykepleierne har for kvaliteten, beskrev informantene som et ansvar under tidspress, noe de mente skyldtes ressursmangel. Informantene mente at som sykepleier med omsorg for døende pasienter har man et stort faglig ansvar. «... nei, jeg føler jo at jeg har det øverste ansvaret for beboerne for å si det sånn, når de er døende, for å sikre kvalitet...». Enkelte trakk også frem at de har et delegert ansvar for pasienter i terminalfase, ikke minst når det gjelder symptomlindring av pasientens plager, fordi legen store deler av døgnet ikke er til stede ved institusjonen.

Det ble også trukket frem at også når pårørende sitter hos pasienten er det sykepleier som har ansvaret. Det er et ansvar som medfører en følelse av tidspress, avhengig av om man har andre faglærte rundt den

døende som en kan delegere oppgaver til. Når sykepleierne har bakvakt for andre avdelinger, kan det ofte bli mye å gjøre med hensyn til mottak fra eller innleggelse på sykehus. Dette kan føre til at det blir svært travelt, særlig på kveldene og i helgene når man ofte er alene som sykepleier.

Ideelt sett vil sykepleiere prioritere, og bruke mer tid på, døende pasienter, men det er ikke alltid mulig, slik som en uttrykte det: «Selv om du så inderlig ønsker å hjelpe denne og pårørende mest mulig, men det er ikke noe man kan gjøre, sykepleier kan ikke dele seg». En annen fortalte om en gang hun hadde ansvar for en døende pasient, og hvor hun etter å ha ringt sykehjemslegen tre ganger, sa at hun ikke ville ta ansvar for pasienten lenger. Pasienten var død da legen kom etter et kvarter. Selv om dette var lenge siden, hadde hendelsen tydelig brent seg fast i hukommelsen.

Trygghet i arbeidserfaring

Trygghet i yrkesutøvelsen øker i takt med arbeidserfaring, ifølge informantene. men de er også avhengig av tilgang på en kjent sykehjemslege og at legen tar ansvar.

Som nyutdannet har man ikke så mange erfaringer å bygge på, og det kan da være vanskeligere å ta avgjørelser alene. «Så det er jo klart at jo mer erfaring en får, jo tryggere blir man i yrket sitt», sa en av informantene. Arbeidserfaring viste seg å være en ressurs som ga større muligheter for valg i etiske situasjoner.

Til tross for lang erfaring kan man føle seg utrygg når legen er uerfaren og usikker. En sykepleier fortalte om en situasjon der hun valgte å ringe en erfaren lege som var på ferie, fordi hun ikke var enig i den unge legens avgjørelse. Også pårørende ønsker primært å snakke med den legen som kjenner pasienten, fordi det føles tryggere.

Ved overgangen til bruk av plan for livets siste dager vil det også være en fordel med en sykehjemslege som kjenner pasienten. Flere informanter fortalte om situasjoner der plan for livets siste dager var startet opp av en ukjent lege, men der pasienten frisknet til, og planen måtte avsluttes. En lege som kjente pasienten, ville gjerne tatt en riktigere avgjørelse, mente de: «Selvfølgelig, det er mye lettere hvis legen kjenner pasienten og hvis han er involvert mer enn en legevaktlege.»

Informantene holdt frem at når tilsynslegen kjenner pasienten, unngår man gjerne uhensiktsmessige innleggelse i sykehus. Det er til sist legen som har ansvaret for pasientens behandling, men legen delegerer ofte



til sykepleier å vurdere behovet for smertestillende og andre lindrende medikamenter.

Diskusjon

Studiens resultater preges av sykepleiernes ønske om å ivareta autonomi hos den enkelte pasient og de pårørende på en omsorgsfull måte. I arbeidet møter de begrensninger i form av tidspress og ressursmangel, mens arbeidserfaring hos både sykepleiere og lege gir trygghet.

Omsorgsfilosofien, slik den utlegges av Løgstrup og Martinsen, vektlegger en individuell tilnærming til pasienten og poengterer det relasjonelle møtets betydning (20). Å møte pasienten på en verdig måte krever tid og oppmerksomhet på kort sikt, men kanskje ikke mer tid på lengre sikt. Det kan være at når pasienten blir «møtt» som en person reduseres angst og utrygghet. Når en pasient føler seg sett, blir det enklere å etablere tillit. Løgstrup peker på at når et menneske blir møtt med tillit, legger han mer eller mindre sitt liv i den andres hender (20).

Helsepersonell har imidlertid ikke den annens vilje i sine hender. Den andre er fremdeles sin «egen herre» og har sin egen vilje. Dette må sykepleier ta hensyn til, noe som kan hindre utarting av omsorgen, slik Løgstrup uttrykker det. Sykepleierne i studien påpekte at det tar tid å gjøre pasient og pårørende trygge, og det krever også tid å gi informasjon om livets siste fase. Tar man seg denne tiden, vil man kunne oppnå trygghet og ro i det videre forløpet.

Informantene viste til at tiltaksplaner for livets siste dager kan være nyttige hjelpemidler for å individualisere pleien. Planen gir et rammeverk for en individuell tilnærming til den enkelte pasient og pårørende ut fra viktige prinsipper for behandling og pleie av døende (21, 22).

Omsorgsetikk

En avklarende samtale mellom lege og pasient, der pasientens ønsker med hensyn til behandling diskuteres, bør tilstrebes. Resultatene i denne studien viser at en slik samtale i mange tilfeller ikke er tatt. Liknende funn er gjort i andre studier (14,17,23). Dette fører til spenninger mellom ulike hensyn og valg sykepleierne ofte må ta alene.

Omsorgsetikken, som vektlegger respekt for det enkeltes menneskets egenverd, har sin bakgrunn i omsorgsfilosofien (24). Informantene påpekte viktigheten av prinsippet om å behandle pasienten med respekt, noe som også er nedfelt i Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (25).

Sykepleierne ga uttrykk for at de viser respekt i praksis gjennom sine holdninger overfor den enkelte pasient, også når de ikke lenger får kontakt med pasienten. De ønsker ikke å se på ham/henne som en «ting». De trakk frem at det er viktig å behandle pasienten på samme måte enten vedkommende er ved bevissthet eller ikke. Dette viser at etikken er integrert i praksis.

Men sykepleierne opplever også at det kan være vanskelig å utøve omsorg med de knappe ressursene de har å forholde seg til i arbeidshverdagen (14). De kjenner seg skviset mellom det å ivareta den enkelte pasients behov for verdighet og selvbestemmelse, og å ta hånd om pasientens pårørende og alle de andre pasientene som også trenger omsorg.

Sykepleiernes arbeidshverdag er travel, og de må prioritere mellom ulike oppgaver. Det er legen som har det medisinske ansvaret, mens sykepleierne har det øverste ansvaret for å sikre kvalitet i pleien. Dette ansvaret er større på kveld og i helger der de i noen tilfeller har ansvar for alle pasientene på sykehjemmet. Rammene ved de ulike avdelingene er like bortsett fra at den palliative avdelingen har noe større tilgang på faglært personale.

Omsorg til pårørende

Studien viser at informantene der ikke melder om et like stort tidspress. Betydningen av å ha en kjent tilsynslege tilgjengelig ble vektlagt. I praksis er imidlertid ikke dette mulig, noe som kan gi grunnlag for frustrasjon, og særlig for sykepleiere med mindre erfaring. Lang erfaring gir mer trygghet, også i situasjoner der legen er uerfaren. I og med at behandlingsrelaterte oppgaver er legens ansvar, kan situasjoner der legen ikke tar dette ansvaret, være utfordrende, selv for sykepleiere med lang erfaring.

Alle informantene i studien trakk frem at omsorg for de pårørende er en stor del av arbeidet. God omsorg til pårørende krever tid og ro. Det er viktig å skape tillit, gi tilstrekkelig informasjon og vise at man er tilgjengelig for dem. Begrepet pårørendetrøst kan være dekkende. Informantene uttrykte at når pasientene er fredelige i terminalfasen, har de pårørende det også mye bedre. Når pasientens smerter er lindret, blir sykepleiernes oppmerksomhet rettet mot pårørende.

Dreyer og medarbeidere (12) fant at pårørende mangler kunnskap om livets slutt. Dette ble også trukket frem av informantene.. Derfor er en av de viktige oppgavene å informere om kroppens behov og forandringer. God informasjon synes å være avgjørende for pårørendes opplevelse av dødsfallet. Her kan sykepleier være en god samtalepartner.

Flere av respondentene sa at de pårørende likevel ønsket å snakke med tilsynslegen ved sykehjemmet. En kjent lege vil kjenne helhetssituasjonen til pasienten og ikke bare ta hensyn til situasjonen her og nå. Dette gir trygghet for sykepleier, pårørende og pasient.

Ifølgelovverket (9) skal pasient og pårørende inkluderes i beslutningsprosessen. Flere av informantene fremhevet viktigheten av at avgjørelsen om reinnleggelse i sykehus tas sammen med pårørende. En norsk studie fant at det er svært ulikt beslutningsgrunnlag for reinnleggelser av de preterminale til sykehus (17). Legens begrensede tilstedeværelse trekkes frem som et problem.

En studie fant at samarbeidet mellom sykehus og sykehjem fungerte dårlig på grunn av manglende medisinsk kompetanse med henblikk på vurdering av kritisk syke sykehjemspasienter. Manglende lege- og sykepleierressurser fører særlig til dårligere omsorg for pårørende (14). Manglende skriftlige rutiner og retningslinjer for beslutninger i livets sluttfase blir påpekt i tidligere studier (14,13).

Metodediskusjon

Forfatterens erfaring fra arbeid med pasienter og pårørende samt at hun er kjent med fagfeltets terminologi var en styrke i intervju situasjonen. På en annen side kan forfatteren bli forutinntatt og forvente bestemte svar siden hun har samme bakgrunn som informantene i denne studien. Forfatter skrev ned sine forkunnskaper før intervjustart og utviste en bevisst naivitet og åpenhet i intervju situasjonen.

Ytre validitet dreier seg om overførbarhet. I og med at studien innbefatter sykehjem av svært ulik størrelse og informantene både har kort og lang erfaring, gir materialet rikdom som styrker resultatenes overføringsverdi. I analyseprosessen har en utenforstående diskusjonspartner vært involvert i flere omganger for å sikre at ikke forfatters erfaring med forskningsfeltet skal påvirke refleksiviteten (19).

Konklusjon og implikasjoner for praksis

Når idealene fra omsorgsfilosofi, kombinert med etiske prinsipper og høy faglig standard, integreres i sykepleiers yrkesutøvelse, ligger alt til rette for at pasienten kan bli godt ivaretatt i sin siste fase av livet. Dette fordrer imidlertid at sykepleierne må sikres gode arbeidsvilkår. Studiens funn viser at nok tid til å utøve omsorg er viktigst. En større anerkjennelse av sykepleierens viktige rolle i denne fasen vil kunne bidra til at de kjenner seg verdsatt og derfor også orker å stå i arbeidet over tid. ■

Referanser

1. NOU 2017:16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2017.
2. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret. Oslo: 2017. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar> (nedlastet 16.05.2018).
3. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
4. Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest. Livets siste dager – plan for lindring i livets sluttfase. Bergen: 2015. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasj...> (nedlastet 16.05.2018).
5. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA mfl. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017;18:543-51.
6. Hjorth, NE, Haugen DF og Schaufel MA. Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: a focus group study. *ERJ Open Res* 2018; 4: 00101–2017.
7. Myskja A. Kunsten å dø: livet før og etter døden i et nytt lys. Oslo: Gyldendal; 2012. 335 s.
8. Skår Å, Juvet L, Smedslund G, Bahus MK, Pedersen R mfl. Livets sluttfase – om å finne passende behandlingsnivå og behandlingstintensitet for alvorlig syke og døende. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 18–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.
9. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr. 63. 10. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *J Med Ethics.* 2010;36:396-400.
10. Thoresen L, Lillemoen L. «I just think that we should be informed» a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes. *BMC Med Ethics.* 2016;17(1):72.
11. Bollig G, Gjengedal E, Rosland JH. They know!—Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. *Palliat Med.* 2016;30:456-70.
12. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes—relatives' role in the decision-making process. *J Med Ethics.* 2009;35:672-7.
13. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *J Med Ethics.* 2010;36:396-400.
14. Dreyer A, Førde R, Nortvedt P. Ethical decision-making in nursing homes: influence of organizational factors. *Nurs Ethics.* 2011;18:514-25.
15. Wilson O, Avalos G, Dowling M. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *BR J Nurs.* 2016;25:600-5.
16. Bollig G, Schmidt G, Rosland JH, Heller A. Ethical challenges in nursing homes – staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. *Scand J Caring Sci.* 2015;29:810-23.
17. von Hofacker S, Naalsund P, Iversen GS, Rosland JH. Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets sluttfase. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2010;130:1721-4.
18. Bengtsson, Jan (red). Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: Livsverdensfennomenologiske bidrag. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2006. 191 s.
19. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2003. 240 s.
20. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: Cappelen Damm; 2000. 298 s.
21. Haugen DF, Iversen GS, Huurnink A. Hvordan kan behandlingsplaner være til nytte den siste tiden av pasientens liv? *Omsorg.* 2015;32(2):29-33.
22. Ellershaw JE, Lakhani M. Best care for the dying patient. *BMJ.* 2013;347:f4428.
23. Gjerberg E, Lillemoen L, Weaver K, Pedersen R, Førde R. Forberedende samtaler i norske sykehjem. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2017;137:447-50.
24. Martinsen, Kari. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003. 186 s.
25. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. 2016. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer...> (nedlastet 16.05.2018).

Slik kan eldre få god trening

Prosjektet «Aktive eldre» viser at trening på sykehjem og dagsentre kan gjøres med enkle midler. Alt du trenger er strikk og musikk.

Adrive med fysisk aktivitet er svært gunstig i et folkehelseperspektiv og kan motvirke livsstilsrelatert sykdom og redusere aldersrelaterte helseplager (1, 2). Det er likevel vanlig at beboere på sykehjem i stor grad er inaktive og sitter eller ligger mesteparten av dagen, og at mye av tiden tilbringes på beboerrom mens tilbudet om sosiale aktiviteter er lavt (3, 4). En studie av norske sykehjem viser at det er relativt lite tilbud om fysisk og sosial aktivitet (5).

Personalet har ofte en tendens til å hjelpe beboere med dagligdagse aktiviteter de selv kunne utført, noe som kan medføre en negativ spiral med svekket funksjonsnivå og mobilitet, og derav økt pleiebehov (6). Personalet har en viktig rolle ved å sørge for at beboere er i fysisk aktivitet og kan opprettholde sitt funksjonsnivå så langt som mulig, i samsvar med den enkeltes individuelle behov og ønsker.

Å være i fysisk aktivitet kan gi eldre opplevelse av avkopling, glede, mestring og sosialt samvær (1).

Uavhengig av alder vil styrketrening øke bentetthet og musklens størrelse og styrke, samt bedre funksjonsevnen ved forbedret balanseevne, koordinasjon og bevegelighet (2). Dette medfører redusert risiko for fall og brudd. Fysisk aktivitet og trening kan også virke positivt på psykisk velvære og livskvalitet.

Prosjektet «Aktive eldre» presenterer en mulig måte å iverksette trening for sykehjemsbeboere. Dette tilfører fagfeltet viktig informasjon, siden det fortsatt er behov for å implementere effektive intervensjoner med fysiske aktiviteter til bestemte målgrupper (7). Prosjektets fokus er på å gi eldre på sykehjem et fast tilrettelagt treningstilbud.

Vi mener fysisk aktivitet påvirker hele kroppen, inkludert sjel og ånd. Matlysten kan påvirkes positivt, og en kan få mer fokus på et sunt kosthold. Å ha et aktivitetstilbud å gå til medfører at en må ut av godstolen og treffer andre. Nye bekjenskaper og det sosiale ved gruppeaktiviteter kan bidra til

Sammendrag

Bakgrunn: Trening og fysisk aktivitet er helsefremmende for eldre på sykehjem. Det er likevel fortsatt slik at mange eldre ikke tilbys tilrettelagt aktivitetstilbud. Måltrettet trening har effekt på fysisk kondisjon, funksjonsnivå, dagliglivets aktiviteter og livskvalitet. Trening kan også trolig bremse den kognitive tilbakegangen hos personer med demens.

Hensikt: Prosjektet «Aktive eldre» presenterer en mulig måte å iverksette trening for sykehjemsbeboere.

Gjennomføring: Beboergrupper på sykehjemmet tilbys regelmessig styrketrening til musikk og sang ved hjelp av enkle hjelpemidler. Det behøves en initiativtaker, enten en blant personalet eller en frivillig som har lyst til å gjøre

noe for de eldre. Med enkle øvelser er terskelen lav, også må en finne ut hva slags musikk beboerne liker å lytte til. Spredning av prosjektet pågår, og hjelpemidler i prosjektet deles fritt med andre.

Hovedresultat: Erfaringen er at deltakerne gleder seg til treningen hver eneste uke. Beboeren blir ofte mer våken og mottakelig for impulser resten av dagen. Gruppebasert fysisk aktivitet bidrar til sosialt samvær, og både pleiere, frivillige og pårørende kan delta. Å trene kroppen bidrar til at sjel og ånd stimuleres og styrkes gjennom meningsfull aktivitet.

Konklusjon: Vårt budskap er at det er aldri for sent å begynne å trene.

Nøkkelord: fysisk aktivitet, styrketrening for eldre, sykehjem

FAKTA

Av **Linda Rykkje**, sykepleier, PhD, førsteamanuensis VID vitenskapelig høgskole,

Tor Engevik, sykepleier, leder i NSFs faggruppe for geriatri og demens, avdelingssykepleier Bergen kommune og trener 2 utdannet i Norges Styrkeløftforbund



IVRIGE DELTAKERE: Pensjonistene som er med på treningsopplegget «Aktive eldre», bruker strikk til å trene musklene. Fra venstre pårørende Bente Kaarstad, beboer på Løvåsen sykehjem Ragnar Kaarstad og en av ildsjelene bak treningsprosjektet Unni Olsen. Foto: Thomas Aasen

bedret psykisk velvære. Aktive eldre vil derav kunne redusere flere risikofaktorer tilknyttet både fysisk og psykisk helse, i tillegg til at trening i fellesskap er en meningsfull aktivitet som kan bidra til en levende alderdom.

Trening på sykehjem

Forskning tyder på at muskelstyrke trolig er mer avgjørende for evnen til god mobilitet enn det utholdenhet er (1). Aldring medfører tap av muskelmasse, men dette kan i noe grad forebygges ved styrketrening. I en intervensjonsstudie med trening to ganger ukentlig fikk deltakerne økt muskelstyrke og mer sosial deltakelse (8). I en annen studie fikk eldre sykehjemsbeboere delta på et 10-ukers fysisk

aktivitetsprogram, og resultatene viste en nedgang i depressive symptomer og økt livskvalitet (9). Også effekt over lengre tid er vist; etter en times trening en gang i uken i 20 uker, opplevde deltakerne ett år etter intervensjonen generell økt helserelatert livskvalitet sammenlignet med før treningen startet (10).

Trening bør inneholde progressive øvelser med motstand og balanseøvelser og funksjonelle øvelser, noe som har effekt på fysisk kondisjon, funksjonsnivå, dagliglivets aktiviteter og livskvalitet (11). Øvelser kan også bidra til å redusere kroniske smerter i muskler og skjelett (12).

Oppsummert forskning viser at intervensjoner som styrketrening, aerob trening eller funksjonelle øvelser i ulike former virker gjennomførbare og gir positive



helseeffekter også hos skrøpelige sykehjemsbeboere, uavhengig av kognitiv status (13).

For personer med demens kan deltakelse i aktiviteter bedre sosiale relasjoner og redusere rastløshet, men det kan være vanskelig å beskrive hva som er meningsfulle aktiviteter for den enkelte beboer (14). Å være i aktivitet har sammenheng med bedret livskvalitet når en tilpasser til beboerens kapasitet, behov, atferd, livshistorie og preferanser. Det er imidlertid en utfordring at det ofte er svært mange typer aktiviteter som inkluderes i forskningen, men trening og sport er ofte inkludert (15). Noen slike studier viser at treningsprogram tilpasset personer med demens kan bedre muskelstyrken, balanse og funksjonsnivå. En intervensjonsstudie med to gruppetreninger i 12 uker viste bedre balanse og redusert agitasjon (16). Også personsentrert demensomsorg med fokus på funksjonelle og fysiske aktiviteter bedrer beboeres funksjonsnivå og reduserer falltendens (17). Selv om beboeren ikke alltid kan huske øvelsene, kan kroppen huske slik at beboeren etter hvert utfører øvelsen med oppmuntring, og slik kan personen gjenopplage sin kropps kompetanse (18). Flere studier har undersøkt om treningsprogram kan bedre den kognitive funksjonen hos personer med demens, men det er vanskelig å påvise effekt i hjernen (19). Oppsummert forskning tyder imidlertid på en moderat effekt av fysisk aktivitet for å bevare kognitiv funksjon hos sykehjemsbeboere med demens (20). Trening kan bremse den kognitive tilbakegangen og medføre forbedret minne, søvn, sosial samhandling, selvtillit, selvfølelse og humør (21). Det kan videre tyde på at aerob trening av lengre varighet har størst effekt, samt at høy intensitet og gå-øvelser har størst fordeler.

Aktive eldre

«Aktive eldre» er et prosjekt laget av Tor Engevik i samarbeid med aktivtør ved Løvåsen sykehjem. I prosjektet har også andre bidratt til å lage materiell og øvelser. Prosjektets oppstart var i samråd med institusjonssjef ved Løvåsen og etat for alders- og sykehjem i Bergen kommune. I videreformidling av prosjektet har Unni Olsen vært en viktig pådriver. Unni er over 73 år og har osteoporose. Hun har opplevd flere benbrudd, men påpeker at trening hjelper. Ifølge Helsebiblioteket rammes mange eldre av osteoporose, og mens et stillesittende liv gjør skjelettet skjørere, kan trening bygge opp beinmassen og være forebyggende (22). «Hvem vet hvor jeg hadde vært i dag uten treningen», forteller Unni i en artikkel i sykepleien (23).



Også ektemannen Fridtjov deltar på treningen. Han er dårlig til beins, og opplever at ved å trene balanse- og styrke reduseres risikoen for fall.

Prosjektet har fått støtte fra Norsk Sykepleierforbund, Sparebanken Vest og Rieberfondene, samt Extrastiftelsen og Nasjonalforeningen for folkehelse. Dette har muliggjort en videre spredning av prosjektet til andre sykehjem både lokalt og nasjonalt. I videreformidlingen har Unni Olsen bidratt på flesteparten av besøkene de senere årene. Duoen Tor og Unni har i perioden 2016–2018 besøkt 130 sykehjem, serviceboliger og dagavdelinger, samt hatt foredrag på 63 konferanser og samlinger. Videre er det planlagt mange flere besøk i fortsettelsen, slik at en i løpet av 2018 vil ha besøkt godt over 220 sykehjem, studieplasser og konferanser. Sammen reiser de på fritiden ukentlig rundt til sykehjem, dagsentre og serviceboliger med trenings- og livsgledeopplegget «Aktive eldre», og det er fortsatt mulig å bestille besøk om en ønsker dette.

Hvordan få til trening?

Prosjektet er utprøvd på åtte bogrupper på Løvåsen sykehjem og flere titalls sykehjem og dagsentre i Hordaland. Erfaringen er at deltakerne gleder seg til treningen hver eneste uke. Det som overrasket er at beboere man kunne tro ikke ville ha størst utbytte



RIKTIG TRENING: Sykepleier Tor Engevik instruerer eldre beboere på sykehjem hvordan de kan trene. Foto: Thomas Aasen

også viser glede og blir med på treningen. For beboere gir det å kunne reise seg fra en stol stor livsglede, kontra det å ikke kunne reise seg, også fordi det å kunne reise seg opp er utgangspunkt for andre aktiviteter.

En studie av eldre sykehjemsbeboere viser at beboere ønsker å delta på gruppebasert styrketrening og annen fysisk aktivitet, men at det kan være vanskelig å få til på sykehjemmet (24). Selv om beboerne ønsker å være aktive, er det nok slik at de fleste sykehjemsbeboere behøver støtte for å opprettholde eller å finne nye aktiviteter (25). Prosjektet viser imidlertid at å komme i gang med trening er utrolig enkelt, for trening kan gjøres der vi er til enhver tid. Det behøves en initiativtaker, enten en er sykepleier eller en hjelpepleier, eller en frivillig som har lyst til å gjøre noe for de eldre. Med enkel øvelser er terskelen lav, også er det bare å finne ut hva slags musikk vil beboerne her på huset høre på?

Motivasjon er en nøkkelfaktor, og sykehjemsbeboere kan ha en rekke barrierer mot å delta på trening. Dette er hovedsakelig relatert til helsetilstanden som kronisk smerte og funksjonssvikt, men også tidligere erfaring med fysisk aktivitet og livshistorie, samt sosial støtte har betydning (26). Eldre kan dessuten ha redusert mestringstro, noe som kan motvirkes ved å skape trygghet og fremheve positive forventninger ved regelmessig trening (27).

Personalet har en viktig rolle ved å informere og drøfte helsegevinster. Gode relasjoner og kjennskap til beboeren gjør det lettere å motivere og oppmuntre til fysisk aktivitet (26, 28). Det kan også virke motiverte for deltakelse om det etableres en «sosial norm» om å være fysisk aktiv på sykehjemmet (29). Det er dessuten viktig at selve treningsøkten gjennomføres slik at det motiverer til innsats og deltakelse.

«Det er viktig at pleiere også deltar i øvelsene.»

Prosjektet har inkludert musikk fordi det gjør det lettere å trene, og musikk gir glede og rytme til øvelsene. Trening med musikk kan også bidra til å forbedre deltakernes subjektive velvære (30). Reminisens kan fungere gjennom å snakke om minner, noe som ofte kan forbindes med gamle sangtekster og melodier. Ved å trene hjernen kan beboernes tilstedeværelse styrkes. Det sosiale samværet ved å trene sammen er velkjent, og ved å se på andre og gjøre de samme bevegelsene økes deltakernes innsats i fellesskapet. Vi tenker det er viktig at pleiere også deltar i øvelsene, her skal ingen være passive tilskuere. Ernæring er også viktig, og dette



kan gjøres til en sosial aktivitet ved å dele ut saft, melk eller annen drikk i etterkant av treningen. Det er også mulig å gi litt lett mat eller frukt etter treningen, både for å opprettholde væskebalansen og styrke ernæringen, og fordi felles måltider er sosialt både for pleiere og beboere.

Enkelt utstyr

Utstyret som trengs er svært enkelt. Prosjektet anbefaler en strikk med to håndtak, gjerne i ulike farger som symbolisere hvor stram strikken er. Velg strikker som ikke er for stramme for de eldste. Strikkøvelser er svært godt egnet for sittende trening, og er en sikker måte å trene styrke med motstand (31). Finn egnet musikk som er tilpasset beoergruppens musikksmak. Bruk gjerne en cd-spiller eller musikk fra mobiltelefon tilkoblet lydanlegg. I prosjektet er det laget gratis tilgjengelig treningsprogram der øvelser og sanger beskrives. I tillegg er dikt av Alfhild Liseth inkludert.

Selve treningsøkten kan ledes av en til to pleiere som har godt humør og som kan vise øvelsene. Det er også mulig å involvere frivillige til å lede treningen. I samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelse (32) er det laget video som viser hvordan en treningsøkt kan være, og på deres nettsider finnes mer informasjon og hjelp til å finne musikk og øvelser.

Erfaringer fra deltakere

Til slutt vil vi gjenfortelle eksempler fra hvordan treningen kan gjennomføres. På sykehjemmet samles

også tid til noen individuelt tilpassete øvelser, som å reise seg fra stolen seks ganger. Sykepleieren skifter til musikk med rask takt. Deltakerne reiser seg og tar tak i hverandres hender, alle står i ring og beveger armer og bein i takt med musikken. Sykepleieren takker for dansen. Etterpå deles drikk ut til alle. Sykepleieren skåler for den spreke gjengen, og spør om de har hatt det kjekt. Beboerne bekrefter dette. På spørsmål om å gjenta treningen neste mandag svarer en av damene: «Ja. Da har vi noko godt å tenka på». Sykepleieren gir deltakerne en klem som takk for god innsats. Og beboerne går derfra med hver sin rullator.

Å vise til helsegevinster ved trening er en viktig motivator for deltakelse. Erfaringen fra Løvåsen er at når man trener om morgenen, så blir beboeren mer våken og mer mottakelig for impulser resten av dagen. Det er også mulig å inkludere beboernes pårørende i treningsøkten (34). En pårørende sier om ektemannen: «Jeg føler humøret hans blir bedre, og det er veldig godt for ryggen. Ragnar har aldri villet trent ryggen tidligere, men dette synes jeg er mye bedre». Ragnar selv sier om treningen: «Jeg synes det er veldig kjekt. Musikken er god». Bruk av musikk motiverer til trening, men den kan også trigge minner som ellers kan være glemt. Dette er noe som brukes aktivt av musikkterapeut som av og til deltar på treningsstundene. Hun forteller: «Det er spennende å se gjenkjenningen, det eierskapet og medsangene som kommer når det kommer musikk som folk har et forhold til. Uansett hvor musikalsk eller ikke musikalsk du er, så har du alltid hatt musikk i dine omgivelser. Og det å kjenne igjen, å kjenne at du eier, det er så godt. Det gir en «boost» til å komme i gang.»

Musikkterapeuten bruker musikken i kommunikasjonen med beboere med demens: «Musikken er en del av historiefortellingen din, det er en veldig fin måte å komme i kontakt på. Men det betyr også at vi må være våkne og lyttende ovenfor den personen som vi møter. For av og til så kan det komme et dansetrinn som viser at en er komfortabel med å danse til denne musikken. Det kan komme en kommentar, den sang mi mor. Og det å få ta tak i det, og få en god samtale med noen som er i ferd med å tape mye av den identiteten, det er jo helt nydelig. Både for oss som skal være i kontakt med personen, og for personen selv». I en travel sykehjemshverdag er hjelp fra frivillige en uvurderlig ressurs, og særlig verdsatt er pårørende som engasjerer seg. For Ragnar er kona en viktig pådriver. Kona sier: «Jeg syns det er viktig det at vi deltar med, hvis ikke de har lyst, så er det viktig

«Deltakerne gleder seg til treningen hver eneste uke.»

«rullatorgjengen» på dagligstuen (33). Musikk på cd-spillere settes på, og oppvarmingen starter med at deltakerne strekker armene over hodet. En sykepleier leder treningen, gir instruksjoner og positive kommentarer. Deltakerne sitter i stol og beveger armer og ben i takt med musikken. En av beboerne sier: «Eg trudde ikkje eg kunne vera med i dag, for at eg var så tomme-lomsk til å begynna med i dag.» Sykepleieren svarer: «Ja, men nå er du helt med?» Beboeren svarer: «Ja no e eg med». Sykepleier sier så: «Nå skal vi ro. Og du har jo rodd i hundre år Ester?» «Ja. Eg er no ikkje hundre år, da kan ikkje vera hundre år sio eg begynte,» svarer Ester og ler. Deltakerne har fått utdelt strikk og «ror» sammen, mens de synger til musikken. Det er

at de er med og trener. For det å bare sitte på en stol, det er ikke bra».

Tilbud til alle

Ikke alle eldre bør trene styrketrening, men vi mener at alle eldre bør ha tilbud om regelmessig fysisk aktivitet. Å være i gruppebasert fysisk aktivitet er også noe som bidrar til sosialt samvær. De gode sosiale relasjonene mellom beboere, pårørende og pleiere som ofte oppstår på treningssamlingene er noe vi mener er en stor verdi i seg selv. Å trene kroppen bidrar til at sjel og ånd også stimuleres og styrkes. Det vi tenker er fordelene med tilrettelagt styrketrening, er at det skal få repetisjoner til og ved to - tre treningsøkter per uke kan en både øke muskelstyrke og styrke skjelettet. Forskningen viser til en rekke helsegevinster, og vårt budskap er at det er aldri for sent å begynne å trene. ■

Referanser

1. Lohne-Seiler H, Langhammer B. Fysisk aktivitet og trening for eldre: betydning for fysisk kapasitet og funksjon. Kristiansand: Høyskoleforl.; 2011.
2. Lexell J, Frändin K, Helbostad JL. Fysisk aktivitet for eldre. In: Bahr R, editor. Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. p. 62–71.
3. den Ouden M, Bleijlevens MHC, Meijers JMM, Zwakhalen SMG, Braun SM, Tan FES, et al. Daily (In)Activities of Nursing Home Residents in Their Wards: An Observation Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(11):963–8.
4. Donovan C, Stewart C, McCloskey R, Donovan A. How residents spend their time in nursing homes. *Canadian Nursing Home*. 2014;25(3):13–7.
5. Kjos BØ, Havig AK. An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016;30(2):330–9.
6. den Ouden M, Kuk NO, Zwakhalen SMG, Bleijlevens MHC, Meijers JMM, Hamers JPH. The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents. *Geriatric Nursing*. 2017;38(3):225–30.
7. King AC, Sallis JF. Why and how to improve physical activity promotion: Lessons from behavioral science and related fields. *Preventive medicine*. 2009;49(4):286–8.
8. Barthalos I, Dorgo S, Kopkáné JP, Szakály Z, Ihasz F, Ráczné TN, et al. Randomized controlled resistance training based physical activity trial for central European nursing home residing older adults. *The Journal of sports medicine and physical fitness*. 2016;56(10):1249–57.
9. Lok N, Lok S, Canbaz M. The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2017;70:92–8.
10. Quehenberger V, Cichocki M, Krajic K. Sustainable effects of a low-threshold physical activity intervention on health-related quality of life in residential aged care. *Clinical interventions in aging*. 2014;9:1853.
11. Anguita M. Opportunities for nurse-led telehealth and telecare. *Nurse Prescribing*. 2012;10(1):6–8 3p.
12. Tse MMY, Tang SK, Wan VTC, Vong SKS. The Effectiveness of Physical Exercise Training in Pain, Mobility, and Psychological Well-being of Older Persons Living in Nursing Homes. *Pain Management Nursing*. 2014;15(4):778–88.
13. Jansen C-P, Claßen K, Wahl H-W, Hauer K. Effects of interventions on physical activity in nursing home residents. *European journal of ageing*. 2015;12(3):261–71.
14. Smit D, de Lange J, Willemse B, Twisk J, Pot AM. Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & mental health*. 2016;20(1):100–9.
15. Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM. Predictors of activity involvement in dementia care homes: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):175.
16. Telenius EW, Engedal K, Bergland A. Long-term effects of a 12 weeks high-intensity functional exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: a single blinded randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2015;15(1):158.
17. Galik E, Resnick B, Hammersla M, Brightwater J. Optimizing Function and Physical Activity Among Nursing Home Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care. *The Gerontologist*. 2014;54(6):930–43.
18. Lindelöf N, Lundin-Olsson L, Skelton DA, Lundman B, Rosendahl E. Experiences of older people with dementia participating in a high-intensity functional exercise program in nursing homes: «While it's tough, it's useful». *PLoS one*. 2017;12(11):e0188225.
19. Toots A, Littbrand H, Boström G, Hörnsten C, Holmberg H, Lundin-Olsson L, et al. Effects of Exercise on Cognitive Function in Older People with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017;60(1):323–32.
20. Learner NA, Williams JM. Can physical activity be used to maintain cognitive function in nursing home residents with dementia? A literature review. *Physical Therapy Reviews*. 2016;21(3–6):184–91.
21. Alzheimer's Society. Exercise and physical activity. Factsheet 529LP. England; 2015.
22. Helsebiblioteket. Beinskjørhet – osteoporose 2016 [Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/243389.cms>].
23. Helmers A-KB. Seniorer løfter tungt 2015 [Available from: <https://sykepleien.no/reportasje/2015/05/seniorer-lofter-tungt#footer>].
24. Mahrs Träff A, Cedersund E, Nord C. Perceptions of physical activity among elderly residents and professionals in assisted living facilities. *European Review of Aging and Physical Activity*. 2017;14(1):2.
25. Gustavsson M, Liedberg GM, Larsson Ranada Å. Everyday doings in a nursing home – described by residents and staff. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2015;22(6):435–41.
26. Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*. 2011;10(4):464–74.
27. Torjuul K, Birkenes S, Myren GES, Torvik K. Eldres erfaringer med regelmessig trening i gruppe: Fokusgruppeintervju med eldre over 80 år: Older peoples' experiences of regularly exercising in groups: Focus group interviews with older people age 80 years and over. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;35(2):85–90.
28. Benjamin K, Edwards N, Guitard P, Murray MA, Caswell W, Perrier MJ. Factors that influence physical activity in long-term care: perspectives of residents, staff, and significant others. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 2011;30(2):247–58.
29. Koeneman MA, Chorus A, Hopman-Rock M, Chinapaw MJM. A novel method to promote physical activity among older adults in residential care: an exploratory field study on implicit social norms. *BMC Geriatrics*. 2017;17(1):8.
30. Watanabe K, Sakayori M, Uruno K, Uruno M, Anme T. The Effect of Exercise with Music on the Subjective Well-Being of Nursing Care Users. *International Journal of Nursing Science*. 2017;7(2):44–8.
31. Chen K-M, Li C-H, Huang H-T, Cheng Y-Y. Feasible modalities and long-term effects of elastic band exercises in nursing home older adults in wheelchairs: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;55:4–14.
32. Nasjonalforeningen for folkehelse. Musikk og trening gir mening u.å. [Available from: <http://nasjonalforeningen.no/tilbud/musikk-og-trening/>].
33. Engevik T. Aktive eldre film. [Prosjektet er et samarbeid mellom sykepleiere, aktivtører, musikkterapeut, fysioterapeut og folkehelsestudenter. I samarbeid med beboere og ansatte på Lovås sykehjem.]. In press 2016.
34. Nasjonalforeningen for folkehelse. Musikk og trening [Video]. 2017 [Available from: <https://vimeo.com/187140382>].



Nettbrett kan gi pasienter på sykehjem gode øyeblikk

Nettbrett kan brukes til å aktivisere eldre på sykehjem, men det forutsetter at ansatte har tid til å hjelpe pasientene og at internettdækningen er god.

FAKTA

Av **Joanna Galek**,
Høgskulelektor, Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap,
Høgskulen på Vestlandet, Førde

Anne Marie Sandvoll,
Førsteamanuensis,
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Høgskulen på Vestlandet,
Førde

Artikkelen er
fagfellevurdert

Artikkelen bygger på erfaringer fra et studentprosjekt, der studentene brukte nettbrett til å aktivisere pasienter ved sykehjem, da de hadde praksis ved sykehjemmene.

De fleste mennesker har glede av å delta i ulike aktiviteter (1, 2). Kommunene har ansvar for å sikre at personer som mottar helse- og omsorgstjenester får mulighet til å ha en individuelt tilpasset, aktiv og meningsfull hverdag (3, 4). Kultur, i form av både fysiske og åndelige aktiviteter, bidrar til trivsel og gir en helhetlig tjeneste (5, 6, 7, 8). Eldre som har noe å gjøre og noen å snakke med opplever at de har gode liv, på tross av fysiske plager (9). Flere studier viser at sykehjemspasientene ikke får det mest optimale tilbudet (1, 10). Eldre sine sosiale behov er ikke alltid godt nok ivarettatt, og blir beskrevet som en blind flekk i dagens eldreomsorg (9). Hensikten med denne studien er å vurdere nettbrett som aktivitetstilbud for sykehjemspasienter.

Det har i det siste vokst frem mange tilnærminger til helse og omsorg som understreker at omsorgen skal være personsentrert (11) og aktiv (12). I praksis viser det seg at mye styres av rutiner. Fleksibilitet i rutinene kan være en utfordring og kan føre til

kreves tid og tilstedeværelse sammen med pasienten for å oppdage den enkeltes ressurser (14).

Studien til Haugland (1) viser at sykehjemspasientene ønsker aktiviteter der de selv kan delta aktivt, og at det er en vei å gå når det gjelder å finne ulike måter å kartlegge disse behovene og ønskene på. Fossøy (15) viser at kartlegging av behovet og aktivitetstilbudet avhenger av pleiepersonell som tilretteleggere for både eksterne aktører – og for pasientene som skal delta eller oppleve aktiviteten.

Det stilles stadig nye krav til nytenkning i omsorgstjenesten, og bruk av velferdsteknologi er økende (6, 12). Velferdsteknologi kan gi konkrete gevinster (16, 17), men skaper samtidig en del motstand (18). Dale og medarbeidere (17) understreker at en viktig faktor for vellykket implementering er et godt forankret ønske i organisasjonene om at teknologi skal brukes aktivt. God opplæring og brukervennlighet er viktig (17). Nettbrett og smarttelefoner er eksempler på teknologi som er mer og mer i bruk blant alle, også eldre voksne.

Fremtidige sykehjemspasienter vil trolig ha iPad eller mobiltelefon som en naturlig del av tilværelsen (19). De vanligste aktivitetene for mobilbruk i voksenalderen er samtale og SMS. Kun en liten andel av den eldste gruppen bruker mobilen ut over samtaler. En liten andel bruker mobilen til å sende e-post og til å bruke internett (litt under 10 prosent). Om lag 40 prosent i alderen 45–79 år bruker internett til å kommunisere i ulike sosiale medier (20). Nettbrett er en komplett datamaskin bestående kun av en flat berøringsskjerm, som brukes til å ta bilder, lese bøker og avis, høre musikk og kommunisere med omverden.

En norsk studie viser at over halvparten av de

«Fremtidige sykehjemspasienter vil trolig ha iPad eller mobiltelefon som en naturlig del av tilværelsen.»

en skvis mellom standardiserings- og individualiseringskravet (13). Studier viser at personalet er splittet i synet på om aktiv omsorg kan gjennomføres innenfor eksisterende personalressurser (14). Det



VEILEDNING: De aller fleste sykehjemspasienter trenger hjelp til å bruke nettbrett.
Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Sammenheng

Bakgrunn: Aktivitet, både sosial, kulturell, fysisk og åndelig, betyr mye for den enkelte. De fleste mennesker har gleden av å delta i ulike aktiviteter. Helse- og omsorgstjenester bør tilrettelegge for individuelt tilpassede og meningsfulle aktiviteter til sine brukere. Det er behov for å ta i bruk nye løsninger, ny teknologi og nye metoder for å styrke omsorgstilbudet i kommunene. Nasjonale og internasjonale studier viser at det er både interesse for og skepsis til bruk av nettbrett blant eldre. Det finnes lite forskning om bruk av nettbrett på sykehjem.

Hensikt: Hensikten med studien var å prøve ut om nettbrett kan brukes til aktiviteter som bidrar til mer meningsfull hverdag for sykehjemspasienter.

Metode: Deltakere var 16 førsteårs sykepleiestudenter. Vi har kartlagt studentenes erfaringer med bruk av iPad under sin praksis på sykehjem. Refleksjonsnotater ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Funn: Funn fra studie viser at ved hjelp av nettbrett ble det skapt mange gode øyeblikk for pasientene på sykehjem. Dårlig trådløst nettverk og lite tid til aktivitetsarbeid er dagens utfordring på sykehjem.

Konklusjon: Erfaringene fra prosjektet viser at nettbrett kan brukes som verktøy på sykehjem under forutsetninger at det blir forbedret internettdækning og gitt mer tid og ressurs til aktivitetsarbeid.

Nøkkelord: sykehjem, aktiviteter, nettbrett

Summary

Good moments with tablets in nursing homes. Experiences from a student project.

Background: Activities, both social, cultural, physical and spiritual, means a lot for the individual and most people have the pleasure of participating in different activities. The health and care services should facilitate individualized and meaningful activities for their users. There is a need to apply new solutions, new technology and new methods to strengthen care services in the municipalities. National and international studies show that there is both interest and skepticism about the use of tablets of the elderly. There is little research on the use of tablets in nursing homes.

Aim: The purpose of the study was to test whether tablets could be used for activities that contribute to a more meaningful everyday life for nursing home patients.

Method: The participants were 16 first year nursing students. We have mapped the students' experiences with the use of iPad during their practice at nursing homes. Reflection notes were analyzed by means of systematic text condensation.

Findings: Findings from studies show that by means of tablets, many good moments were created for patients in nursing homes. Poor wireless networks and little time for activity work are today's challenge at nursing homes.

Conclusion: Experience from the project shows that tablets can be used as tools in nursing homes on the understanding that improved internet coverage and more time and resources for activity work.

Keywords: nursing home, activities, tablets





UVANT: Mange eldre har problemer med å bruke nettbrett. De trykker blant annet for hardt og for lenge på skjermen. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

eldre etter fire måneders utprøving ikke klarte å bruke iPad til å styre lys i hjemmet (21). Disse funnene er bekymringsfulle, når nettbrett stadig lanseres som en av løsningene på framtidens helseutfordringer. Internasjonale studier viser at eldre er både positive og skeptiske til bruk av slik teknologi og suksess er avhengig av god opplæring og tilrettelegging (22, 23, 24). Chan (23) hevder at iPad-trening kan forbedre noe kognitiv funksjon og ha innvirkning på sosiale aktiviteter.

En studie blant personer med demens viste at enkle nettbrettspill kan gi glede i hverdagen (25).

«Pasientene med kognitiv svikt, nedsatt hørsel og syn ble også inkludert.»

Flere nettbrettfunksjoner, som internett, kommunikasjonsprogrammer og avislesing ble diskutert i en norsk studie knyttet til aktivitet blant eldre (26). Studien avdekket at helsepersonell både viser interesse og skepsis i forhold til teknologi i tjenesten (26). Bruk av teknologi og systematisk bruk av frivillige tjenester kan bli en ny modell for omsorg i helsetjenesten. Dette kan bidra til å opprettholde

mestring, sosial deltakelse og utsette funksjonell nedgang hos eldre (27).

Vi søkte etter tidligere forskning i anerkjente databaser, og valgte studier fra Norge, Canada, USA og Storbritannia for å vise status både nasjonalt og internasjonalt. Det eksisterer få vitenskapelige publikasjoner som omhandler bruk av nettbrett til aktiviteter på sykehjem. Vi utviklet derfor en studie for å prøve ut nettbrettaktiviteter for sykehjemspasienter. Studien involverte sykepleiestudenter, som brukte nettbrett til å aktivisere pasienter under praksis i grunnleggende sykepleie på sykehjem. Vi formulerte følgende forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har sykepleiestudenter med nettbrett som aktivitetstilbud for sykehjemspasienter?

Metode

Vi valgte et kvalitativt design (28) for å analysere studentenes erfaringer. Kvalitative data er tekst, i form av refleksjoner, samtaler eller observasjoner. Refleksjonsnotater ble benyttet som metode for datainnsamling, siden studien søkte dybdekunnskap om hvordan studenter erfarte bruk av nettbrett til ulike aktiviteter på sykehjem. Refleksjonsnotat gir direkte tilgang inn til informantene som får anledning til å uttrykke sine ideer og kunnskaper gjennom skriving (29). Sju refleksjonsnotat er grunnlaget for dataanalyse. Egne erfaringer og notater fra samtaler

og observasjoner i praksis ligger også til grunn for resultat i artikkelen (28).

Vi rekrutterte 16 informanter blant studentene som hadde søkt praksisplass på de tilfeldig utvalgte fire avdelingene, fordelt på to sykehjem. Studentene jobbet sammen parvis, og hvert studentpar fikk utdelt et nettbrett (iPad) med noen nedlastede programmer og apper. Prosjektansvarlig/førsteforfatter, som var veileder i praksis, ga opplæring.

Sykepleiestudentene brukte nettbrett som redskap til å aktivisere pasientene på sykehjemmet. Prosjektet ble gjennomført på langtidsavdeling og rehabiliteringsavdeling og alle pasienter på disse ble inkludert i prosjektet. Pasientene med kognitiv svikt, nedsatt hørsel og syn ble også inkludert.

Studentene ble bedt om å skrive et refleksjonsnotat på slutten av praksisperioden. De jobbet også her sammen parvis. Ett studentpar valgte å ikke levere inn notatet. I og med at dette var frivillig, ba vi ikke om årsak og det hadde ikke betydning for evaluering av studentene i praksis. I refleksjonsnotatet ba vi informantene om å beskrive erfaringer, opplevelser og utfordringer knyttet til bruk av nettbrett til ulike aktiviteter. Vi opplevde at studentene beskrev varierte erfaringer som kunne belyse forsknings spørsmålet (28).

Analyse

Sju refleksjonsnotat utgjorde grunnlaget for analysen. Til sammen seks sider tekst, skrifttype Times New Roman 11, enkel linjeavstand. Analysen var inspirert av systematisk tekstkondensering (28). Analysemetoden handler om å bryte ned teksten, plukke den fra hverandre for så å sette den sammen igjen, det vil si dekontekstualisere og rekontekstualisere (28).

Først leste vi gjennom hele datamaterialet for å danne oss et bilde av materialet (28). Vi søkte etter beskrivelser som kunne kaste lys over hvordan informantene erfarte aktivisering med iPad. Deretter sorterte vi relevant tekst fra irrelevant, for å finne frem til tekst som egnet seg til å belyse problemstillingen.

Meningsbærende enheter ble markert, for eksempel musikken kunne skape stemning, plutselig våknet pasienten til og det ble en fin kveldsavslutning. Meningsbærende enheter som handler om det samme ble etter hvert sortert sammen under kategorier, for eksempel Gode øyeblikk med nettbrett (28). På dette stadiet var det nyttig å jobbe sammen med sisteforfatter (28). Til sist ble materialet sam-

menfattet og rekontekstualisert, og vi laget en analytisk tekst (28).

Etiske overveielser

Vi ba ledere ved de aktuelle avdelinger om tillatelse til gjennomføring av prosjektet. Før oppstart fikk informantene undervisning i etikk, samt opplæring i forhold til lagring av bilder og data på nettbrett.

«Alle opplevde musikk som kilde til glede, latter, sangstunder, mimring og diskusjoner.»

Ingen personlige data om pasienter eller studenter ble samlet inn, og derfor var det ifølge NSD ikke nødvendig med deres godkjenning (30). Studentene fikk skriftlig informasjon om prosjektet. Det ble understreket at deltakelse var frivillig og ikke ville få noen konsekvenser for vurdering i praksis. Videre var det frivillig for informantene å levere refleksjonsnotatet som danner grunnlaget for analysen. Data ble anonymisert før publisering (31).

Resultat

Alle informantene var positive til bruk av nettbrett på sykehjem. Men mange erfarte utfordringer knyttet til det å bruke nettbrett til ulike aktiviteter. Særlig pasienter med nedsatt syn og hørsel trengte individuelle tilpasninger av aktiviteter. Gjennom analysen kom det frem tre kategorier: gode øyeblikk med nettbrett, dårlig internettilgang og tidspress.

Gode øyeblikk

Pasientene på sykehjemmet har ulik grad av kognitiv svikt. For pasienter med store kognitive vansker fungerte kun de enkleste spill og applikasjoner, ofte uten at pasienten trengte å betjene iPaden selv. Spill og aktiviteter som krever hukommelse, oppmerksomhet, konsentrasjon og planlegging var vanskelig for denne gruppa med pasienter. Puslespill, enkle spill og tegneprogram på nettbrett var populære aktiviteter blant pasientene. Fylkesarkivet sine nettsider viste seg å være en god kilde til gamle bilder.

En gang satt jeg og bladde i gamle bilder i lag med min primærpatient. Pasienten satt døsig og trett og så på bildene. Plutselig våknet pasienten til og sa: «Dette



er Førdefjorden». Så ble det litt snakk omkring dette spesielle bildet.

Eldre som bor på sykehjem i dag forstår ikke så godt moderne teknologi. En informant spilte «Fire på rad» med en av pasientene en gang. Pasienten snudde hele tiden på nettbrettet og så ned på gulvet for å se hvor brikkene forsvant. Det å ikke kunne ta på brikkene fysisk var ukjent for pasienten. Det var vanskelig for pasientene å skjønne hvordan berørings skjerm fungerte, de trykte for hardt og holdt for lenge, derfor var det ofte informantene som måtte ta styringen.

Informantene møtte også pasienter som var nysgjerrig på den nye teknologien og fikk fort interesse for aktiviteter knyttet til bruk av nettbrett:

Jeg har opplevd at pasienter fort fikk taket på hvordan en iPad fungerte, og jeg har opplevd at pasientene har fått glede av det. Det var 60-talls musikk på Spotify som «gjorde susen».

Informantene erfarte at musikken kunne skape stemning og være et samtaleemne:

Jeg satt på musikk av Ivar Medaas i stuen. Fire pasienter var der. En ble ivrig i å fortelle om akkurat denne musikanten. Det vekslet mellom musikklytting og diskusjoner. Dette ble en fin kveldsavslutning.

Alle informantene opplevde musikk som kilde til glede, latter, sangstunder, mimring og diskusjoner. En pasient med langtkommet demens, motorisk- og verbalt urolig, ble ofte skjermet på eget rom eller medisineret. Informantene fant ei lydbok som pasi-

trum. Om nettbrett kan være med på å skape trivsel på sykehjem, var cirka halvparten av studentene som deltok i studien usikre på. Men mange gode øyeblikk, som i eksempler over, viser at det er mulig. Alle hadde gode erfaringene med å høre på musikk, se gamle bilder i Fylkesarkivet, se på filmer og bruke nettbrett til enkle spill. Dette ble ofte innledet med en samtale og kartlegging av interesser og funksjonsnivå til pasienten, noe som studentene oppga som avgjørende for vellykket aktivitetsarbeid.

Dårlig internettilgang

En av de største utfordringene i prosjektet var tilgang til internett på sykehjem. På alle avdelinger var det installert trådløst nett, men det viste seg å ikke fungere optimalt. Å få opp bilder fra Fylkesarkivet sine nettsider tok for eksempel så lang tid på noen av avdelingene, at det har skjedd at pasienten sovnet underveis. På en avdeling var nettilgang mulig kun på gangen, noe som ikke ga særlig mulighet for bruk av nettbrettet til aktivisering av pasientene. Dette ble løst ved å kjøpe inn et SIM-kort og mobilt abonnement, men dette fungerte heller ikke optimalt.

Alle apper og funksjoner som krever internett har blitt lite eller ikke brukt i det hele. Vi opplevde at vi kunne ha oppmerksomhet til pasienten en stund, men når apper og nettsider brukte tid til å laste inn var oppmerksomheten og tålmodigheten fort slutt.

Mange av informantene mente at prosjektet ville være mer vellykket dersom trådløst nett fungerte bedre. Sykehjem som prosjektet ble gjennomført på var relativt nye og moderne, men rutene ble montert i etterkant av byggeprosessen. Korridorene var lange og avstand fra rutere hadde nok betydning for kvaliteten på det trådløse nettverket. Nettverket var beregnet for publikum og ansatte og beskyttet med passord.

Tidspress

I løpet av en vakt på sykehjemmet går store deler av tiden med til å dekke grunnleggende behov hos hver enkelt pasient: stell, måltid, toalettbesøk og liknende. Når alle disse behovene er dekket er det ofte tid for å hvile for pasientene. De fleste pasientene får relativt få aktivitetstilbud.

Med så lite menneskelige ressurser en har på sykehjem per i dag, der en har akkurat nok tilsette til å dekke grunnleggende fysiologiske behov men sjelden noe mer (...) Den ene pasienten vi møtte sa at hun trivdes og hadde det godt på sykehjemmet, men at hun

«De fleste pasientene får relativt få aktivitetstilbud.»

enten fikk høre på. Dette endret pasientens atferd. Han sluttet å rope stadig «hjelp» og ble roligere. Pasienten hadde alltid likt å lese, viste det seg i en samtale med pårørende, men dårlig syn og demens gjorde at det ikke lenger var mulig for pasienten å lese bøker selv. Pasienten har fått helt annen hverdag ved å igjen kunne nyte skjønnlitteratur. Dette viser betydningen av individuell tilnærming og kartlegging av pasientens interesser og udekkede behov, også kulturelle.

Når pasient og student satt med nettbrett var det nettbrettet som var i fokus, og ikke alle pasientene likte det så godt. Så med eller uten iPad, er studentene sin refleksjon, at pasienten alltid bør stå i sen-



savnet å ha noen å snakke med fordi de som jobbet der aldri hadde tid. Skal en iPad erstatte den menneskelige kontakten og gode samtalen – som en allerede har for lite tid til?

I tillegg til tidsmangel opplevde studentene et viss press fra personalet. Rollen som sykepleiestudent og deltaker i prosjektet opplevde studentene som motstridende. Det var forventet at studentene skulle utføre mer rutineoppgaver i avdelingen og aktiviseringsarbeid ble sett på som unødvendig på noen av avdelingene. Der personalet var mer involvert i prosjektarbeidet, kunne en oppleve mer samarbeid og respekt for innsatsen.

Diskusjon

Våre funn kan tolkes som om at nettbrett er et enkelt verktøy som kan brukes til å underholde pasientene og formidle kultur til pasientene som ikke kan delta på aktiviteter utenfor institusjon. Og det samsvarer med funn i tidligere studier (25) som viser at bruk av iPad kan skape glede og gode øyeblikk. iPad kan derfor være et alternativ til aktiviteter i den moderne eldreomsorgen, der kravene til nytenkning er stadig økende.

Motstand mot implementering av teknologi er et kjent problem og det er viktig med opplæring og informasjon om nytteverdi av å bruke utstyret, for å minske denne motstanden (17, 18). Gode prosesser hvor en planlegger bruk av innovative teknologiske

løsninger forutsetter opplæring og vilje til å endre rutiner, samt identifisering av behovet (16).

Vi bør stille spørsmål om sykehjemsansatte i vårt prosjekt har fått nok informasjon og opplæring for å kunne se nytteverdi av studentenes innsats og nytteverdi av å bruke iPad. Funnene våre samsvarer med tidligere forskning (14, 25). Tilbudet på sykehjem er avhengig av at pleiepersonalet tilrettelegger for akti-

TREGT: På mange sykehjem er nettilgangen dårlig. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Studentene i prosjektet opplevde lite støtte fra pleiepersonalet.»

viteter. Studentene i prosjektet opplevde lite støtte fra pleiepersonalet, kanskje på grunn av dårlig forankring og informasjon.

Kultur, aktivitet og trivsel skal vektlegges i en helhetlig tjeneste (5, 6), noe som er ofte vanskelig å innfri i det virkelige liv på institusjoner (1, 10). Mål for pleie på sykehjem bør også være å dekke kognitive og estetiske behov (7). Munkejord (9) hevder at kommunale tjenester ikke er forberedt på å ivareta sosial omsorg.

Nettbrett kan ikke erstatte menneskelig kontakt og oppmerksomhet, men kan brukes som ressurskilde og verktøy til kognitive aktiviteter som spill og musikk. Mange gode øyeblikk opplevd under



prosjektet viser at kartlegging av individuelle preferanser og fokus på individet kan bidra til bedre trivsel. Dette kunne sikkert vært oppnådd på liknende måte med andre verktøy. Bruk av nettbrett er ikke avgjørende for å lykkes med aktivitetsarbeid, men kan bidra til å skape gode øyeblikk.

For å kunne bruke nettbrett til å skape gode øyeblikk trenger man tilgang til internett. Våre funn viser at tilgang til internett på sykehjem ikke er en selvfølge. Etter det vi kjenner til gjennom flere medieoppslag er dette en utfordring i flere norske kommunale sykehjem i dag. Videre viser funnene våre at dagens eldre generasjon har ikke så god forståelse av teknologi og nettbrett, noe som er i tråd med funn i andre studier (22). Bruk av nettbrett var veldig avhengig av at studentene hadde ansvar for og kontroll over aktivitetene.

Skype ble vurdert til kommunikasjon mellom pasienter og pårørende, men dette ble ikke satt i gang på grunn av manglende interesse fra pasientenes side. Om lag 40 prosent i alderen 45–79 år bruker internett til kommunikasjon gjennom sosiale medier (20). Tallet vil trolig øke i nærmeste framtid. Institusjoner bør være forberedt på utviklingen og tilpasse sine tjenester slik at brukere og pasienter får tilgang til internett.

Våre funn viser at dagene på sykehjem er preget av daglige rutiner knyttet til fysiologiske behov og at det ikke er mye tid til individuelt tilpasset tilbud om aktivitet. Dette samsvarer med tidligere studier (1, 14). Politiske styringsdokument vektlegger kultur, aktivitet og trivsel som sentrale element i en helhetlig omsorgstjeneste (5, 6) men det vises for lite i prioriteringer på individ og institusjonsnivå.

Mer forskning om hvordan slike verktøy påvirker aktivitetsnivå og trivsel til pasientene på sykehjem er nødvendig. Internetttilgang på sykehjem er også et område som er lite utforsket. Kravene til teknologi vil trolig være økende hos fremtidige sykehjempasienter (19).

Vi har ikke undersøkt hvilken betydning deltakelse i prosjektet hadde for utvikling av IKT-kompetanse blant studentene. Gjennom observasjon underveis kunne en merke voksende interesse, engasjement og trygghet i bruk av nettbrett. De fleste studentene hadde erfaring i bruk av nettbrett fra før, resterende fikk tilbud om opplæring. De studentene som hadde minst erfaring med

nettbrett ble mest ivrige i bruk av det. På tross utfordringene var det mange gode opplevelser.

Svakheter og styrker ved studien

Førsteforfatter var lærer i praksis og forsker. Observasjoner underveis, samt diskusjon med medforfatter, var nyttig for å sikre objektiv tolkning og sammenstilling av dataene. Datamaterialet viser både negative og positive erfaringer ved bruk av nettbrett, noe som styrker troverdigheten. Resultatene representerer studentenes erfaringer og meninger. Det ville trolig gitt bedre metning og variasjon i datamaterialet dersom ansatte i avdelingen også hadde deltatt, da de har bredere erfaring med å aktivisere pasienter (28).

En annen svakhet kan være at vi bare har innhentet muntlig samtykke, noe vi begrunner med at deltakelse ikke skulle få konsekvenser for vurderingen i praksis. Refleksjonsnotatene var også frivillig, og vi anser det slik at informantene som leverte disse samtykket til at deres refleksjoner kunne nyttes i publisering.

Konklusjon

Generasjonen som bor på sykehjem i dag har vokst opp i en tid der teknologi ikke har vært en del av hverdagen. Telefon, radio og tv er den teknologien de er kjent med og bruker. Mange av pasientene har ikke sett en iPad før. Det er ukjent, hypermoderne og noe de ikke er vant med. Mange av pasientene ville fått glede av å prate med kjente, spille brettspill eller høre på musikk sammen. Erfaringene fra prosjektet viser at nettbrett kan brukes som aktivitetstilbud på sykehjem under forutsetning av at det blir forbedret internettdekning og gitt mer tid og ressurser til aktivitetsarbeid. ■

Referanser

- Haugland BØ. Meningsfulle aktiviteter på sykehjem. Sykepleien Forskning 2012 7 (1). 2012; p. 40-47.
- Veske M. Kreativitet i hverdagen. En kvalitativ studie av kreative aktiviteter i hverdagen til unge eldre. Masteroppgave i Sosialt arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus. 2015.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. 2003. Kvalitetsforskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. 2012. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30.
- Meld. St. 26. (2012-2013). Fremtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet.
- Meld. St. 29. (2012-2013). Morgendagens omsorg.
- Renolen Å. Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2008.

8. Meld.St. 10 (2011-2012). Kultur, inkludering og deltaking.
9. Munkejord MC, Eggebo H, Scönfelder W. Hvordan ivaretas den sosiale omsorgen? Rapport 3-2017. Rokkansenteret. 2017.
10. Kjøvs B, Havig A. An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? *Scand J Caring Sci.* 2015. Jun; 30(2): p. 330-339.
11. Thorsen K. Aldringsteorier. In Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrik sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. p. 58-72.
12. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.
13. Sandvoll AM, Dale MJ. Daglege rutiner i sjukeheim – hinder eller pragmatisk skjema? *Michael.* 2015 Dec: p. 211-22.
14. Jakobsen K, Granebo R. Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. *Sykepleien Forskning.* 2011: p. 144-150.
15. Fossøy AB, Hauge S, Grov EK. Grindagutar på sjukeheim: Tilsette sin erfaring med kulturprosjekt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 2-2013.* 2013: p. 42-57.
16. Melting JB, Frantzen L. Gevinstrealiseringsrapport nr. 1. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling Omsorgstjenester; 2015. Report No.: IS-2416.
17. Dale Ø, Boysen ES, Svagård I. Rapport. Bruk av berørings skjerm på sykehjem. Oslo: SINTEF; 2015. Report No.: ISBN 9788214059120.
18. Nilsen ER, Dugstad J, Eide H, Gullstett MK, Eide T. Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services- a longitudinal case study. *BMC Health Services Research.* 2016. 16:657.
19. van Hoff J, Dooremalen A, Wetzels M, Weffers H, Wouters E. Exploring Technological and Architectural Solutions for Nursing Home Residents, Care Professionals and Technical Staff: Focus Groups With Professional Stakeholders. *International Journal for Innovative Research in Science & Technology.* 2014. Volume 1, Issue 3: p. 90-105.
20. Ingulfsen L, Gilje Ø. Mediekompetanse. En systematisk oversikt over studier av mediekompetanse i befolkningen. *Medietilsynet;* 2014.
21. Alyseike H, Brønnick K. Feasibility of the iPad as a hub for smart house technology in the elderly; effects of cognition, self-efficacy, and technology experience. *Journal of multidisciplinary healthcare.* 2012. 5: 299-306.
22. Vaportzis E, Clausen MG, Gow AJ. Older Adults Perceptions of Technology and Barriers to Interacting with Tablet Computers: A Focus Group Study. *Frontiers in Psychology.* 2017. 25(8):841-851.
23. Chan M, Haber S, Drew L, Park D. Training Older Adults to Use Tablet Computers: Does It Enhance Cognitive Function? *Gerontologist.* 2016. 56(3):475-484.
24. Delello, AJ, McWhorter R. Reducing the Digital Divide: Connecting Older Adults to iPad Technology. *Journal of Applied Gerontology.* 2017. Jan;36(1): p. 3-28.
25. Astell A, Joddrell P, Groenewoud H, de Lange J, Goumans M, Cordia M, et al. Does familiarity affect the enjoyment of touchscreen games for people with dementia? *International Journal of Medical Informatics.* 2016. Jul;91:e1-e8.
26. Aardalen B, Moen A, Gjevjon ER. Fra vestvold til nettbrett - Helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Nordisk sykeplejeforskning.* 2016. (Volum 6): p. 298-309.
27. Østensen E, Gjevjon ER, Øderud T, Moen A. Introducing Technology for Thriving in Residential Long-Term Care. *Journal of Nursing Scholarship.* 2017. Vol. 49(1), p.44-53.
28. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4 utg) Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
29. Hatch JA. *Doing Qualitative research in education settings* Albany: State University of New York Press; 2002.
30. NSD Personvernombudet for forskning. Må jeg melde prosjektet mitt? [Online]. [cited 2017 januar 31. Available from: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldepikttest.html.
31. WMA Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2008.



Magene våre liker å gjenkjenne det vi spiser, derfor er det godt for magen med vanlig mat. Isosource Mix er en sondenæring som består av ekte råvarer som grønne erter, kyllingkjøtt, grønne bønner, fersken, appelsinjuice, vegetabiliske oljer og fiskeolje. At Isosource Mix etterligner vanlig mat i så stor grad som mulig kan ha flere fordeler. Sondenæring basert på vanlig mat kan redusere toleranseproblem samtidig som det kan gi pasienten en følelse av å ha en god matopplevelse* **HURRA FOR EKTE MAT!**

Ekte råvarer
valgt med omhu

*Hurt RT et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. *Nutrition in Clinical Practice.* Vol 30, Number 6, December 2015, 824-829.

For helsepersonell



Nestlé Health Science
Tlf. 67817400 www.nestlehealthscience.no



Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens?

Kunnskap, eller mangel på kunnskap, påvirker den daglige sykepleien som blir gitt til mennesker med demens på sykehjem. Opplæring på arbeidsplassen kan gi bedre pleie.

FAKTA

Av **Vigdis Granum**, sykepleier og førsteamanuensis, kompetansesenteret for seniorer, Oslomet-storbyuniversitet

Gry Opsahl, sykepleier og førstelektor, kompetansesenteret for seniorer, Oslomet-storbyuniversitet

Betty-Ann Solvoll, sykepleier og førsteamanuensis, Nord universitet, campus Namsos

Artikkelen er fagfellevurdert

Hensikten med denne fagartikkelen er å utforske og drøfte fagkompetanse som pleiepersonell i sykehjem må ha i møte med pasienter med demens, og hvordan slik kompetanse kan utvikles i praksis. Vi skal reflektere over en pasientsituasjon fra virkeligheten. Problemstillingen lyder: Hvilken sykepleiefaglig kompetanse er påkrevet i møte med pasienter med demens?

En opplevd situasjon

Det er sen ettermiddag på sykehjemmet. Pleiepersonalet forbereder aftenstell. 80 år gamle fru Olsen ligger alene på rommet. Sengen står inntil veggen med sengehest på yttersiden for at hun ikke skal falle ut. Fru Olsen har vært en yrkesaktiv lærer, som nå er pleiepasient med begge beina amputert på grunn av gangren. Hun har utviklet moderat grad av demens. Fru Olsen er sengeliggende til noen hjelper henne med stell og forflytning. Døren til rommet åpner seg og en pleier kommer inn.

«Jeg skal hjelpe deg med litt stell før natten», sier pleieren og bretter dyna til side.

Fru Olsen holder krampaktig i dyna.

«Hva er det du holder på med?» spør pleieren.

«En sykepleier kan vise liten evne til empati.»

«Slipp dyna nå, så jeg får stelt deg», sier pleieren bestemt.

Fru Olsen holder fortsatt fast i dyna.

Pleieren river dyna brått ut av hendene på fru

Olsen - som blir redd. Det legger pleieren ikke merke til og fortsetter:

«Du skjuler noe, ja! Du har jo gjort på deg! Hvor mange ganger har jeg ikke sagt at du må ringe på oss når du skal på do!»

Pleieren peker på den store plakaten som henger over sengen der det står: Ring her!

Fru Olsen ser seg forvirret rundt; «Ringe ...? Her er ingen klokke ...»

«Nei, det er ingen klokke, det er en ringesnor! Se på plakaten; du kan jo lese! Du skal bare trekke i snora!»

Fru Olsen blir redd og begynner å gråte ...

Hvordan kan vi forstå og reflektere rundt kompetanse i denne situasjonen?

Kompetansebegrepet

Før vi analyserer situasjonen og identifiserer situasjonens krav til kompetanse, vil vi presentere kompetansebegrepet.

«Kompetanse» er definert av flere forskere. Ellström (1) skiller mellom formell og faktisk kompetanse. Formell kompetanse er knyttet til utdanning og beskriver en persons kunnskaper og ferdigheter. Kirkevold (2) bruker uttrykket personlig kompetanse, og fletter inn ulike kunnskapsformer; etisk, praktisk og teoretisk kunnskap, sammen med persons evne til intuisjon, refleksjon og erfaring.

Læreplanverket for Kunnskapsløftet forstår kompetanse som «evnen til å løse oppgaver og mestre komplekse utfordringer» (3). Denne definisjonen løfter oppgaveløsning som sentralt i kompetansebegrepet, men også mestring av komplekse utfordringer.

Begrepsforklaringene viser at kompetanse er et



OMSORG: Sensitivitet er en forutsetning for å kunne «lese» pasienter og forstå deres behov, både de uttalte og de uttalte. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

omfattende begrep med mange aspekter. I situasjonen beskrevet ovenfor, ser vi at flere dimensjoner ved kompetanse er relevant å dvele ved. Etter å ha beskrevet fremgangsmåten til artikkelen, analyserer vi den presenterte pleiesituasjonen.

Metode

Metodisk er denne artikkelen blitt til ved at vi har arbeidet med internasjonale og nordiske fag- og forskningsartikler. Som grunnlag for artikkelen har vi søkt i tre baser: Cinahl, Ovid Nursing og PubMed, med søkeordene; Dementia, competence, coping, experience, nur-sing care. Videre har vi diskutert egne erfaringer og interesser for sykepleiefaglig kompetanse overfor pasienter med demens. Så analyseres en erfart praktisk situasjon. Hensikten med kritisk refleksjon over en erfaring er å erverve ny kunnskap og få dypere innsikt. Spørsmål som stilles til situasjonen fører til at egen forutforståelse utfordres og

ny innsikt framtrer (4). Utfordringer kan være vårt eget kjennskap til feltet. Det utfordrer evnen til å stille spørsmål som kan gjøre det kjente fremmed, og slik unngå «blindhet» i møte med eget fagfelt.

Refleksjoner over en praktisk situasjon

Vi skal løfte frem hvilke utfordringer pasientsituasjonen viser gjennom å reflektere over og beskrive pasientens behov.

Alene og sårbar – utfordrer empati og evne til medfølelse

Fru Olsen ligger alene, i en seng med sengehest. Hun har amputert begge bena. Informasjonen forteller om en sårbarhet hos pasienten. Fru Olsen kan ikke forflytte seg om hun skulle ønske det. Hun er stengt inne, og prisgitt pleiepersonalets tilstedeværelse, engasjement, deres innsikt og kompetanse.

Pasientens skrøpelighet, og «trengt mot veggen»-



situasjonen, er en sårbarhet som faglig kyndige personer vil være bevisst. Etikkforskeren Nortvedt (5) vektlegger empati som en grunnleggende forutsetning for all sykepleiefaglig utøvelse. Sensitivitet er en forutsetning for å kunne «lese» pasienter og forstå deres reelle behov, både de uttalte så vel som de uttalte. Dette handler om relasjonell kompetanse. Denne kompetansen utvikles gjennom personlig erfaring og utvikling, og er vanskelig å lese seg til gjennom faglitteratur. Samtidig stimuleres og utvikles relasjonell kompetanse gjennom formell utdanning. Empati og sensitivitet er sentrale læringsutbytter i en sykepleierutdanning.

En sykepleier kan vise liten evne til empati. Det er også mulig å være en erfaren ufaglært pleier med stor grad av empati. Pleieren i denne situasjonen kan ha redusert evne til empati. Beskrivelsen viser for eksempel at pleieren ikke «ser» at pasienten blir redd, eller at hun er i en nedverdiget situasjon. Pleierens reaksjoner kan også ha andre forklaringer. Det er kveldsstell, og kanskje lite personale på vakt. Det kan være travelt. Kanskje flere pasienter ligger og venter på hjelp. Det vites ikke. Uansett om de nevnte forholdene kan forklare pleierens atferd, kan adferden ikke forsvares.

Pleie- og omsorgsutførelse er styrt av faglige retningslinjer, lover og forskrifter. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (6). Lovens krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er knyttet til

«Å miste kontroll over vannlating og avføring oppleves traumatisk, uavhengig av diagnose.»

helsepersonellens forventede kvalifikasjoner. Dette er problematisk da det er mange ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten. Deres kvalifikasjoner vet vi lite om. De er definert som medhjelpere i Helsepersonell-loven (6), noe som legitimerer at ufaglærte kan utøve pleie- og omsorgsoppgaver, riktignok under veiledning, men uten godkjent kompetanse, slik de øvrige 27 helseprofesjonene må dokumentere.

I NOVAs rapport om bemanning og kompetanse, svarer 37 prosent av personalet (162) på sykehjem at ufaglærte blir satt inn i turnus/vikarier når

sykepleiere blir sykmeldte (7). Dersom pleieren i vår case er ufaglært, og satt til å hjelpe en pasient med demens som er avhengig av pleie gjennom døgnet på grunn av immobilitet, hjelper det ikke å ha en lov. For en ufaglært pleier kan det argumenteres med at det ikke kan forventes å ha empati- og relasjonell kompetanse. De ufaglærte som arbeider på sykehjem kan ikke lastes for manglende kompetanse. Det er en lederoppgave å ansette pleiepersonale som har eller som forplikter seg på å utvikle kompetanse til å møte de krevende sykepleiefaglige utfordringene de står overfor i sykehjem ved å tilrettelegge med internundervisning og veiledning.

Bluferdighet, sjenanse og redsel for å vise naken kropp – utfordrer til varsomhet og beskyttelse

Pleieren kommer med et tilbud om hjelp. Hun er her på «giversiden». Men tilbudet varer kun til pleieren blir uenig med fru Olsen om tildekking av kroppen. Pleieren bretter dyna til side. Pasienten niholder på den. Her oppstår uenigheten. Her utfordres pleierens holdninger til medbestemmelse. Medbestemmelse eller «brukermedvirkning» er et vanskelig faglig begrep. For at en pasient skal ha autonomi og bestemme selv, må vedkommende være samtykkekompetent. Fru Olsen lider av demens. Det kommer ikke frem i hvilken grad sykdommen medfølger kognitiv svikt. I denne situasjonen kan det hende at kognisjon spiller liten rolle. Det er ikke tankene til fru Olsen som er viktigst her. Emosjonene spiller en større rolle. Hun blir «avslørt» i en nedverdige situasjon, og i tillegg av en person som virker sint. Beskrivelsen oppgir at fru Olsen er redd. Pasienten forsøker å skjule sin inkontinens og berge sin verdighet ved å dekke over og holde fast i dynen.

Å miste kontroll over vannlating og avføring oppleves traumatisk, uavhengig av diagnose, da dette er kroppsfunksjoner som sitter dypt i mennesket. Pasienten har denne «hukommelsen» i kroppen. Hun ydmykes og fornedres da hun blir «avslørt» ved at pleieren ikke «leser» situasjonen, men river dynen fra henne.

Pasientens manglende samarbeid utfordrer pleierens evne til profesjonelt fleksibelt samarbeid

Pleieren reagerer på pasientens vegring ved å irettesette henne. Pleieren viser til plakaten med «Ring her!». Det er som om pasienten har gjort noe alvorlig galt. I uttalelsen «du kan jo lese», ligger en anklage. Irettesettende ord blir fulgt opp med anklagelser.



FORSTÅ PASIENTEN: Kunnskap om demens er en forutsetning for å forstå hvordan det kan kjennes for pasienter å være tilnærmet bare kropp, men allikevel ha følelsene intakt. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

BLI KJENT: Pleiepersonalet kan deles opp i mindre grupper, som får hovedansvaret for noen pasienter. På den måten får de kunnskap om pasientene, som de kan formidle til andre ansatte. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Det er ytterligere en fornedrelse for pasienten som er en gammel lærer. Pasientens gråt og fortvilelse kan forstås som en krenkelse og opplevelse av uverdighet. I første omgang kan vi undre oss over om pleieren mangler empati, sensitivitet og medfølelse. Er det mulig å stå overfor en pasient som er redd, fortvilt og som gråter, uten å la seg berøre av reaksjonen, og å forstå at dette er en vanskelig situasjon for pasienten?

Helse- og omsorgstjenesteloven (8) peker på at det skal tilrettelegges for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Det skal sikres muligheter til å leve og bo selvstendig, ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre og tilpasset den enkeltes behov. Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Hvilken kompetanse utfordres pleieren på? Det kan tolkes som om pleieren ikke «ser» og forstår pasientens reaksjoner på nakenhet. Pleieren skjønner ikke at pasienten kan føle seg avslørt og at hun er redd. Det er kritikkverdig med tanke på respekt og integritet. Pleiepersonalets kompetanse må være preget av etisk bevissthet. Her handler det om å bygge en relasjon der pasienten blir sett. Det er viktig at omsorgsutøvere berøres av det de opplever, slik at pasienten kan bli møtt med respekt. Filosofen Søren Kirkegård sier;

«For i sandhet at kunne hjelpe en anden, må man kunne forstå mer enn ham, men dog først og fremst forstå det han forstår» (9, §2).

Kognitiv svikt – utfordrer kompetanse og kunnskap om demens

Pleierens anklage handler ikke bare om at pasienten ikke har kunnet holde på urin og avføring og at hun forsøker å skjule noe. Pleieren anklager pasienten

«Pleieren skjønner ikke at pasienten kan føle seg avslørt og at hun er redd.»

for at hun kognitivt ikke kan lese og har forstått at det å «ringe her» betyr at hun skal trekke i en snor. De som har kunnskap og forståelse for mennesker med demens, vil forstå at skriftlig informasjon om å «ringe» er uhensiktsmessig, når meningen er å trekke i en snor. Det var nødvendigvis ikke denne pleieren som satte opp skiltet. Skiltingen kan fortelle noe om kollegiet i avdelingen. Her mangler kanskje ikke bare pleieren, men også hennes kollegaer kunnskap og forståelse for pasienter med demens. Biomedisinsk forståelse av diagnosen er



en viktig kunnskapsform. I tillegg er kjennskap til psykososiale konsekvenser og hvilken betydning diagnosen får for kvalitet i pleiesituasjonen, en nødvendig kompetanse. Jo mer utdanning en person har innenfor det sykepleiefaglige- og medisinske feltet, desto større krav er det til å forstå hva pasienters helsesvikt innebærer, og hvordan svikten utfordrer den profesjonelle kompetansen man besitter.

En sentral hensikt med Demensplanen 2020 (10) er å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens. Målet med planen er å ta vare på og integrere personer med demens i samfunnsfellesskapet. Det ønskes større åpenhet og kunnskap rundt demens. Alle personer med demens skal bli møtt med forståelse og respekt. Planen er velmenende og faglig god. På hvilke måter kan myndighetenes styringsdokumenter få betydning for den enkelte pleier? Spørsmålet er viktig for alle som arbeider med syke gamle. Kompetansebehovet innbefatter både etisk-, praktisk- og teoretisk kunnskap (2).

Denne pleieren kan ha mange oppgaver som venter, men det formidler ikke situasjonen. Med kunnskap ville hun ha vært i stand til å «lese» situasjonen og forstå pasienten. Hun kunne for eksempel la pasienten få ligge og roe seg, gå ut og sjekke om det var andre presserende oppgaver, for senere å gå tilbake og hjelpe pasienten med stellet. Kompetanse som hviler på relevant kunnskap, gir alternative måter å handle på.

Hvem har ansvar for å lover, forskrifter og faglige retningslinjer etterleves? Hvem påser at kollegiet, både profesjonelt utdannede, men også ufaglærte får opplæring og kompetanse tilsvarende de situasjoner og utfordringer de står overfor? Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

«Kompetanse som hviler på relevant kunnskap, gir alternative måter å handle på.»

(11), beskriver tydelig plikten til å planlegge og å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring (§6, f).

Internkontroll skal utføres med systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med de krav som er fastsatt i helselov-

givingen. Det er Helsetilsynet som foretar tilsyn/ kontroller på bakgrunn av bekymringsmeldinger eller avvikrappotering fra virksomhetene og de ansatte. Ledere i helse- og sosialinstitusjoner har ansvar for å gjøre lovverket kjent for ansatte, og sikre tjenestekvaliteten ved at lover og forskrifter etterleves i praksis. Hver ansatt har et ansvar for å melde avvik fra den standard som er satt av myndighetene.

I vårt case fremgår ikke hvilken formell kompetanse pleieren har. Det vi imidlertid kan identifisere er mangel på faktisk kompetanse. Pleieren håndterer ikke situasjonen på en god måte. Den etterspurte kompetansen kommer til uttrykk gjennom pasientens behov, altså arbeidets art. Pasientens behov overstiger det pleieren klarer å vise av kompetanse.

Forslag til kompetansehevingstiltak

I analysen av situasjonen har vi pekt på nødvendige kompetanseområder. Evne til empati er gjennomgående. Viktige spørsmål å stille er: Hvordan er det å være pleier i denne situasjonen? Hvordan kan jeg hjelpe deg? Behov for kunnskaper og ferdigheter om demens kommer også frem i refleksjonene ovenfor. Hvordan kan kompetanse videreutvikles i et kollegium?

Systematisk og planmessig arbeid med kompetanse

Det er nødvendig for ledelsen i sykehjem å ha systematisk og planmessig gjennomføring av kompetanseutvikling. Vår tolkning av funn i forskningsartiklene viser ikke bare behov for økt kompetanse på et individnivå, men også på kollegianivå (12). En måte å arbeide målbevisst er for eksempel å organisere personalet i «tospann». To personer arbeider sammen hvor den ene har helsefaglig utdanning og får ansvar for å veilede sin ufaglærte kollega. Personalet kan også organiseres i triader; tre stykker sammen som utgjør en gruppe hvor den med helsefaglige kompetanse får ansvar for veiledning av de med lavere fagkompetanse. Dyadene eller triadene får primæransvar for en gruppe pasienter som de følger opp over tid, og får anledning til å bli kjent med pasientens biografi. Samarbeid med pårørende kan bidra til å skaffe til veie bilder og foto av pasientens familie. Slik kan kollegagruppen danne en personsentret omsorgsgruppe rundt pasienten, hvor alle blir kjent med livet før institusjonalisering og situasjonen nå. Triadene vil etter hvert besitte en spesiell kunnskap



om «sine» pasienter som kan deles med de andre på avdelingen. Kunnskap om demens er en forutsetning for å forstå hvordan det kan kjennes for pasienter å være tilnærmet bare kropp, men allikevel ha følelsene intakt. Det er gjennom følelsene vi må kommunisere og anvender vår innsikt og nestekjærlighet. Davies et al (13) identifiserer i sin artikkel fire objektive indikatorer som er vesentlige for å måle kvaliteten på pleien til eldre:

1. Fremme omfattende individuell vurdering og tverrfaglig planlegging.
2. Oppmuntre pasienter til å delta i avgjørelser som angår dem.
3. Kommunikasjonsmønstre som unngår å utøve makt og kontroll over pasientene.
4. Forsøke å endre miljøet for å fremme selvstendighet og uavhengighet.

Trene individuell evne til refleksjon

En nødvendig kompetanse tilknyttet vårt pasienteksempel omhandler personlig og faktisk kompetanse. Det er som enkeltmenneske pleiepersonalet møter pasienter og deres behov. Det stilles krav til deres evne til å håndtere og mestre utfordringene. Evne til å løse praktiske problemstillinger har relevans for individet.

I veiledningssammenheng får enkeltpersoner ikke nødvendigvis større kompetanse ved kun å ha erfaringer. Erfaringer må bearbeides for at nye innsikter skal erverves. Å sette ord på erfaringer bidrar til tydeliggjøring av egne følelser og tanker. En får

anledning til å tenke gjennom det som skjedde og komme til erkjennelser som gjør det mulig å handle annerledes ved neste gangs opplevelse. Å trene refleksjonsevnen kan gjøres i individuelle samtaler med faglige veiledere eller faglig ansvarlige ledere (14).

Trene kollegiets evne til å diskutere utfordrende situasjoner sammen

Kompetanse til å håndtere krevende situasjoner er ikke bare enkeltpleieres ansvar. Det påhviler kollegiet å utvide kunnskaper og ferdigheter knyttet til pasienter med demens. Evne til refleksjoner kan trenes i kollegafellesskap, der flere kan bidra med å granske og kaste lys over erfaringer. Strandos et al (15) iverksatte undervisningsprogram på sykehjem. De erfarte at intervensjonen aktiverte kunnskap og faglig engasjement i personalgruppen og blant lederne. De opplevde begeistring når «håpløse» situasjoner ble løst gjennom kunnskap som tillitsskapende tiltak, økt kjennskap til pasientene, deres verdier og historie. Personalgruppen ble utfordret på etablert tenkning og praksis og rigid pleiekultur (15).

Støback (16) viser ved sitt program hvordan forståelse og mestring av utfordrende atferd hos pasienter med demens kan trenes. Tanken bak kompetanseprogrammet er at personalet trenger handlingsberedskap når pasientatferd oppleves utfordrende. «Hva skal vi gjøre? Vi klarer ikke dette!» er utsagn som ofte kan høres fra personalet når de møter utfordrende situasjoner. Programmet gjennomføres med

REFLEKSJON: Å sette ord på hva man har opplevd, bidrar til å tydeliggjøre egne følelser og tanker. Det kan igjen føre til en erkjennelse om at man bør gjøre ting annerledes neste gang. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



kombinasjoner av undervisning og refleksjoner over opplevelser.

En intervensjonsstudie viser at undervisning og veiledning med fokus på kommunikasjonskompetanse kan styrke evnen til kommunikasjon. Söderlund et al (17) videotapet «dyade-samtaler» mellom pleiere og pasienter. Samtalene gikk ut på å lære pleierne «validerende kommunikasjon», noe som styrket personalets kommunikasjonskompetanse.

Kollegaveiledning blant personale på sykehjem (14) har til hensikt å bevisstgjøre hvordan de forholder seg til pasienten. Gjennom veiledning kan de utvikle sin tenkning og holdning. Veiledningen bevisstgjør etiske perspektiver i forhold til pasientomsorgen, utvikler en felles kunnskap, forståelse og holdning til pasienten.

Å lære kunnskap

I en bevissthet om betydningen av kunnskap, har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse utviklet modeller for faglige diskusjoner. I fagmøter blir pasienters situasjon, og viktig relatert kunnskap, lagt frem til kritisk gjennomgang og diskusjon (18). Rummelhoff et al (19) erfarte at fagmøter er egnet til å forstå utfordrende atferd ut fra pasientens perspektiv, foreslå miljøltiltak og fremme tverrfaglig samarbeid. Det er en forutsetning å kjenne pasientens bakgrunn.

I Burons studie (20) ble holdningsutviklende arbeid blant personalet initiert ved innhenting av fotografier fra pasientens liv. Det ble laget en collage

og medisinsk kompetanse er grunnleggende for å forstå pasienten. For å utvikle kompetansen kan ulike former for internundervisning og kollegaveiledning anvendes. ■

Referanser

- 1 Ellström PE. Kompetans, utbildning och lärande i arbetslivet: problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Stockholm: Publica, 1992.
- 2 Kirkevold M. Vitenskap for praksis? Oslo: Ad notam Gyldendal, 1996.
- 3 Utdanningsdirektoratet. Å forstå kompetanse. Hentet 27.01.18 fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/forsta-kompetanse/>
- 4 McGuirk J & Methi JS. Praktisk kunnskap som fag og forskningsfelt. I: McGuirk J & Methi JS. (red.). Praktisk kunnskap som profesjonsforskning. Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
- 5 Nortvedt P. Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk. Oslo: Gyldendal akademisk, 2016.
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet. Lov 2, juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. Hentet 27.01.18 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2008-06-27-64>
- 7 Gautun H & Bratt C. Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA Rapport nr 14, 2014. Hentet 27.01.18 fra <http://www.hioa.no/Om-HIOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/N...>
- 8 Helsedirektoratet. Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011. Hentet 27.01.18 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- 9 Kierkegaard S. Synspunktet for min forfattervirksomhet. Rapport til historien Paragraf 2. Samlede Verk, 13. København: Nordisk Forlag, 1859.
- 10 Regjeringen.no. Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. 2015. Hentet 27.01.18 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- 11 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2016. Hentet 27.01.18 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- 12 Thorvik KE, Helleberg K & Hauge S. God om for urolige personer med demens. Sy-kepleien Forskning. 2014; 9(3):236-242.
- 13 Davies S, Laker S & Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practise; a literature review. Journal of Advanced nursing. 1997;26(2):408-417.
- 14 Lauvås P, Lycke KH & Handal G. Kollegaveiledning med kritiske venner. Oslo: Cappelen Damm, 2016.
- 15 Strandos M, Ydstbø AE, Kristensen BB, Håland A, Terum TM, Øye C & Mekki TE. Minka tvang på sjukeheim. Sykepleien. 2016; 104(6):48-51. Hentet 27.01.18 fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/05/for-forskning-til-praksis>
- 16 Støback AM. Atferd er uttrykk for personlige opplevelser. Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom. Tidsskrift for Omsorgsforskning. 2015; 1(1):72-81.
- 17 Söderlund M, Cronqvist A, Norberg A, Ternstedt BM & Hansebo G. Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses – qualitative evaluation of an intervention with the validation method. Scandinavian Journal of Caring Science. 2016; 30(1):37-47.
- 18 Mjørud M. Utprøving av VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg. I: Rokstad, ANM (red.). Bedre hverdag for personer med demens: utviklingsprogram for miljøbe-handling: demensplan 2015. Tønsberg: Aldring og helse, 2012.
- 19 Rummelhoff GR, Smebye KL & Tombre B. Gir individuell omsorg. Pasientenes livsførelser gir innsikt som brukes for å tilpasse pleien. Sykepleien. 2016; 104(8):48-51.
- 20 Buron B. Life history collages: effects on nursing home staff caring for residents with dementia. Journal of Gerontological Nursing. 2010; 36(12):38-48.

«Erfaringer må bearbeides for at nye innsikter skal erverves.»

av bildene med tilleggsopplysninger fra pårørende, som ble plassert på pasientens rom. Det førte til større kunnskap og endrede holdninger overfor pasientene (20).

Konklusjon

Hensikten med denne fagartikkelen er å utforske og drøfte fagkompetanse som pleiepersonell i sykehjem må ha i møte med pasienter med demens, og hvordan slik kompetanse kan utvikles i kollegiet. Sentralt er kompetanse som innbefatter kjennskap til pasienten, evne til relasjonskompetanse, empati og samarbeidskompetanse. Sykepleiefaglig

Sykepleieres opplevelse og mestring i møte med dødsfall på sykehjem

Sykepleiere opplever det som krevende, trist og noen ganger befriende når pasienter faller fra. Denne studien gir innsikt i hvordan erfarne sykepleiere opplever dødsfall på sykehjem.

Introduksjon

Antall eldre med behov for pleie og omsorg øker i Norge (1). Utviklingen fører til at stadig flere eldre benytter seg av sykehjemsplass. Eldre i dagens sykehjem kjennetegnes av høy alder, nedsatt fysisk funksjonsevne, kroniske og sammensatte lidelser samt høy dødelighet (2, 3). I Norge skjer cirka 41 prosent av alle dødsfall på sykehjem (4), og antallet har vært jevnt økende de siste årene (5, 6). Denne utviklingen medfører at sykepleiere ved sykehjem stadig opplever mer terminal pleie og flere dødsfall på jobb.

Sykepleiere som faggruppe har et fagansvar og en sentral rolle i sykehjem (7, 8). Samtidig er det vanskelig å rekruttere sykepleiere til eldreomsorgen (9, 10). Forskning viser at det å arbeide som sykepleier både gir fysiske og psykiske belastninger (7, 10, 12, 13). Studier gjennomført i Norge avslører at mange stillinger ved sykehjem er besatt av ufaglært personell, og at mange faglærte og ufaglærte er ansatt i små stillinger (7, 11). Sykepleiere opplever høy grad av stress i arbeidssituasjonen på grunn av høye arbeidskrav kombinert med begrensede ressurser og knapp tid, samtidig som det er viktig at tjenestene som tilbys hele tiden skal holde høy faglig standard (12, 13). Slike arbeidsforhold fører til mindre kontakt med pasienter og bidrar til lav faglig selvtilitt og en følelse av ikke å strekke til (12).

Sykepleierrollen innebærer å vise medfølelse og omsorg i et yrke der lidelse, død og sorg er uunngåelig (14). MacNeely (15) fremhever at håndtering av sykdom, død og døende også er med på å skape stress hos helsepersonell. Ifølge Vachon (14) kan det å stadig stå

overfor døende utgjøre en kontinuerlig påminnelse om ens egen død. Mange dødsfall i tett rekkefølge kan også bidra til at sykepleiere ikke får tid til å sørge noe som kan redusere evnen deres til å ta vare på andre pasienter. Det er lite forskning om hvordan sykepleiere opplever dødsfall på sykehjem. Denne studiens hensikt er å gi innsikt i (a) hvordan dødsfall oppleves av erfarne sykepleiere på sykehjem, (b) hvordan de mestrer disse situasjonene, og (c) hva slags tiltak som finnes på arbeidsplassen i forbindelse med dødsfall. En slik innsikt vil gi oss mer kunnskap om sykepleiernes arbeidssituasjon i sykehjem og hvordan den kan forbedres. Det kan igjen føre til bedre rekruttering av sykepleiere og at kvaliteten i sykehjemsomsorgen blir bedre.

Metodisk tilnærming

Studien har et kvalitativt design og stiller seg innenfor en fenomenologisk-hermeneutisk forskningstradisjon. Fenomenologi handler om å utforske erfaringer med og bevissthet rundt fenomen slik de viser seg for det enkelte individ (16). Studiens hensikt var å utforske hvordan sykepleiere opplever dødsfall i deres daglige arbeid på sykehjem. Informantenes ytringer om deres erfaringer og opplevelser i form av tekst ble deretter fortolket ved bruk av hermeneutisk metode (17). Menneskelig erkjennelse hviler på fortolkning og hermeneutikk handler om å fortolke (16).

Deltakere og rekruttering

Ledelsen ved tre sykehjem i en middels stor norsk by ble kontaktet for å få tilgang og hjelp til å rekruttere

FAKTA

Av Ariane Uwizera, Spesialsykepleier, Bakklundet Menighets Omsorgssenter

Skender Redzovic, Instituttleder og ph.d., Institutt for anvendt sosialvitenskap, NTNU

Artikkelen er fagfellevurdert

deltakere. Ledelsen sendte informasjonsskriv om studiens bakgrunn og hensikt til samtlige sykepleiere ved disse sykehjemmene (N=62). Inklusjonskriteriene var: (a) offentlig godkjenning som sykepleier, (b) minst fem års erfaring med arbeid på sykehjem, og (c) minst 70 prosent stilling.

Målsettingen var å gjennomføre 5–6 intervjuer fordi studien var et mastergradsprosjekt og omfanget skulle holdes på et gjennomførbart nivå. Sykepleiere som ønsket å delta, tok kontakt med førsteforfatter i denne artikkelen. Utvalget besto av fem sykepleiere og deres bakgrunn er beskrevet i tabell 1.

Datainnsamling

Data ble samlet inn gjennom individuelle halvstrukturerte intervju (17). Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på samtale mellom mennesker (17). Målet med intervjuet var å få frem sykepleierens erfaringer og avdekke deres opplevelse av deres arbeidssituasjon. Førsteforfatter utarbeidet utkast til halvstrukturert intervjuguide som ble diskutert med andreforfatter før endelig innhold ble bestemt.

Intervjuguiden ble brukt på en fleksibel måte for å sikre en god dialog med informantene, samtidig som fokus på forskningsspørsmålene ble sikret. Oppfølgingsspørsmål ble stilt for å sikre dybde og forståelse (17). Førsteforfatter gjennomførte intervjuene i informantens arbeidstid på det aktuelle sykehjem, tok opp intervjuet på lydbånd, og ordrett transkriberte disse for å få best mulig innsikt i datamaterialet. Intervjuene hadde en varighet på mellom 1,5 til 2 timer.

Analyseprosessen

Førsteforfatter analyserte datamaterialet ved å bruke systematisk tekstkondensering som metode (16). Denne analyseprosessen bygger på fire trinn. I det første trinnet leste forskeren teksten grundig for å danne seg et helhetlig inntrykk. I det andre trinnet leste forskeren systematisk gjennom materialet der meningsbærende enheter – altså deler av materialet som hadde noe til felles – ble skilt fra irrelevant tekstmateriale. Videre, i det tredje trinnet, studerte forskeren de meningsbærende enhetene, kodet dem og sorterte dem i forskjellige temaer og undertemaer. Til slutt sammenfattet og abstraherte forskeren innholdet i hvert tema (16).

Forskerens bevissthet på egen for forståelse er viktig i tolkningsprosessen (16, 17). Førsteforfatter er sykepleier som jobber på et sykehjem, mens andreforfatter arbeider med forskning innen organisasjonspsykologi

og psykisk helse. Ulikhetene i forskernes bakgrunn ble sett på som en styrke i analyseprosessen for å hindre at for forståelsen påvirket funnene. Andreforfatter gjennomgikk foreløpige slutninger og var en samtalepartner under hele analyseprosessen.

Forskningsetiske refleksjoner

Forskning innebærer etiske utfordringer (18). I denne studien ga lederne på sykehjemmene sin tillatelse til å gjennomføre studien ved deres institusjon. Alle deltakere fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og om hvordan det skriftlige materialet skulle benyttes. Informantene ble informert om bruken av lydopptak og at lydopptaket skal oppbevares i et låst skap og slettes når prosjektet er ferdig publisert.

De ble også informert om at deltakelsen var frivillig, før de undertegnet en samtykkeerklæring. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, Referansenummer 40917).

Resultater

Analyseprosessen resulterte i flere tema (T). Informantene beskrev dødsfall på sykehjemmet som krevende (T2), trist og noen ganger en befriende opplevelse (T1). Deres opplevelse av dødsfall var blant annet avhengig av relasjonen de hadde hatt til den avdøde og av hvorvidt vedkommende fikk en verdig avslutning på livet. De mestret situasjonen ved å spille på opparbeidede erfaringer og ved å legge til rette for egenomsorg (T3). Informantene rapporterte at arbeidsplassen ikke hadde noen oppfølgingsrutiner ved dødsfall (T4).

Trist og noen ganger befriende

Informantene forteller at det oppleves som trist når en pasient dør. Noen av informantene brukte uttrykk som «det går inn på meg» og «det gjør noe med meg» for å beskrive opplevelsen ved dødsfall. Én informant uttrykte seg slik:

«Det er like trist hver gang det skjer, men den dagen jeg ikke føler at jeg er trist, så synes jeg på en måte det er noe feil også. Jeg har ikke lyst til at det skal bli bare en vanlig prosedyre. Det skal på en måte være noe mer i det enn bare at jeg steller en død person, liksom.»

Informantene uttrykker at de har en relasjon til pasienten og bryr seg om vedkommende. Noen ganger oppfatter de døden som befriende, da pasienten har hatt mye smerter og en lang periode med lidelse. En av informantene formidlet følgende refleksjon:

«Jeg føler også på lettelsen for dem, for det er som oftest en veldig lang sykdomsperiode i forkant av et



GRADEN AV TOMROM: Relasjon mellom sykepleier og den enkelte pasient er avgjørende for hvordan de (respondentene) føler seg etter et dødsfall. Opplevelsen blir sterkere om sykepleieren har tett tilknytning til pasienten. Illustrasjonsfoto: Photographee.eu / Shutterstock / NTB Scanpix

Sammendrag

Bakgrunn: Antall eldre i Norge er økende, og stadig flere benytter seg av sykehjemsplass. Utviklingen fører til at stadig flere eldre dør på sykehjem. Denne studiens hensikt er å gi innsikt i hvordan dødsfall oppleves av erfarne sykepleiere på sykehjem, hvordan de mestrer disse situasjonene og hvilke tiltak som finnes på arbeidsplassen når pasienter går bort.

Metode: Det ble gjennomført fem individuelle semistrukturerte intervjuer med sykepleiere fra tre sykehjem for å samle inn datamaterialet. Systematisk tekstkondensering (STC) ble benyttet som metode i analyseprosessen.

Resultat: Informantene opplevde dødsfallene som krevende, trist og noen ganger befriende. Sykepleierne ga uttrykk for at deres opplevelse av et dødsfall blant annet avhenger av hvilken relasjon de har hatt til den avdøde, og opplevelsen av hvorvidt vedkommende fikk en verdig avslutning på livet. Underbemanning, delstillinger og bruk av ufaglærte vikarer var faktorer som spilte en negativ rolle for hvordan de opplevde dødsfall. Informantene mestret opplevde dødsfall ved å benytte seg av opparbeidet erfaring og legge til rette for egenomsorg. Ingen av sykehjemmene hadde oppfølgingsrutiner ved dødsfall selv om informantene uttrykte ønske om det.

Konklusjon: Pasienters dødsfall på sykehjem er en sammensatt og krevende faktor som påfører sykepleiere både fysiske og psykiske belastninger. Arbeidskrav på jobben, innføring av faste oppfølgingsrutiner, og bemanningssituasjonen bør drøftes.

Nøkkelord: Dødsfall på sykehjem, omsorg ved livets slutt, mestringsstrategier, sykepleieres arbeidssituasjon.

Summary

Nurses' experiences of deaths in nursing homes and their coping strategies

Background: In Norway the elderly population is increasing and greater numbers of elderly people need 24-hour nursing home care. Death in the nursing home setting is the theme of this study. How do nurses experience and cope with their patients' death? Are there follow-up routines for the nurses after patient deaths?

Methods: Using a qualitative approach five individual semi-structured interviews were conducted with nurses, in three nursing homes. The material was analysed using Systematic Text Condensation (STC).

Results: Nurses experience of patient deaths was that it was demanding; they felt sad but sometimes relieved when a patient had suffered. The nurses said that their own relationship with a patient had significance at the time of death. They reported negative feelings when patients had an undignified death. Limited staffing, part-time work and the use of unqualified staff exacerbated the stress and burden of patient deaths. The nurses said that their accumulated experience and self-care were their main coping resources. Despite a clear need for follow-up procedures, no nursing home had provided these.

Conclusion: Patient deaths in nursing homes are a challenging feature of work in nursing home settings. They contribute to physical and mental strain. Nurses' workloads, design and implementation of follow-up procedures and the staffing situation in general are important issues that should be addressed.

Keywords: Death in nursing homes, care at the end of life, nurses' work situation, coping strategies.



dødsfall, at de får slippe det, det føles godt noen ganger.»

Informantene opplevde et dødsfall som mindre trist hvis de fikk inntrykk av at pasienten fikk en god avslutning på livet. Tilbakemelding fra pårørende var i slike tilfeller avgjørende. De omtalte dette som «å gjøre en god jobb». En informant sier det slik:

«Det henger sammen med tilbakemelding fra pårørende, når du har gjort en god jobb, at pårørende takker deg, fordi alt har gått fint og de er fornøyde.»

De fleste informantene fremhevet relasjonen mellom sykepleieren og den enkelte pasient som betydningsfull for hvordan de følte seg etter et dødsfall. Opplevelsen var sterkere når de følte seg tettere knyttet til pasienten. Slik beskriver en informant dette:

«Det kommer litt an på om det er en pasient som jeg har hatt et nært forhold til. Noen ganger, faktisk, blir det noen som betyr noe for deg, hvis den personen forsvinner, så klart det betyr noe mer.»

Krevende arbeidssituasjon

Alle informantene understreker at de opplever dødsfall som krevende og utfordrende både før, under og etter at døden inntreffer. Opplevelsen påvirker arbeidssituasjonen deres sterkt. En av informantene beskriver konteksten slik:

«Som sykepleiere har vi en tøff og givende jobb, men et dødsfall er en krevende bit. Dødsfallet i seg selv krever faktisk mye etterarbeid, du skal kontakte en lege, ta morsstellet, informere pårørende og så videre.»

Samtlige informanter var opptatt av å gi god terminal pleie for å ivareta både pasientens verdighet og pårørendes behov. I intervjuene kom det frem at noen faktorer hindret dem fra å nå det målet, og at dette kunne føre til psykiske belastninger. Informantene rapporterer at en av disse faktorene er en hverdag preget av altfor mange arbeidsoppgaver.

«Sykepleiere er involvert i altfor mye oppgaver, her snakker jeg både om praktiske oppgaver som å vaske kopper, rydde i avdeling, samtidig som vi må ta alle oppgaver som krever sykepleiekompetanse.»

Informantene formidler at det er «få hender» på jobben. Informantene mener i tillegg at det er bekymringsfylt at få sykepleiere er på vakt:

«Det er ikke uvanlig at sykepleieren må forlate avdelingen sin for å gå på en annen avdeling. Dette skjer ikke ofte, men noen ganger har man hovedansvar for alle avdelinger.»

Den siste faktoren informantene peker på, er utstrakt bruk av vikarer. En informant sier det slik:

«Vi har hatt en periode hvor vi hadde mye vikarer, dette fungerer ikke bra verken for pasientene eller for oss. Det blir ikke så mye kontinuitet. Vi jobber ikke med pasienter som kan snakke for seg, så du må kjenne pasientene for å kunne gi dem den beste hjelpen de kan få.»

Mestringsstrategier

Informantene taklet situasjonene rundt dødsfall ulikt. Informantene ga uttrykk for at de hadde nytte av sin opparbeidede erfaring for å mestre dødsfall, både praktisk og emosjonelt:

«Som sykepleier og ansvarsvakt på huset blir du kalt bort ofte når det er snakk om dødsfall på andre avdelinger. Så, jeg har vært borti ganske mange dødsfall, det gjorde meg sterkere slik at jeg kan stå i det.»

Informantene beskrev forskjellige måter å ta vare på seg selv i tunge perioder. De nevnte samtale, turgang, tekstmelding til kollega, deltakelse i begravelse og annet:

«Hvis jeg har hatt en tøff dag på jobb, bruker jeg ofte å gå en lang tur etterpå, gå for meg selv.»

«Jeg går i begravelser, man får den der avslutningen, for begravelsen er på en måte et farvel, det blir endelig, liksom.»

«Jeg prater med kollegaene mine, man har behov for støtte for ting du har gjort.»

Manglende oppfølgingsrutiner

I intervjuene kom det frem at ingen av arbeidsplassene hadde faste rutiner vedrørende oppfølgingen av sykepleiere/ansatte etter dødsfall. De fleste formidlet at det er behov for faste oppfølgingsrutiner, spesielt for de uerfarne. Tilbud om samtale med leder eller en annen fagperson ble ansett som en hensiktsmessig rutine:

«Jeg ser på samtalen som et viktig punkt for betjeninga, uten rutine er det lett å hoppe over det.»

«For dem som kommer rett fra høyskolen og begynner på sykehjem kan de fort oppleve det som for tøft, hvis de ikke ble snakket med etterpå, bare litt om hvordan man kan takle det.»

Diskusjon

Studiens resultater viser ulike opplevelser hos sykepleierne når pasienter dør på sykehjem. Informantene i denne studien opplever dødsfall som trist. Reaksjonen kan forstås i lys av den gjensidige relasjonen som utvikles når sykepleieren gir omsorg til pasienten (19). Omsorg er ifølge Martinsen (20) en relasjonell, praktisk og moralsk handling. En trygg relasjon mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for god omsorg.

Tabell 1. Informanternes bakgrunn

Informant	Kjønn	Alder	Etnisitet	Videreutdanning	Erfaring som sykepleier i eldreomsorg	Stillingsandel	Sykehjem (1, 2 eller 3)
1	K	58 år	Norsk	Nei	35 år	100 %	1 (N=12)
2	K	36 år	Norsk	Aldring og eldreomsorg	13 år	100 %	2 (N=17)
3	K	60 år	Norsk	Nei	38 år	75 %	3 (N=13)
4	K	52 år	Ikke norsk	Operasjonssykepleie	20 år	85 %	2
5	K	30 år	Norsk	Sykepleiefaglig ledelse	6 år	100 %	3

Relasjonen bringer mening i hverdagen for begge partene (21). Antonovsky (22) hevder at opplevelse av mening bidrar til at livet er forståelig følelsesmessig men at det også påvirker i hvor stor grad man engasjerer seg i det som skjer. Pasientens dødsfall medfører at både relasjonen og meningen med den forsvinner noe som kan føre til at sykepleieren får en sorgreaksjon.

Sorg er en naturlig reaksjon på tap (23). Sorg er den emosjonelle lidelsen man føler når noe eller noen man har vært glad i blir tatt fra en (23). Informantene i denne studien formidlet at tapet og dermed tristheten er større jo sterkere relasjonen er mellom dem og pasienten.

Funn fra denne studien tyder også på at sykepleierne kan oppleve pasientens bortgang som befrielse. Den som trenger omsorg er, ifølge Wærness (24), dyrebare for den som utøver omsorg. Og når den omsorgstrengende plages, lider pleieren sammen med ham/henne og forsøker å lindre smerten eller ubehaget. Informantene i denne studien rapporterer at det er tøft å oppleve at en pasient har mye smerte i lange perioder uten at noe hjelper. Dødsfall kan i en slik sammenheng oppfattes som en befrielse både for pasienten og for en selv som medlidende.

Videre viser studiens resultat at sykepleierne lettere mestrer pasientens bortgang hvis de opplever å bidra til en god og verdig avslutning på livet for den døende. Dette kan forstås ut fra både den gjensidige relasjonen sykepleier og pasient utvikler i omsorgssituasjonen (20), ønsket om å være profesjonelle i rollen som sykepleier og yte kvalitativ god sykepleie. Informantene rapporterer samtidig at de ofte opplever å ikke strekke til på grunn av forhold på arbeidsplassen. Studier viser at sykepleiere på sykehjem har for mye hverdagsansvar i tillegg til pasienter som krever avansert behandling (3, 25). Arbeidsstokken er preget av mange ufaglærte og

ansatte i små stillinger – faktorer som øker arbeidsbelastningen for sykepleierne (7, 11). Den fysiske belastningen over tid virker negativt på både den fysiske og den psykiske helsen til sykepleiere (15, 26, 27, 28).

Studiens funn viser at dødsfall oppleves som en krevende arbeidssituasjon. Dødsfallene fører til mye arbeid både før, under og etter at døden inntreffer. Dette stemmer med forskning som sier at det er vanskelig for sykepleiere og leger å legge til rette for en god terminalpleie av eldre pasienter (29). Forhold på arbeidsplassen, som for eksempel organiseringen av sykepleien og bemanningssituasjonen, har innvirkning på hvorvidt sykepleieren opplever å kunne håndtere situasjonen (24) og vise omsorg (29). Ifølge Antonovskys (22) dreier håndterbarhet seg om i hvilken grad man opplever at det finnes tilstrekkelige ressurser i omgivelsene til at man kan møte de krav og belastninger man blir utsatt for.

Studier viser at begrensede ressurser påvirker sykepleieres psykiske helse negativt, hindrer dem i å utføre arbeidet profesjonelt og fører til at de tviler på sin faglige kompetanse, noe som igjen kan gå utover yrkesutøvelsen (26, 31). Funn i denne studien viser at dødsfall på sykehjem gir sykepleierne psykiske belastninger som igjen kan påvirke deres psykisk helse.

Sykepleierne i denne studien brukte opparbeidet erfaring og egenomsorg som mestringsstrategier. Hvordan man mestrer sorg avhenger av flere faktorer, inkludert ens egen personlighet og mestringsstil, ens livserfaring, ens tro og hvilket tap man har opplevd (23). Å gå turer, ha en uformell samtale med en kollega og delta i begravelser er mestringsstrategier informantene i studien benyttet seg av som egenomsorg. Dette kan styrke dem slik at de er i stand til å møte utfordringer med mer energi og et reflektert sinn. Studier viser at aktivitet gir en helsegevinst både fysisk og psykisk

(33), og at ansatte på sykehjem kan ha nytte av å snakke sammen om det som har skjedd rundt et dødsfall (34).

Ifølge Antonovsky (22) vil det å ha blitt utsatt for samme erfaringer om og om igjen etter hvert gi en sterkere opplevelse av sammenheng. Sykepleierne som hadde gått gjennom flere situasjoner med dødsfall, hadde høstet erfaringer og opparbeidet seg en personlig motstandsressurs. Antonovsky (22) definerer motstandsressurser som alle forhold (for eksempel sosial støtte, egostyrke, kulturell stabilitet) som gir effektiv beskyttelse mot en lang rekke stressfaktorer. Disse ressursene er med på å gi en trygg og forutsigbar hverdag, slik at pasienter i den terminale fasen får en så god avslutning som mulig. Ifølge Falkum (32) handler personlige ressurser blant annet om evnen til å løse problemer og sosiale evner.

Informantene i denne studien rapporterte at arbeidsplassen ikke hadde faste oppfølgingsrutiner i forbindelse med pasienters dødsfall. Alle ytret et ønske om faste oppfølgingsrutiner på arbeidsplassen. Ifølge Maeve (36), tar sykepleiere som arbeider med lidende og døende pasienter med seg arbeidet hjem. Sørensen (37) påpeker at manglende oppfølging av ansatte kan gå ut over deres motivasjon og pågangsmot.

En samtale med avdelingssykepleier/fagleder som fast rutine var noe enkelte ønsket seg. Ifølge Røkenes og Hanssen (38) kan gode samtaler med ledere skape trygghet, mening og kontakt med egne ressurser. Dette kan føre til at ansatte føler seg sett og verdsatt, noe som gir mening og er helsefremmende (38). Ansatte får også muligheten til å snakke sammen om det som skjedde rundt dødsfallet og kan bli involvert i egen og andres praksis på en god måte (28).

Studiens bidrag og styrke er at den gir dypere innsikt i hvordan dødsfall oppleves av erfarne sykepleiere på sykehjem, og at informantene er rekruttert fra tre ulike sykehjem. Studiens begrensninger er at den har begrenset omfang og at alle informantene er kvinner – sykepleiere som har lang erfaring med arbeid på sykehjem. Videre forskning i form av større studier, hvor informantene har ulik bakgrunn, kan gi oss enda bedre innsikt i dette emnet. Oppfølging med kvantitative studier vil kunne gi oss kunnskap om opplevelsene er representative for alle sykepleierne som opplever dødsfall på sykehjem.

Konklusjon

Funn fra denne studien viser at sykepleierne opplevde dødsfallene som triste, noen ganger befriende og for det meste som en krevende arbeidssituasjon. Opplevel-

sen deres ble påvirket av deres relasjon til pasienten, samt hvorvidt pasienten fikk en verdig avslutning på livet. Underbemanning, delstillinger og bruk av ufaglærte vikarer var faktorer som spilte en negativ rolle for hvordan de opplevde dødsfall.

Sykepleierne benyttet seg av ulike mestringsstrategier ved dødsfall, blant annet ved å spille på opparbeidede erfaringer og legge til rette for egenomsorg. Samtale med en kollega, deltakelse i begravelse og å gå tur ble nevnt som eksempler. Manglende oppfølgingsrutiner ved dødsfall ble også rapportert. Informantene ytret ønske om faste oppfølgingsrutiner på arbeidsplassen, som for eksempel samtale med nærmeste leder eller annen fagperson.

Pasienters dødsfall på sykehjem er en sammensatt og krevende faktor i sykepleieres daglige arbeid som kan gi både fysiske og psykisk belastninger. Tiltak i arbeidsmiljøet, som implementering av faste rutiner for oppfølging av sykepleiere kort tid etter dødsfall, kan bidra til å øke sykepleiernes velvære, bidra til trygghet og forebygge psykiske belastninger hos den enkelte.

Sykepleieres arbeidskrav på jobben bør gjennomgås og ses i sammenheng med bemanningssituasjonen. Det kan bidra til at sykepleierne jobber trygt og profesjonelt, at helsetjenestene blir bedre, pasienter og pårørende blir mer fornøyde samt at det blir lettere å rekruttere sykepleiere til sykehjem. ■

Referanser

- Olsen C. Trygghet i møte med døende og deres pårørende. *Geriatrisk sykepleie*. 2012;3:3.
- Haugan G. Pleier – pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske helse. *Geriatrisk sykepleie*. 2014;1(6):22–33.
- Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. *Telemarkforskning*; 2015/362.
- Sørbye LW, Steindal S. Omsorg for døende og deres pårørende – hva endret seg i løpet av en 30 års periode? *Omsorg – Nordisk tidsskrift i palliativ medisin*. 2009;26(4):37–42.
- Sørbye LW. Memento Mori – Husk Døden, eller husk du skal dø. *Geriatrisk sykepleie*. 2012;3:9.
- André B. Hva er den «gode død». *Geriatrisk sykepleie*. 2014;3:18–25.
- Ingstad K, Kvande E. Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid? *Søkelyst på arbeidslivet*. 2011; 28(1–2):42–45.
- Hov R, Athlin E, Hedelin B. Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23:651–659.
- Bergland A, Vibe O, Martinussen N. Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? *Sykepleien*. 2010;1:52–54.
- Vambeseth J-I (1998). Sykehjemmet – et bra sted å arbeide?: en beskrivende studie om rekruttering av nyutdannede sykepleiere til sykehjem. Master thesis. Oslo: Universitetet i Oslo; 1998. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28296> (nedlastet 10.08.18)

11. Ingstad K. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden*. 2010;96(30):14–17.
12. Hallin K, Danielson E. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44:1221–1230.
13. Yau SY, Xiao XY, Lee LYK, Tsang AYK, Wong SL, Wong KF. Job stress among nurses in China. *Applied Nursing Research*. 2012;25:60–64.
14. Vachon M.L.S. Grief Matters. *The Australian Journal of Grief & Bereavement*. 2012;15(1):8–12.
15. McNeely E. The consequences of job stress for nurses' health: Time for a checkup. *Nurs Outlook*. 2005;53:291–299.
16. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
17. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
18. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
19. Grelland HH. *Følelsenes filosofi*. Oslo: Abstrakt forlag; 2005.
20. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano Forlag; 1989.
21. Kirchhoff JW, Gjellebæk C, Tangen M. Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. *Sykepleien forskning*. 2014;3:226–233.
22. Antonovsky A. *Helsens mysterium. Den salutogenese modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
23. Dyregrov A. *Komplisert sorg: teori og behandling*. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 2006;43:779–786.
24. Wærness, K. *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget; 1982. s. 19–20.
25. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for den kommunale pleie- og omsorgstilbudet. *IRIS rapport 2014/382*.
26. Kidd JD, Finlayson MP. Mental illness in the nursing workplace: A collective autoethnography. *Contemporary Nurse*. 2010;36(1–2):21–33.
27. Dyregrov A. *Ble nesten utbrent*. *Sykepleien*. 2014;9:20.
28. Ramm C. *Møter med slitne sykepleiere*. *Sykepleien*. 2013;9:21.
29. Smeby KL. *Eldreomsorg i Norge*. I: Karoliussen M, Smeby KL. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget; 1997. s. 65–130.
30. Costello J. *Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards*. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35:59–68.
31. Bing-Jonsson PC. *Høyere kompetanse og differensiering kan bøte på utfordringene i framtidens eldreomsorg*. *Sykepleien*. 2015; 7:44–48.
32. Falkum E. *Utbrenthet – Begrepsdimensjoner, mål og forklaringer*. I: Roness A., Matthiesen SB, red. *Utbrent – Krevende jobber – Gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget; 2002. s. 65–66.
33. Martinsen EW. *Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi. Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
34. Wille I-L, Nyrønning S. *Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*. *Geriatrisk sykepleie*. 2012; 3:10–17.
35. Sørensen BR. *Psykisk førstehjelp på skadestedet*. I: Knudsen jr. Ø. (red.) *Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001.
36. Maeve MK. *Weaving a fabric of moral meaning: how nurses live with suffering and death*. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27: 1136–1142.
37. Sørensen BA. *Det grådige arbeidslivet*. I: Roness A, Matthiesen SB, red. *Utbrent – krevende jobber – gode liv?* Bergen: Fagbokforlaget; 2002. s. 127–128.
38. Røkenes OH, Hanssen P-H. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.



Når appetitten og vekten svikter ...

... kan RESOURCE® støtte

RESOURCE® 2.0+ fibre er en næringsmessig fullverdig energirik næringsdrikk med høyt proteininnhold og prebiotiske fibre. Resource 2.0+ fibre er spesielt fremstilt for å imøtekomme forhøyet energi- og proteinbehov hos pasienter med sykdomsrelatert underernæring eller ved risiko for underernæring, for å redusere vekttap,¹ beholde muskelstyrken¹ og bygge opp en god bakteriebalanse i tarmen.^{2,3}



NÅR EKSTRA KREFTER TRENGS

1. Stratton & Elia (2007). *Clinical Nutrition Supplements* (2007) 2, 5–23.
2. Slavin. *Fiber and prebiotics: Mechanisms and Health Benefits*. *Nutrients* 2013, 5, 1417–1435.
3. Buigues et al. (2016) *Effect of prebiotic Formulation on Frailty Syndrome: A Randomized, Double, Blind Clinical Trial*. *Int. J. Mol. Sci.* (2016) 17.

Næringsmiddel til spesielle medisinske formål.
Informasjon til helsepersonell.

www.nestlehealthscience.no



SYKEPLEIEPARTNER.NO

SPECIALPRODUKTER FOR ELDREOMSORG



TARETT MEDISINVOGN

Valgfritt oppsett medisinskuffer.

**BEST-
SELGER!**



LEVABO HEEL UP

Total avlastning av hælregion.



HÅRVASKEKAR

Hårvask for sengeliggende.



**Spesial-
produkt for
demente**

JENNY TERAPIDUKKE

SECA 956 STOLVEKT

Kvalitetsprodukt fra tyske Seca!



INKONTINENS SITTEUNDERLAG

Absorberende og vannnett.

STØTTEBELTE FOR RULLESTOL

Støtter, og hindrer fall.



www.sykepleiepartner.no

post@sykepleiepartner.no • Tlf.: 21 09 54 43

