

# Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Kvinnelige pårørende  
som omsorgsytere for  
sine eldre kreftsyke menn

Side 6



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

ISSN: 1891-1889

**ANSVARLIG REDAKTØR**

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

**REDAKSJONSKOMITE/  
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

**Jorunn Drageset**, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Gunn Mari Holdø**, Førsteamanuensis universitet i Tromsø. **Gørill Haugan**, Sykepleier og professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Liv Halvorsrud**, Sykepleier Professor Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet.

**ABONNEMENT**

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

**ANNONSER**

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

**TRYKK:** Andvord Grafisk

**FORSIDEFOTO:** Shutterstock

**ANNONSERING**

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

# Innhold

# 01 - 2022



- 6** Kvinnelige pårørende som omsorgsytere for sine eldre kreftsyke menn
- 17** Effekter av kognitiv trening hos personer med demens ved Alzheimers sykdom: en narrativ litteraturstudie
- 27** Bruk av kliniske vurderingsverktøy for tidlig identifi- sering av forverring hos pasienter i sykehjem
- 40** Fra egen boligtil et moderne bofelleskap?
- 46** Personsentrert omsorg i møte med delirium





FAKTA

**Tor Engevik**Leder NSF's Faggruppe  
for sykepleiere i geriatri og demens

# Ja til mannlige sykepleiere

**N**orge har stort behov for sykepleiere, og vi trenger at flere av dem er menn. Dette har NSF Student tatt på alvor. De siste årene har studentene i Norsk Sykepleierforbund kjørt kampanjen #mannkanblisykepleier på Instagram, Facebook og Twitter.

På sin egen Facebook-side skriver de at hovedmålet med kampanjen er å rekruttere flere menn til yrket gjennom å tegne et fornuftig bilde av sykepleiere og bryte ned fordommer og antakelser om yrket. Det er bare å heie de frem!

I Sykepleien den 04.01.2022 kunne vi lese at antallet mannlige sykepleiere har økt med 40 prosent de siste ti årene. Det er vel og bra, men status er at kun 10 prosent av sykepleierne er menn. Vi er med andre ord på riktig vei, men likevel langt unna.

Årsakene til at flere menn må bli sykepleiere, er sammensatt. Økt generelt behov for sykepleiere er bare en av dem, men for å dekke behovet må vi i det minste rekruttere fra hele befolkningen. Et velkjent argument fra ledelsesteori er at hvis vi skal få de beste lederne, så må vi rekruttere ledere fra hele befolkningen, ikke bare fra gutteklubben grei. Skal vi få de beste sykepleierne, må vi hente studenter fra hele årskullene og ikke bare fra den kvinnelige halvdel. Jevnere kjønnsbalanse vil gi økt mangfold, noe som er et pluss i både pasientbehandling, fagutvikling og i det kollegiale på den enkelte arbeidsplass.

Spørsmålet er hvordan vi skal gå frem for å få flere menn til å velge vårt yrke. Mannlige sykepleiere jeg har snakket med, forteller at de ganske tilfeldig fikk innblikk i sykepleieryrket. Spørsmålet er hvordan vi skal gå frem for å få flere menn til å velge vårt yrke. Mannlige sykepleiere jeg har snakket med, forteller at de ganske tilfeldig fikk innblikk i sykepleieryrket. Noen etter tilfeldig sommerjobb eller helgestilling som assistent på sykehjem eller i hjemmetjenestene. Noen fordi de hadde foreldre eller andre kjente som jobbet innen helse, og noen fordi de hadde avtjent verneplikt i saniteten.

En av vår fremste sykepleieteoretiker – Florence Nightingale – hevdet i sin tid at menns «harde» hender ikke egnet seg til omsorg. Sykepleien ble i utgangspunktet utviklet av og for kvinner, og Florence var et barn av sin tid.

Vi har heldigvis kommet noe videre, men også i dag dominerer kvinnene. Ikke bare dominerer de i selve sykepleieryrket, men også ved utdanningsinstitusjonene, som veiledere i praksis og som ledere i helseforetakene. Men når halvparten av pasientene er menn, så bør det være rimelig at flere av dem som yter helsetjenester, også er det. Vi trenger derfor flere synlige og tydelige mannlige rollemodeller.

Et skritt i riktig retning for å gjøre sykepleieryrket mer attraktivt for menn er å gjøre arbeidstitler kjønnsnøytrale. På NSF's landsmøte



i 2015 kastet vi derfor tittelen helsesøster på båten og endret spesialistutdanningen til helsesykepleier. En mannlig helsesykepleier i skolehelsetjenesten kan ha en annen tilnærming overfor gutter enn en kvinnelig kollega. I Oslo er det med gode resultater opprettet egen helsestasjon for gutter. Et av tiltakene helsedirektoratet anbefalte for å nå frem til guttene var å ansette flere mannlige helsepersonell.

En undersøkelse i NSF regi, avdekket at den viktigste årsaken til at menn ikke velger sykepleie er at utdanningen ikke har vært på radaren i utgangspunktet. Leder for studentene i NSF, Edel Marlen Taraldsen, mener at hvis vi skal få flere menn til å velge sykepleieryrket, må vi vise frem alle mulighetene som ligger i sykepleiefaget overfor gutter allerede i ung alder. Taraldsen sier at vi må få en holdningsendring både i helsesektoren, ved utdanningsinstitusjoner og i samfunnet ellers. Studentlederen mener at vi bør gjøre bruk av kjønnskvotering ved utdanningsinstitusjoner der det underrepresenterte kjønn har under 20 prosent av studentene.

Det er i dag 113 utdanninger som gir kjønns-poeng til kvinner og bare 10 utdanninger som gir kjønns-poeng til menn. Universitetet i Agder (UiA) har som et prøveprosjekt brukt kjønns-poeng etter å ha sett at kampanjer rettet mot mannlige søkere ikke har hatt nok effekt. Siden prosjektet startet i 2017 har andelen mannlige studenter økt fra 8 til 25 prosent i 2021. En stor andel av de mannlige studentene har minoritetsbakgrunn, noe som ytterligere øker mangfoldet. Det er altså fullt mulig å bedre kjønnsbalansen og mangfold i yrket, men da må prøveprosjektet bli en fast ordning som gjelder alle utdanningsinstitusjoner for sykepleiere i Norge.

Edel Marlen hevder at det er mangfoldet blant oss som jobber i faget som er viktig enten vi denerer oss selv som han, hun eller hen. Mottakere av tjenestene våre er mangfoldig, og da bør vi sykepleiere også være det. Vi må rett og slett gjenspeile det samfunnet vi er en del av.

Det er få yrker med like mange varierte arbeidsoppgaver, karriereveier og spesialiseringer som i vårt. Utdannelsen gir oss grunnleggende kunnskap til å kunne behandle, forebygge og rehabilitere, og fagområdene er utallige og allsidige.

Pasientene våre er nyfødte, småbarn, skolebarn, ungdom, yngre voksne, voksne og eldre. For den innovative eller teknisk interesserte er mulighetene mange i sykehusavdelinger med teknisk avansert utstyr og i eldreomsorgen der velferdsteknologi må utvikles og håndteres.

Rusomsorg og psykiatri gir andre spennende faglige utfordringer, og ønsker du å være med og utvikle fremtidens helsetjenester er kanskje ledelse et alternativ. I tillegg har vi en sikker jobb i nedgangskonjunkturer, noe som i seg selv burde være et viktig argument for fremtidige studenter av begge kjønn.

Alle monner drar, heter det og paradoksalt nok kan pandemien vi holder på å legge bak oss ha bidratt positivt til at ere menn vil velge sykepleie. Den har i alle fall vist at sykepleie er uendelig mye mer enn stell og bleieskift, selv om dette er viktig nok.

Med dette oppfordres NSF Student til å fortsette sin kampanje for ere mannlige sykepleiere. Og for oss med riktig kjønn i denne sammenheng; stå frem som gode ambassadører og rollemodeller for våre fremtidige mannlige kollegaer. ■

for Engvik




**Britt Moene Kuven**

## Ivaretagelse

**F**ør eller senere vil vi alle komme i en situasjon da vi blir avhengige av andre for å kunne ivareta grunnleggende livsfunksjoner. For de fleste av oss vil det likevel være av verdi å kunne opprettholde mest mulig kontroll over eget liv og egen hverdag.

I essayet «Fra egen bolig til et moderne bofellesskap» belyses hvordan eldre mennesker opplevde å flytte fra egen bolig til et nybygget leilighetskompleks tilpasset eldre med utfordringer med å bo i egen bolig. Flere beboere opplevde ambivalens og press fra pårørende i beslutningsprosessen, samt at selve flyttingen var krevende. Opplevelsen av trygghet og fellesskap samt døgn-tilgjengelig husvert var viktig for trivsel i den nye leiligheten.

Når behovet for pleie og omsorg blir stort er oftest sykehjem alternativet til egen bolig. Artikkelen «Bruk av klinisk vurderingsverktøy for tidlig identifisering av forverring hos pasienter i sykehjem» belyser hvordan bruk av NEWS2 i sykehjem kan forbedre tjenestekvaliteter for pasienter i sykehjem gjennom bedret kompetanse, kommunikasjon, struktur og beslutningsstøtte. Kartleggingsverktøyet kan likevel ikke erstatte helsepersonells kliniske blikk.

For hva er sykepleie uten et klinisk blikk, et blikk som både observerer og vurderer, et blikk som ser både pasient og kontekst? Artikkelen «Kvinnelige pårørende som omsorgsytere for sine eldre kreftsyke menn» beskriver hvordan

sykepleiere erfarer at kvinner blir utmattet både på grunn av langvarige omsorgsoppgaver, mangel på egenomsorg, og medfølelseutmattelse. Sykepleiere ser kvinnenes behov og trikser noen ganger med endringsmeldinger for å ivareta kvinnene best mulig.

I artikkelen «Effekter av kognitiv trening hos personer med demens ved Alzheimers sykdom» rettes fokus mot effekten av kognitiv trening (KT) hos personer med Alzheimers sykdom (AD). Resultatet viser varierende effekt av KT ved AD, med størst effekt i en tidlig fase og som en støttende faktor, med personsentrerte intervensjoner.

Om vi mister kontrollen over egne livsfunksjoner får vi behov for den profesjonelle sykepleier med faglig kunnskap, etisk vurderingsevne og moralsk praksis. Sykepleieren som ser både pasient og pårørende og arbeider i tråd med yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieren som bruker sin faglige kunnskap sammen med sin etiske vurdering og omsette dette til faglig moralsk handling i møte med både pasient, pårørende og samfunnet. Sykepleieren som verner de svakeste i samfunnet, ved å ta vare på de som ikke kan ta vare på seg selv.

Forhåpentligvis er denne sykepleieren deg, og derfor vil jeg gjerne få lov til å rette en stor takk til for den forskjellen du gjør i pasientenes liv og for den innsatsen du gjør på hver eneste vakt. TUSEN HJERTELIG TAKK. ■

# Kvinnelige pårørende som omsorgs- ytere for sine eldre kreftsyke menn

Kvinner tar ofte på seg omsorgsoppgaver når de erfarer sykdom i egen familie (1). Dette gjelder eksempelvis i forbindelse med eldre kreftsyke menn (over 65 år) som bor hjemme med sin partner og hennes omsorgsbyrde knyttet til livets slutfase. I tillegg til mannens sykdomssituasjon yter kvinnene ofte praktiske og emosjonelle oppgaver i familien, ofte kombinert med egen sorg (2,3,4,5).

## Innledning

Kvinnelige pårørendes omsorg for familie-medlemmer ses fortsatt som en forventning fra helse- og omsorgsektoren selv i et moderne velferdssamfunn som Norge, hvor mesteparten av omsorgstjenestene er lagt til offentlige velferdstjenester (6). Kvinner representerer fortsatt den største andelen av omsorgsgivere ovenfor familie-medlemmer (2,3,7).

I Norge har «Samhandlingsreformen» (8) ført til at kommunehelsetjenesten tar imot pasienter med behov for avansert sykepleiefaglig oppfølging som krever høy kompetanse i primærhelsetjenesten. Forskning viser at de fleste pasientene ønsker å bo lengst mulig hjemme, samt å dø i eget hjem (9). Dette kan by på omsorgsutfordringer for kvinnelige pårørende uten at det er lagt politiske føringer for hvordan disse som yter omsorgsoppgaver for sine ektemenn kan ivaretas under så vel som etter ektemannens sykdomsforløp (8).

Gjennom søk i vitenskapelige databaser viser internasjonal forskning at familieomsorgsgivere sliter med stress, angst og depresjon og er utsatt for ulike helseplager (10,11) som medfører behov for emosjonell og praktisk hjelp. Studier viser også at de som får hjelp verdsetter hjelpetiltakene (12,13,14). Det finnes få norske studier på dette feltet, men ifølge Breimo (3) forventes det mer omsorgsansvar av kvinnelige pårørende enn mannlige pårørende. Götze, mfl. (15) undersøkte psykologiske parametere hos familiens omsorgspersoner for kreftpasienter før og etter pasientens død. Livskvaliteten var betydelig lavere hos

pårørende som yter kreftrelatert omsorg enn hos befolkningen generelt. Kartlegging av kvinnenes belastning knyttet til kreftsyke ektemenn i en norsk kontekst, kan mulig bidra til bedre livskvalitet, samt bedre kvalitet på sykepleietjenestene. Hensikten med denne studien er å undersøke sykepleieres erfaringer av utmattelse hos kvinnelige pårørende som har omsorg for sine hjemmeboende kreftsyke menn i livets slutfase.

I lys av overnevnte innledning har vi kommet fram til følgende forsknings spørsmål:

*Hvordan erfarer sykepleiere omsorgsutfordringer hos kvinner som pleier sine kreftsyke menn i en hjemme kontekst?*

## Forskningsmetode

I denne studien benyttes en kvalitativ forsknings-tilnærming med vektlegging på mening og forståelse av menneskelige erfaringer og handlinger (18). Data samles inn ved fokusgruppeintervju (16) og analyseres ved bruk av kvalitativ innholds-analyse (17).

## Tilnærming til forskningsfeltet og informanter

Tilnærmingen til forskningsfeltet har foregått i form av «snøball-metode» (19). Metoden ble benyttet i studien for å rekruttere informanter i en kommunikasjon mellom førsteforfatters avdelingsleder og andre avdelingsledere på relevante arbeidsplasser. Kommunikasjonen foregikk via e-maillkontakt. Rekruttering av informanter ble utført på grunn av økonomiske og tidsmessige begrensninger som hindrer utstrakt reisevirksomhet. For å delta i stu-

## FAKTA

**Regina Aba**, videreutdanning: Kreftsykepleie, Smerte og smertelindring, Lunge og hjertesykdommer, Kvalitets og forbedringsarbeid, Prosjektstyring, Kommunikasjon. Master i klinisk sykepleie. Fagleder korttids- og rehabiliteringsavdeling, prosjektleder og rådgiver helse og omsorg i Harstad kommune, Storgata 5, 9405 Harstad. E-mail: Regina.Aba@harstad.kommune.no Tlf: 94825243

**Sven-Tore Dreyer Fredriksen**, Førsteamanuensis DrPH, Institutt for helse og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet; UiT Norges arktiske universitet, Campus Harstad, Havnegata 5, 9480 Harstad, Norway og Fag- og forskningssykepleier ved Huntington-nettverket, Knorrebakken 2, 9411 Harstad. E-mail: Sven-Tore.D.Fredriksen@uit.no Tlf: 99012894



Foto: Shutterstock

dien ble det stilt krav om at sykepleierne måtte ha sammenhengende praksis i minst femti prosent stilling, samt at de har arbeidet i direkte kontakt med mannlige kreftpasienter som har kone/samboer som omsorgsperson. Et annet viktig kriterium for å delta er at datamaterialet skal komme fra de

som er i direkte kontakt med den aktuelle pårørendegruppen. Svar fra de ulike avdelingsledere med oversikt over sykepleiere/spesialsykepleiere som ville delta i studie ble mottatt innen ei uke.

Førsteforfatter sendte etter forespørselen informasjonsskriv med samtykkeerklæring til

**Sammendrag:** Kvinnelige pårørende som omsorgsyttere er et kjent område innenfor kommunehelsetjenesten. I tillegg til sykepleierne er det en gruppe kvinner som tar et særegent ansvar, og det er kvinnelige pårørende som pleier sine kreftsyke menn. Hensikten med denne studien er å undersøke sykepleieres erfaringer av fenomenet utmattelse hos kvinnelige pårørende som omsorgsyttere for sine hjemmeboende kreftsyke menn i livets slutfase. Gjennom å benytte ei kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju og kvalitativ innholdsanalyse, har vi undersøkt sykepleierens erfaringer av fenomenet medfølelsesutmattelse hos kvinnelige pårørende i forbindelse med omsorgsansvaret knyttet til sine menns sykdomssituasjon. Funnene viser at kvinnelige pårørende i de fleste tilfeller blir utmattede på grunn av langvarig omsorgsoppgaver, mangel på egen omsorg samt fysisk og psykisk medfølelsesutmattelse. Videre viser funnene at kvinnelige pårørende trenger hjelp og oppfølging, men dette synes å være et område som ligger utenfor hva som omtales i helse- og omsorgsreformer. Det beskrives også at sykepleiere opplever møter med kvinnelige pårørende som utfordrende, der de må trikse med endringsmeldinger for å hjelpe pårørende.

**Nøkkelord:** Kvinnelige pårørende, kreftsyke menn, hjemme-sykepleie, fokusgruppeintervju og kvalitativ analyse.

**Abstract:** Female caregivers are a well-known phenomenon within the municipal health service. In addition to the nurses, there is a group of women who take on a special responsibility, and it is female relatives who care for their men with cancer. The purpose of this study is to examine nurses' experiences of the phenomenon care exhausting in female relatives as caregivers for their home-living, cancer-stricken men in the end-of-life phase. By using a qualitative approach with focus group interviews and qualitative content analysis, we have examined the nurses' experiences of the phenomenon of compassion fatigue in female relatives in connection with the care responsibility related to their men's disease situation. The findings show that female relatives in most cases become exhausted due to long-term care tasks, lack of self-care, and physical and mental compassion fatigue. Furthermore, the findings show that female relatives need help and follow-up, but this seems to be an area that is outside what is discussed in health and care reforms. It is also described that nurses find meetings with female relatives challenging, where they have to do tricks with sick notes to help relatives.

**Keywords:** Female relatives, men with cancer, home nursing, focus group interview, qualitative analysis.



sykepleierne/informantene (32,23). Alle ble rekrutterte fra hjemmesykepleien, sykehus og institusjoner i fire forskjellige kommuner. Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med til-

feldige sammensatte grupper med tre og fire sykepleiere/spesialsykepleiere i hver fokusgruppe, som vist i tabell 1.

**TABELL 1:** Oversikt over fokusgruppene og informantene.

Fokus-gruppe	Kjønn	Ant.	Tittel	Arbeids-felt	År erfaring	Alder år
1	K	1	Kreft-koordinator	Primærhelsetjenesten Kreftforening	2-35	30-50
	M	1	Sykepleier	Primærhelsetjenesten		
	K	1	Spes. sykepleier kreft	Primærhelsetjenesten		
2	K	1	Spes. sykepleier kreft	Primærhelsetjenesten/ Spesialisthelsetjenesten	9-29	30-50
	K	1	Sykepleier	Primærhelsetjenesten		
	K	1	Spes. sykepleier kreft Ass. avdelingsleder	Primærhelsetjenesten		
	K	1	Kreft-koordinator	Spesialisthelsetjenesten Kreftforeningen		
3	M	1	Spes. sykepleier kreft	Spesialisthelsetjenesten	2-17	29-42
	K	1	Spes. sykepleier kreft	Primærhelsetjenesten		
	K	1	Sykepleier	Primærhelsetjenesten		

### Datasamling

Datasamlingen ble foretatt i 2015. Alle informantene jobbet i tidspunktet studien foregikk i kreftomsorgen og hadde erfaringer i møte med kvinner som omsorgsytere for sine menn i livets slutfase (16). Intervjuene varte ca. en og en halv time.

Dynamikken i fokusgruppene baseres på å bringe opp fortellinger hvor de andre informantene assosierer fortellingene opp mot egne erfaringer (16). Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av en moderator (førsteforfatter/RA). Moderator benyttet semistruktur/ intervjuguide hvor hensikten var å stimulere samtalen med utdypende spørsmål, samt holde samtalen innenfor studiens fokus (20). For forståelse er noe helt fundamentalt som ligger til grunn for at moderator oppfatter det som sies i fokusgruppeintervjuene, altså som en horisont. Forståelseshorisont oppfattes som våre samlede oppfatninger og erfaringer (36). Fortolkerens egen forståelseshorisont er bestemmende i tolkningsarbeidet. Ikke som et fast standpunkt, men mer som en mulighet for å tilegne seg ny kunnskap. Det er da det oppnås «horisontsammensmeltning» (35). Analysing og tolkning av materialet gjøres

i forståelse basert på en hermeneutisk (tolkningslære) måte og styres av forskerens egen forståelse av teksten (37). I møte med informantene vil moderators forståelseshorisont settes i bevegelse mot ny forståelse, noe som er viktig å være bevisst på i hele prosessen. Første spørsmål som ble stilt i fokusgruppene var: «Hvilke erfaringer har dere rundt opplevelsen av utmattelse hos kvinnelige pårørende til kreftsyke menn?» Moderator var bevisst på at den semistrukturerte intervjuguiden var et hjelpemiddel for å få fram refleksjon, ikke et redskap for å overstyre i intervjusituasjonen (16). Alle intervjuene ble ordrett transkribert og utgjorde 75 sider rådata.

### Kvalitativ innholdsanalyse

I studien benyttes Granheim og Lundmans (17) innholdsanalyse i en induktiv form som bygger på tidligere kunnskaper og erfaringer, altså fra det generelle til det spesielle (21).

Analyseprosessen består av tre faser; en: forberedelse, to: organisering og tre: rapportering av funn (17,22). I fase 1 ble datamaterialet lest inngående for å få en første oversikt over hva datamaterialet omhandler.



I fase 2 ble datamaterialet delt opp i meningsenheter hvor meninger ble relatert til hverandre og på den måten legger føringer for funnenes struktur. Alle meningsenhetene ble så kondensert og abstrahert til et høyere nivå og til slutt utviklet

til sub-kategorier og kategorier. I fase 3 ble datamaterialet gjennomgått, og det ble utarbeidet en helhetsforståelse presentert som funn og diskusjon, som vist i tabell 2.

**TABELL 2:** Viser eksempel på hvordan analysen ble gjennomført.

Meningsenheter	Kondensert meningsenheter	Koder	Sub-kategorier	Kategorier	Sub-tema
<i>Mange av disse kvinnelige pårørende er slitne, man ser jo ikke det før pasienten er gått bort, da kommer det fram, da de tåler å kjenne på sine egne følelser hvor slitne de er og hvor lenge de egentlig har brukt seg selv i sykdomforløpet. Mannen flir det ofte bort og synes at alt er supert og helt fantastisk, kona er den som tar situasjonen på alvor</i>	Kvinnelige pårørende er slitne, de viser det ikke det før pasienten er gått bort. Da kjenner de på sine egne følelser hvor slitne de er og hvordan de brukte seg i sykdomforløpet	Slitne pårørende Viser ikke følelser Bruker seg selv i sykdomsforløpet	Slitne pårørende viser ikke hvordan de føler i omsorgen under sykdomforløpet	Slitne pårørende viser ikke hvordan de har det i omsorgen under sykdomforløpet	Slitne kvinnelige pårørende isolerer seg, viser ikke lidelser og ser alvoret i omsorgen for sine menn
<i>Kvinnelige pårørende trekker seg tilbake fra det sosiale livet de hadde fra før, de isolerer seg fullstendig. Alt dette bidrar til utmattelse, det å stå i situasjonen døgnet rundt uten hjelp, de lever dag etter dag med oppbrukt energi</i>	Kvinnelige pårørende trekker seg tilbake fra det sosiale, isolerer seg og står i situasjonen uten hjelp, noe som bidrar til utmattelse	Pårørende trekker seg bort fra det sosiale Isolerer seg Står alene i situasjon som bidrar til utmattelse	Pårørende trekker seg bort fra det sosiale og står alene i situasjonen, de isolerer seg	Pårørende trekker seg tilbake og står alene i situasjonen, de isolerer seg	
	Mannen flir det bort og synes alt er «supert» og «fantastisk», mens kona tar situasjonen på alvor	Mannen flir det bort tar alt veldig lett, mens kona ser alvoret	Mannen flir det bort og synes alt er «supert», kona ser alvoret i situasjonen	Mannen flir det bort og synes alt er «supert», kona ser alvoret	

### Forskningsetikk

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste med referansenummer 44300/3/AGL. Forskningsarbeidet er gjennomført ut fra Helsinkideklarasjonens forskningsetiske prinsipper (23). Alle informantene hadde signert samtykkeerklæringen før datasamlingen ble igangsatt. Informantene rapporterte direkte til førsteforfatter bekreftelse om deltagelse i studien.

### Metodisk refleksjon

Moderators utfordring er å få alle interessert i studiens tema, stimulere en god stemning der assosiasjoner mellom deltagere bringer opp nye historier og fortellinger. Videre bør moderator sørge for at flest mulig får komme til orde med relevante innspill til det som diskuteres (33). Under fokusgruppeintervjuene var det ikke observatør/moderator assistent som kunne fange opp tilleggsinformasjon som ikke er mulig å registrere





i lydopptak, eksempelvis stemninger i rommet, dynamikken i gruppen og nonverbale uttrykk som er verdifull data i studien.

Moderatorrollen ble tydeligere med trening. Å samle trådene om det som sykepleierne meddelte, og deres fokus på tema skal vise seg å bli lettere etter hvert. Når fokusgruppene samles, er det en viss risiko for at noen tar større plass enn andre, så

starter ved diagnosetidspunktet og varer hele sykdomsforløpet. Flere har vansker med å be om hjelp, og klager sjelden over situasjonen de er i. Det virker som om de vil klare alt selv, slik de gjorde før mennene ble syke. Mange føler de må være sterke i situasjonen, både for pasienten og for seg selv. På spørsmålet til en kvinne om hun trengte hjelp, da jeg så at hun var svært sliten, var svaret: «Jeg tror jeg klarer meg en dag til» (Sykepleier gruppe-1). Sykepleiere erfarer at kvinnelige pårørende lever lenge med inntengt sorg, og vanligvis uttrykker de sjeldne følelsene sine mens pasienten lever. De er redde for å bryte sammen hvis de viser følelser i situasjonen. Slike tanker påvirker negativt deres bevissthet omkring egen omsorg.

#### *Mannen flirer bort og tar alt supert, kona ser alvoret i situasjonen*

Kommunikasjon mellom kreftsyke menn og deres koner/samboere fungerer dårlig. Mannen bagatelliserer ofte situasjonen, mens kona tar situasjonen på alvor. Sykepleiere erfarer kvinnelige pårørende som fortvilte i situasjonen, fordi det er vanskelig å føre dypere samtaler med mannen om hans sykdom.

*Han flir det bort og hun ønsker virkelig å snakke om sykdomsutvikling og andre ting i livet. For to uker siden kom han fra legekontoret hvor han fikk beskjed at behandlingen ikke fungerer, og at han kommer til å dø. Han kom hjem og fortalte kona at alt gikk bra og kreften er borte. Han er den typen som flir ting bort og vil ikke stå i situasjonen, men kona tar alt på alvor. (Sykepleier gruppe-2)*

Flere mannlige pasienter vil ikke ta inn over seg at de er alvorlig syke, og avviser slike samtaler med påstand om at de ikke er så syke at det er unødvendig å prate om sykdommens utvikling. Mange kvinnelige pårørende prater med sykepleierne i skjul, fordi de vil unngå at mannen hører deres bekymringer. Samtalene handler sjelden om den pårørende, men om pasientens behov for mer hjelp, eller om at kona ser pasientens behov for å snakke med sykepleierne om tanker og følelser. Kvinnene tar situasjonen på alvor, sjekker opp medisiner, deres virkning og bivirkning og sørger for at mannen følger anbefalinger fra leger og sykepleiere.

## «Mange kvinnelige pårørende prater med sykepleierne i skjul, fordi de vil unngå at mannen hører deres bekymringer»

det er viktig at moderator styrer gruppen til orden slik at det blir en god gruppedynamikk, samt sørge for at alle får anledning til å fortelle sin erfaring. Samtidig må moderatoren holde spørsmålene ved bruk av en semistrukturert intervjuguide til alle grupper like og konsistente for en bedre oversikt over materialet, slik at det gir en mulighet for å se likhet og ulikhet i materialet (38). Det er viktig at intervjurunden ikke påvirker på en negativ måte dynamikken i gruppen, den er i utgangspunktet til hjelp for mental konsentrasjon omkring tema som diskuteres (39).

### FUNN

Sykepleierens erfaringer vedrørende kvinnelige pårørende som tok omsorgsansvar for sine kreftsyke menn framkom som temaet: Slitne kvinnelige pårørendes medfølelsesutmattelse. Dette ble igjen delt opp i følgende to sub-temaer: Kvinnelige pårørendes risiko for fysisk og psykisk omsorgsutmattelse og utfordringer knyttet til møte med kvinnelige pårørende.

#### **Sub-tema 1: Kvinnelige pårørendes risiko for fysisk og psykisk omsorgsutmattelse**

*Kvinnene viser ikke hvordan de føler i omsorgen under sykdomsforløpet*

Sykepleiere erfarer at det er en enorm påkjenning for pårørende å oppleve stress, sorg og det å yte langvarig omsorg for sine menn. Påkjenningene

### **Kvinnelige pårørende står alene i situasjonen og isolerer seg**

Kvinnelige pårørende fokuserer på å være sterke i situasjonen, og isolerer seg fra venner, familie og aktiviteter. De sykemelder seg fra jobb for å konsentrere seg om den syke samt å være tilgjengelig for pasienten døgnet rundt.

*Kvinnelige pårørende trekker seg tilbake fra det sosiale livet de hadde fra før, de isolerer seg fullstendig. Alt dette bidrar til utmattelse, det å stå i situasjonen døgnet rundt uten hjelp, de lever dag etter dag med oppbrukt energi. (Sykepleier gruppe-3)*

Sykepleierne beskriver kvinnelige pårørende som trekker seg tilbake fra alt og bruker all energi på omsorg til sine menn når disse er i siste fase av sin kreftsykdom. Selv om kvinnelige pårørende

frivillig ønsker å være omsorgsperson til sine kreftsyke menn, fører det ofte til utmattelse til slutt.

### **Mangler nattesøvn under sykdomsforløpet**

Kvinnelige pårørende mangler søvn, er ofte oppe om natten for å se til pasienten, hjelpe han med noe eller er i beredskap i tilfelle han skulle ønske noe.

*Det siste tilfellet vi hadde, var da han skulle opp om natta for å tisse. Hun fulgte han til toalettet, fordi hun var redd for at han skulle falle og bli liggende på gulvet alene. Når han stod opp, stod hun opp for å spørre om hva det var for noe, og når han ville tisse, la ikke dama seg for å sove videre. Hun var så redd at han kanskje kom til å falle. (Sykepleier gruppe-1)*

Ofte klarer ikke kvinnene å delegere omsorgen over til andre. Sykepleiere erfarer at kvinnene har et



Foto: Shutterstock

behov for kontroll for å sikre at pasienten får alt han trenger. Likevel er tid og trygghet de viktigste faktorene hvis pårørende skal få gjort nødvendige ting.

#### **Risiko for underernæring grunnet redusert matinntak**

Sykepleierne erfarer at kvinnelige pårørende står i fare for underernæring på grunn av redusert matinntak. Det er svært vanlig at pasienter med kreft opplever at matlaging og matlukter fremkaller kvalme. Kvinnelige pårørende slutter å lage middag for å redusere disse plagene hos pasienten.

*Hvis pårørende lager maten selv hjemme, og han kanskje ikke tåler lukten av maten, ender disse pårørende ofte opp med å ikke lage mat lenger. Dette går selvfølgelig på deres matlyst også. (Sykepleiers gruppe 1)*

Kvinnene får ofte dårlig samvittighet dersom det serveres mat ved bordet som pasienten ikke klarer å spise og kanskje kaster opp. Ofte mister kvinnene motivasjonen til å lage middager til både pasienten

*De blir ikke slitne bare av å smøre på brød og vaske hus eller stelle pasienten, men er mest plaget av det psykiske. Det koster å gå rundt med tanker hele tiden og grue seg til hva som kommer til skje. Kvinner er ofte dårlige til å styre økonomien, de bekymrer seg for praktiske ting. Hva med huset, klarer jeg å beholde huset? Og hva med bilen? (Sykepleier gruppe 2)*

Mange ser mannen dø litt for hver dag som går uten å kunne gjøre noe, og sykepleiere opplever stadig at noen i desperasjon foreslår å sende pasienten til dyre behandlinger i håp om at han kan reddes. Ofte resulterer dette i forverret sykdomstilstand. Til slutt er de ofte for tappet av krefter til å orke å klage og mister troen på at ting kommer til å bli bedre.

#### **Utmattede kvinner rettferdiggjør døden i livets slutfase**

Kvinnene rettferdiggjør døden i livets slutfase, de er slitne og ser sine menn kjempe forgieves mot kreften. Det er vondt å ikke kunne gjøre noe, at mange ber om at pasienten får slippe, og ser til slutt døden som en «velsignelse».

*Hun sa nå orker jeg ikke mer, nå er jeg så sliten og nå ønsker jeg bare at han skal dø. Hele familien hadde bestemte seg at han skulle få lov å dø hjemme da. (Sykepleier Gruppe-3)*

Sykepleiere erfarer at pårørende bærer store belastninger i denne fasen som til slutt medfører at disse kvinnene ber mannen om å slippe taket. Studien viser at flere blir svært utslitte mot slutten av sykdomsforløpet og ser fram til at dødsprosessen er over.

#### **Utfordringer knyttet til møte med kvinnelige pårørende**

##### **Lavterskeltilbud til pårørende er ikke nok**

Sykepleiere erfarer at de gir et lavterskeltilbud til kreftpasienter og deres pårørende. De erfarer også at kreftkoordinatorer ikke trenger vedtak fra kommunen for å besøke og hjelpe kreftpasienter og deres pårørende, fordi kreftkoordinatorer disponerer arbeidstiden sin selv, og setter opp egen dagsplan.

*Etter fjorten dager, kontakter jeg pårørende, og drar på hjemmebesøk for å sjekke hvordan det*

## «Sykepleierne oppfatter at kvinnene er utbrente, har angst, redsel, psykiske plager og press på seg»

og seg selv. Flere erstatter middagen med brødmat, fordi brødmat ikke lager lyd, så pasienten ikke hører at de spiser. Funnene viser at kvinnene ubevisst går ned i vekt og sykepleiere legger merke til det og begynner å stille spørsmål om deres appetitt. På spørsmål om vekta får de gjerne til svar at kvinnene har mistet appetitten fordi de ikke klarer å spise alene og mange kvinnelige omsorgsgivere blir feil-/underernærte.

#### **Kvinnelige pårørende med omsorgsutmattelse**

Sykepleierne oppfatter at kvinnene er utbrente, har angst, redsel, psykiske plager og press på seg. Den psykiske belastningen veier tyngst da kvinnene ofte føler seg hjelpeløse i situasjonen.





*går med dem. Det er som regel da folk trekker pusten litt, og merker hvor slitne de faktisk er. Allikevel er det mange som fortsatt er oppegående, og prøver å bygge seg opp igjen, fordi de da har kun seg selv å tenke på. Det er bare å ringe og be om hjelp, så kommer jeg, pleier jeg å si til dem. (Sykepleier gruppe-1)*

Sykepleiere kan ikke gjøre noe uten at det foreligger et vedtak. Hvis de ikke holder tidsskjemaet, går det ut over neste pasient på listen. Sykepleiere erfarer at det er vanskelig å dra på besøk til pårørende uten at det går ut over andre pasienter. Sykepleiere ønsker å gjøre mer, fordi kvinnelige pårørende har stort hjelpebehov, spesielt etter at pasienten har gått bort. Da åpner kvinnene seg mer om pasientens sykdomssituasjon og egne erfaringer. Det er da pårørende trenger mest støtte og trenger hjelp til å gå videre.

#### ***Triksing med endringsmelding for å hjelpe kvinnelige pårørende***

Pårørende har ifølge sykepleierne tilbud om hjelp fra kommunen som omsorgslønn, avlastningstilbud og hjemmehjelp. Kvinnelige pårørende har lite slik hjelp hvis kreftsyke menn ønsker å dø hjemme. I tillegg til utfordringer i forhold til tid nok til pasienten, ser sykepleiere seg nødt til jukse med pasientjournaler for å sørge for mer tid slik at de kan hjelpe kvinnene.

*Vi dokumenterer og utvider tiden litt på den syke, så hun kan få gå ut (...) selv om han ikke har behov for mye tid. Så prioriterer vi at han får kanskje en time, da leser vi avisa for han, og så smører vi føtter for eksempel. Vi gjør sånne behagelige ting, så hun kan luften seg litt, sier vi. Hun kan gå til parken, luften hund, gjøre et eller annet. (Spesialsykepleier gruppe-1)*





Sykepleiere er frustrerte og bevisste at dette både er feil rapportering i pasientjournalen, men gjør det allikevel. Når sykepleierne tyr til slike løsninger, forteller det at man desperat leter etter muligheter for å løse et udekket behov for tid til pårørendeomsorg.

### *Kvinnelige pårørende er alene, og hjelpen bortfaller etter pasientens død*

Sykepleiere erfarer at hjelp til kvinnene faller bort når pasienten dør. Da lukkes hans journal og det er ingen som kommer på besøk lenger. Dette kan føre til at pårørende blir alene hjemme og forlatt til seg selv. Sykepleiere sier de er motiverte til å hjelpe og støtte pårørende.

*Oppfølgingsamtale er viktig. Jeg trenger ikke å si mye, men de får lov til å tømme seg ut. Jeg gir dem gode råd og et telefonnummer de kan ringe for mer hjelp. Det er alt kommunen tilbyr i*

*dag...de får heller ikke hjelp fra psykiatrien eller andre former for oppfølgingsamtaler. (Sykepleier gruppe-3)*

Sykepleierne vil ha bedre oppfølging av pårørende gjennom meldte hjelpebehov som kan koordineres og dokumenteres i eget journalnotat. Sykepleiere er bevisste på at systemet har et forbedringspotensial, og ønsker at profesjonen blir hørt slik at det skapes et system for å sette inn større ressurser til pårørende, slik at de får en bedre hverdag. Dagens ordninger er ikke gode nok, det er uforvarlig at pårørende skal stå alene etter omsorgssituasjonen uten oppfølging.

### DISKUSJON

Å være nærmeste kvinnelige pårørende til sin døende ektefelle/samboer oppleves som svært vanskelig, og hvis man i tillegg har omsorgsansvar kan belastningen bli krevende. Sykepleiere



Foto: Shutterstock

beskriver kvinnelige pårørendes omsorg til sine menn som enestående. De tar mye ansvar for pleieoppgaver av pasienten i tillegg til at de må håndtere familiens utfordringer. Livstil og sosial tilhørighet settes på vent på bekostning av egenomsorg uten å kunne formidle dette til noen. Jo sykere pasienten blir, jo sterkere blir denne følelsen. At livet settes på vent, tolkes her som at det som har fungert, normale aktiviteter plutselig stoppes for å kunne samle krefter til det aller viktigste her og nå. Tidligere forskning (24) viser lignende funn som beskriver at kvinnelige pårørende omsorgsgivere opplever at deres normale aktiviteter settes til side, og pasienten og hans hjelpebehov blir det som er i fokus.

Helse- og omsorgstjenester har fokus på pasienten og dens behov, men i et forebyggende perspektiv er det også viktig at sykepleiere bistår og støtter pårørende (25). Funnene viser at kvinnelige pårørende nedprioriterer egenomsorg, fordi de vurderer omsorgen overfor sine kreftsyke menn som viktigere. Sykepleiere bør være tilgjengelig og tilby støtte uavhengig av om pårørende etterspør hjelp eller ikke. Et lavterskeltilbud i form av kartlegging av pårørendes belastning så tidlig som mulig kan fange opp faresignaler og er derfor av stor betydning for oppfølging av disse kvinnene, ikke minst etter pasientens død (9). Det er en slags samfunnsforventning om at kvinner skal være omsorgsgivere til sine familiemedlemmer. Dette kan føre til at kvinner utsettes for emosjonell belastning over tid (5,26,24). Fenomenet «medfølelsesutmattelse» hos kvinnelige pårørende med omsorgsansvar beskrives i denne studien som en tilstand som oppstår på grunn av belastende omsorgsoppgaver og manglende egenomsorg. Tilsvarende er fenomenet «compassion fatigue» beskrevet som en tilstand blant annet hos omsorgsgivere til kreftpasienter, men også på arbeidsplassen. Funnene i denne studien fremhever behov for å forstå sammenhengen mellom helsepersonells empatiske følsomhet for pasienter og deres sårbarhet for medfølelse tretthet (27). Ved fravær av pårørende og deres støtte er det utfordrende å få til god palliativ omsorg i livets slutfase. Derfor er det viktig at helse og omsorgstjenester støtter pasienter og pårørende når pasienten ønsker å dø hjemme. Selv om pårørende står i en vanskelig situasjon med sorg og en familiebalanse som forstyrres (7), yter de omsorg til den syke. Støtte fra familien er grunnleggende for å skape trygghet og sjansen for at pasienten kan dø

hjemme som ønsket (34). Det er derfor avgjørende at det skapes handlingsrom for å følge opp hvorvidt pårørende håndterer sorgen eller ikke (28).

Sykepleiere utfordrer seg selv for å hjelpe kvinnelige pårørende til kreftsyke menn. Dette er i tillegg der sykepleiere vurderer kvinnelige ektefeller/samboere som så slitne at det er nødvendig å sette inn tiltak. I mangel på tidsrammer er den eneste måten å hjelpe kvinnene å trikse med endringsmeldinger til kommunen, noe de opplever som et etisk dilemma i fagutøvelsen. Indirekte hjelpetiltak er eneste mulighet sykepleierne ser som et alternativ til å gi et tjenestetilbud til pårørende. Dette er i strid med Verdens helseorganisasjon (WHO) sin (29) presisering om at pårørende skal gis støtte under sorgprosessen ved livets slutt. Omsorg i livets slutfase innbefatter et helhetlig syn på situasjonen, og helsevesenet bør imøtekomme kravet om forsvarlighet og støtte pårørende (29).

I Norge forventes kvinnelige pårørende selv å være bevisst egne omsorgsbehov og søke hjelp. Studien viser at disse kvinnelige pårørende ikke ber om hjelp for å unngå og belaste den som er syk. Foreløpig finnes det ikke tydelige føringer og definerte rammer som sikrer at voksne pårørende til alvorlige syke tas være på, samtidig forventes det at de fleste ønsker å bo lengst mulig hjemme (30). Lov om helse og omsorgstjenester (25) påpeker at alle kommuner tilbyr nødvendige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere og har ansvar for helsefremming og forebyggende tjenester. Det finnes klart definerte pårørenderettigheter, men ingen tydelige rammer for hvordan oppfølgingen av pårørende skal ivaretas i kommunal sektor (6). Sykepleiere har en nøkkelrolle i identifisering av medfølelsesutmattelse gjennom eksempelvis samtaler med kvinnelige pårørende, et tiltak som kan forebygge utmattelse og helsesvikt. En forsvarlig sykepleieutøvelse forutsetter at man har mulighet og kunnskap til å vurdere om pårørende har behov for hjelp. Kompetanse er viktig, men sykepleierne bør også ha rammer for å kunne bygge gode relasjoner til pårørende, spesielt i livets slutfase (31).

### **Kliniske implikasjoner**

Belastningen hos pårørende som pleier sine kreftsyke i hjemmet i palliativ fase, er lite forsket på og har fått lite faglig oppmerksomhet i forskningsverdenen (39,40). For å endre praksis er mer fagkunnskap og en større politisk bevisstgjøring om temaet





viktig. Å forbedre kunnskap hos sykepleierne kan gjøres gjennom intern undervisning og innføring av kunnskapsbasert praksis. Politisk bevisstgjøring kan først og fremst skje gjennom samtale med politikere og ikke minst ansvarliggjøring når rammer for tjenestene skal besluttes. Avlastningstilbud for pasienten i institusjon skal gi pårørende tid til å ta vare på seg selv, sove bedre om natta og få et bedre sosialt liv. Det bør også være ordninger og rammer i den kommunale helsetjenesten for at sykepleierne kan følge opp pårørende en tid etter den kreftsyke mannens bortfall. ■

### Litteratur

- Bertinussen I, Fredriksen STD. Det krevende spennet mellom arbeid, hjemmet og gamle hjelpetrengende foreldre. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2014;1(1):56-69.
- Lilleaas UB, Fivel PI. For mye av det gode?: Kvinners involvering i mens helse og sykdom. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 2011; 35(4):310-326.
- Breimo JP. Koordinering og tilstedeværelse – Om kjønnede forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 2014; 3-4.
- Williams LA, Giddings LS, Bellamy G, Gott M. Because it's the wife who has to look after the man: A descriptive qualitative study of older women and the intersection of gender and the provision of family caregiving at the end of life. *Palliative Medicine*. 2017;31(3): 223–230.
- Sutherland N, Ward-Griffin C, McWilliam, Stajdular K. Structural impact on gendered expectations and exemptions for family caregivers in hospice palliative home care. *Nursing Inquiry*. 2017.
- NOU 2011:17. Når sant skal sies om pårørend omsorg. Oslo: Helse og omsorgsdepartement. Hentet 2.5.16 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-17/id660537/>.
- Stensheim HJ, Hjermstad M, Loge H. Ivaretagelse av pårørende. I: Kaasa S, Loge JH, red. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.
- Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen - rett behandling - på rett sted- til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement; 2012.
- Hundstad I, Svindseth M F. Challenges in home-based palliative care in Norway: A qualitative study of spouse' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*. 2011; 17(8).
- Bevans M, Sternberg E M. Caregiving Burden, Stress, and Health Effects among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*. 2012;307(4):398-403.
- Rhondali W, Chirac A, Laurent A, Terra J L, Filbet M. Family caregivers' perceptions of depression in patients with advanced cancer: A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*. 2015; (13):443-450.
- Khan Johad A S, Mayamal T C, Chaturvedi M. What does the informal caregiver of a terminally ill cancer patient need? *Indian journal of palliative care*. 2011; (3), 191-196.
- Gunnarsson H, Ohlén J. Spouse's grief before the patient's death: Retrospective experiences related to palliative home care in urban Sweden. *Mortality*. 2006; 11(4):336-351.
- Hearson B, McClement S. Sleep disturbance in family caregivers of patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*. 2007;13(10):495-501.
- Götze H, Brähler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Fleischer A, Köhler N. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *European journal of cancer care*. 2016.
- Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2):105-112.
- Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2012.
- Larsson S. Kvalitativ metode – en introduktion. I: Larsson S, Lilja J, Mannheimer K, red. *Forskningsmetoder i sosialt arbeid* (1:8). Lund: Studentlitteratur; 2005. s. 91-128.
- Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
- Krippendorff K. *Content Analysis- An Introduction to Its Methodology*. 3.utgave. USA: Sage Publications, Inc; 2013.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advance Nursing*. 2008;62(1):107-115.
- Førde R. *Helsinkideklarasjonen*. Oslo: De nasjonale Forskningsetiske komiteene. 2014. Tilgjengelig fra: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no).
- Williams LA, Giddings LS, Bellamy G, Gott M. Because it's the wife who has to look after the man: A descriptive qualitative study of older women and the intersection of gender and the provision of family caregiving at the end of life. *Palliative Medicine*. 2017;31(3): 223–230.
- Lov om Helse- og omsorgstjeneste-hol. LOV-2011-06-24-30. (2011). tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Wozniak K, Izyccki D. Cancer: A family at risk. *Prz Menopauzalny*. 2014;13(4):253-261.
- Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Doebbeling C C. Compassion Fatigue. *Journal of Health Psychology*. 2009; 14(2):267-277.
- Fredriksen STD, Kassah BLL, Tingvoll WA. Utfordringer i tverrfaglig samarbeid. Kommunal helse- og omsorgstjeneste samt kommunalt barnevern. I: Kassah BLL, Pedersen HN, Tingvoll WA, red. *Handlingsrom for profesjonellert velferd Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern*. Oslo: Cappelen Damm; 2021. s. 27-45.
- World Health Organization. *Global Atlas of Palliative Care at the End of life* (Internet). Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/hcds/management/palliative-care/palliative-care-atlas/en/>.
- Meld. St.15 (2017-2018). *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement; 2018.
- Bergdahl E, Wikström BM, Andershed B. Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16(4):752-760.
- Halvorsen, K. Å forske på samfunnet- En innføring i samfunnsvitenskapelig metode Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2008.
- Malterud, K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
- Danielsen B V, Sand A N, Rosland J H, Førland O. Erfaringer og utfordringer hos hjemmesykepleiere og allmennleger i hjemmebasert palliativ behandling – en kvalitativ studie. *BMC palliativ behandling*. 2018; 17(95)
- Gadamer H.G. *Sannhet og metode- Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag A/S; 2010.
- Thornquist E. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2012.
- Krippendorff K. *Content Analysis- An Introduction to Its Methodology*. USA: Sage Publications, Inc; 2013.
- Krueger R A, Casey M A. *Focus groups – A practical guide for applied research*. London: SAGE publications, Inc ; 2015.
- Carlsson M E. *Fatigue in relatives of palliative patients*. *Pall Supp Care*. 2010; 7(2):207-211.
- Gunnarsson H, Ohlén J. Spouse's grief before the patient's death: Retrospective experiences related to palliative home care in urban Sweden. *Mortality*. 2006; 11 (4), 336-351



# Effekter av kognitiv trening hos personer med demens ved Alzheimers sykdom: en narrativ litteraturstudie

Demens er et syndrom, en fellesbetegnelse på en tilstand, forårsaket av ulike organiske sykdommer (1). Alzheimers sykdom (AD), oppkalt etter den tyske legen Alois Alzheimer, er en degenerativ hjernesykdom og er den vanligste årsaken til demens (2).

## Introduksjon

AD øker med alderen, og derfor vil økning av antall eldre i fremtiden medføre en økning av antall med AD. I 2021 var det omtrent 100 000 personer med demens i Norge, og antallet antas å fordobles de neste tjue årene (2). Det er hovedsakelig to typer av AD; tidlig debut og sen debut. Tidlig debut er før 65 års alder med mer uttalte symptomer i begynnelsen av sykdommen, der sykdomsforløpet er raskt progredierende. Sen debut er etter 65 års alder med mindre symptomer i begynnelsen av sykdommen og sykdomsforløp er saktere progredierende enn ved tidlig debut (1, 3).

Nedsatt hukommelse spesielt for nyere hendelser, er et av de tidligste symptomene ved AD. Det er både lagring og gjenhenting av informasjon som endrer seg ved AD noe som påvirker personens arbeidshukommelse (4). Arbeidshukommelse forutsetter evnen til kortvarig lagring og kognitivt bearbeiding av enkel informasjon der og da (1). Svekket oppmerksomhet ved AD innebærer at personen får vansker med delt oppmerksomhet slik at det å forholde seg til flere oppgaver samtidig kan bli vanskelig (ibid.). Svikt i orienteringsevnen kan føre til vansker med å finne frem selv på kjente steder, noe som igjen kan føre til at personen slutter med aktiviteter utenfor hjemmet (4). Manglende forståelse for rom og retning og beregning av avstand (visuospatiale evner) kan gjøre det vanskelig å blant annet kjøre bil. Svekket språkevne innebærer at personen kan få vansker med å finne riktig ord, forstå hva andre sier, eller får redusert taleflyt. Svikt i planlegging og problemløsning kan gjøre

det vanskelig å mestre enkle oppgaver i hjemmet (1, 3). Svikt i disse kognitive ferdighetene kan føre til at personen får redusert funksjon i aktiviteter i dagliglivet (ADL) (1, 3, 5).

Nevropsykiatriske symptomer som apati (6), angst (7), depresjon (8), og agitasjon/aggresjon (9, 10) forekommer ofte ved AD. Dette er symptomer som delvis skyldes hjerneorganiske skader, og delvis emosjonelle reaksjoner på tap av hukommelse og andre kognitive funksjoner. Disse symptomene ved AD kan oppleves som svært belastende både for personen og pårørende, og påvirker deres livskvalitet (11, 12).

På tross av mye forskning på demensfeltet, er det foreløpig ingen behandling som kan kurere AD. Effekten av antidemensmedisiner er usikker og har en del bivirkninger (13, 14). Dermed er det behov for å utvikle ikke-farmakologiske tilnærminger målrettet mot et bredere spekter av kliniske utfall som kan gjøre hverdagen lettere og bedrer livskvaliteten for personer med AD og deres omsorgsgivere.

Kognitiv-orientert behandling er en ikke-farmakologisk behandling av personer med demens og inkluderer tre hoved behandlingsteknikker; Kognitive trening (KT), kognitiv rehabilitering (15) og kognitiv stimulering (16). I litteraturen og i praksis, blir disse begrepene og tilnærmingsteknikkene brukt om hverandre, på tross av at det finnes distinkte definisjoner og tilnærmingsteknikker (16, 17).

## FAKTA

**Alka Rani Goyal**,  
Offentlig godkjent  
sykepleier, master i klinisk  
psykisk helsearbeid, PhD  
Førsteamanuensis  
Fakultet for helsevitenskap,  
institutt for sykepleie og helsefremmende  
arbeid  
OsloMet-storby-  
universitet  
alka@oslomet.no  
Telefon: 48122963

**Øyvind Kirkevold**,  
Offentlig godkjent  
sykepleier, M.Sc, PhD,  
Professor  
Ass forskningssjef/dr.  
philos: Nasjonal  
kompetansetjeneste for  
aldring og helse,  
Sykehuset i Vestfold  
Forsker: Forskningscenter  
for Aldersrelatert  
funksjonssvikt og  
Sykdom (AFS),  
Sykehus Innlandet  
Professor i klinisk  
sykepleie: NTNU i Gjøvik,  
Institutt for  
helsevitenskap i Gjøvik  
oyvind.kirkevold@  
aldringoghelse.no  
Telefon: 91594775

**Kontaktperson**  
Alka Rani Goyal  
Pilestredet 32, 0167 Oslo  
alka@oslomet.no  
Telefon 48122963

### Hva er KT

KT er et gjentagende og veiledet program med et sett av strukturerte og vanligvis standardiserte oppgaver/aktiviteter rettet mot å trene opp en bestemt eller flere kognitive funksjoner samtidig. For eksempel, å trene opp arbeidshukommelse, oppmerksomhet, språk og problemløsningsfunksjoner (16, 18). For å trene opp spesifikke kognitive funksjoner hos personer med hjerneskader og nevrologiske sykdommer, utviklet forskerne Ben-Yishay og kollegaer KT som en systematisk tilnærming i nevropsykologisk rehabilitering (19). Prinsippet for KT er basert på hjernens evne til å opprettholde betydelig nevroplastisitet, eller hjernens kapasitet til regenerering og kompensering frem til en høy alder (20, 21). *Nevroplastisitet* omhandler hjernens evne til å danne nye forbindelser og nervebaner, og endre måten de er koblet sammen på. Ved å skape nye koblinger kan hjernen gjenopprette visse funksjoner (22, 23). I slutten av 1980-årene, ble KT for første gang benyttet for personer med demens (24). Hensikten med KT hos personer med AD er gjennom gjentakende og veiledede kognitive øvelser å forbedre eller opprettholde spesifikke kognitive funksjoner som for eksempel arbeidshukommelse, oppmerksomhet og språk (16).

Det er hovedsakelig to tilnærminger som brukes i KT, i) *strategi-trening*; der det læres nye måter å fullføre oppgaver på ved bruk av interne og eksterne strategier. Eksempler på interne strategier kan være at man lærer å organisere informasjon ved kategorisering eller visualisering for å huske. Eksempler på eksterne strategier kan være å skrive dagbok, notat eller lapper for å huske. Strategi-trening utføres fortrinnsvis ved bruk av penn og papir (15, 16, 25). ii) *databasert KT*; ved databasert KT brukes det datamaskin (PC) til gjentagende og strukturerte øvelser ved spesialdesignet dataprogram (for eksempel, Cogpack Marker programvare). Øvelsene er som regel rettet mot spesifikke kognitive ferdigheter som for eksempel, hukommelse, konsentrasjon og oppmerksomhet (18, 26). KT kan tilbys individuelt eller i grupper og kan gjennomføres på en rekke behandlingssteder som dagsenter eller hjemmet hos personen (15, 16).

### Hensikt

Siden Alzheimers sykdom er årsaken til de fleste demenstilfeller, er hensikten med denne artikkelen å gi en oversikt over hva forskningen i dag sier om effekter KT har på personer med AD. Forsknings-spørsmålene er 1) hvilke effekter av KT hos per-

**Studiens bakgrunn:** Demens ved Alzheimers sykdom (AD) er en degenerativ hjernesykdom og forekomsten øker med alderen. Tilstanden medfører svikt i kognitive ferdigheter. Personen får gradvis redusert fungering i dagliglivet. Foreløpig er det ingen behandling som kan kurere AD. Kognitiv trening (KT) er en ikke-farmakologisk behandling av personer med AD og består av gjentagende og strukturerte aktiviteter for å trene opp en bestemt eller flere kognitive funksjoner.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å beskrive oppdatert kunnskap om effekter av KT hos personer med AD.

**Metode:** En narrativ litteraturstudie basert på fire oversiktsstudier av nyere dato.

**Hovedresultat:** KT har vist varierende effekter hos personer med AD, men kan fungere som en støttende faktor i styrking av hjernens kognitive ressurser spesielt i en tidlig fase av AD. KT utført ved datamaskin har i økende grad erstattet den opprinnelige bruk av penn og papir, og vurderes som sterke i metodiske tilnærminger. Det er ikke rapportert om bivirkninger ved å delta i KT. Intervensjonene bør være personsentrerte.

**Konklusjon:** Å opprettholde høy mental aktivitet kan ha positiv effekt på kognitiv funksjon. Det er behov for høy kvalitetsstudier av KT med lengre oppfølgingsperiode hos personer med AD og deres erfaringer ved å motta KT bør undersøkes.

**Nøkkelord:** Alzheimer sykdom, Demens, Kognitiv trening, Narrativ litteraturstudie.

**Study background:** Alzheimer's dementia (AD) is a degenerative brain disease, and the incidence increases with age. The condition entails failure in cognitive skills. The person gradually has reduced functioning in daily life. Currently, there is no treatment that can cure AD. Cognitive training (CT) is a non-pharmacological treatment for people with AD and consists of repetitive and structured activities to train a specific or several cognitive functions.

**Aim:** The aim of the study is to describe an updated knowledge of effects of CT in people with AD.

**Method:** A narrative literature study based on four review studies of recent date.

**Main results:** CT has shown varying effects in people with AD but can function as a supportive factor in strengthening the brain's cognitive resources, especially in an early stage of AD. CT performed by computer has increasingly replaced the original use of pen and paper and is considered strong in methodological approaches. No side effects have been reported by participating in CT. The interventions should be person-centered.

**Conclusion:** Maintaining high mental activity can have a positive effect on cognitive function. There is a need for high quality studies of CT with a longer follow-up period in people with AD and their experiences of receiving CT should be investigated.

**Key words:** Alzheimer's disease, Dementia, Cognitive training, Narrative literature study.

soner med AD er beskrevet, og om effektene er vedvarende? 2) hvilke erfaringer beskriver personer med AD ved å delta på KT? 3) Hvilke implikasjoner for praksis beskrives?

### Metode

Artikkelen er en narrativ litteraturstudie med søkelys på de ovennevnte forskningsspørsmålene. En narrativ litteraturstudie er et vitenskapelig sammendrag med tolkning og kritisk tenkning, og kan utføres ved forskjellige metodiske tilnærminger avhengig av konteksten og formålet med studien (27-29). Formålet i denne konteksten er å beskrive best tilgjengelig kunnskap om det valgte temaet. Funnene er rapportert i kondensert form i resultatdelen med oppsummering av hver av de inkluderte studiene (27). Funnene er diskutert i drøftingsdelen med forslag til kliniske implikasjoner (28) av KT i forskjellige faser av et demensforløp.

### Søkestrategi

Effekter av KT hos personer med AD var mitt prøveforelesningstema i forbindelse med min disputas i juni 2019 (30). Litteratursøkene er foretatt ved to tidspunkter: Det første i mai/juni 2019 i forbindelse med førsteforfatters prøveforelesning. Et supplerende litteratursøk ble utført fra og med 2019 til august 2021. Det er benyttet en kombinasjon av tekstord og emneord Alzheimer\*, Alzheimer's dementia, «Alzheimers disease» AND cognitive training or brain training or mental training or memory training or cognitive remediation i databasene Medline, CINAHL, Embase, PsychINFO og Cochrane. Databasene Ageline og Svemed ble ikke benyttet ved supplerendesøket grunnet manglende tilgang til Ageline, og Svemed ikke lenger oppdateres. Inklusjonskriteriene var studier som hadde inkludert personer med AD, hadde KT som en av hovedintervensjonene og var publisert på engelsk. Med utgangspunkt i inklusjonskriteriene og forskningsspørsmålene og ved å lese studienes titler og/eller abstrakts, ble fire oversiktsstudier fremfor enkelt eller primærstudier, valgt i denne narrative litteraturstudien. Vurdering av artiklene ble foretatt av førsteforfatteren. En skjematisk fremstilling av søkestrategi er vist i figur 1.

### Etiske betraktninger

Det foreligger ingen krav til godkjenninger for å kunne gjennomføre en narrativ litteraturstudie

basert på tidligere forskningsstudier. Det er viktig at forskerne blir kreditert for arbeidet deres ved kildehenvisning. Forskningsresultatene er presentert på en objektiv måte og konklusjonene er trukket frem på bakgrunn av det som det er grunnlag for i forskningsdataene (31).

### Resultater

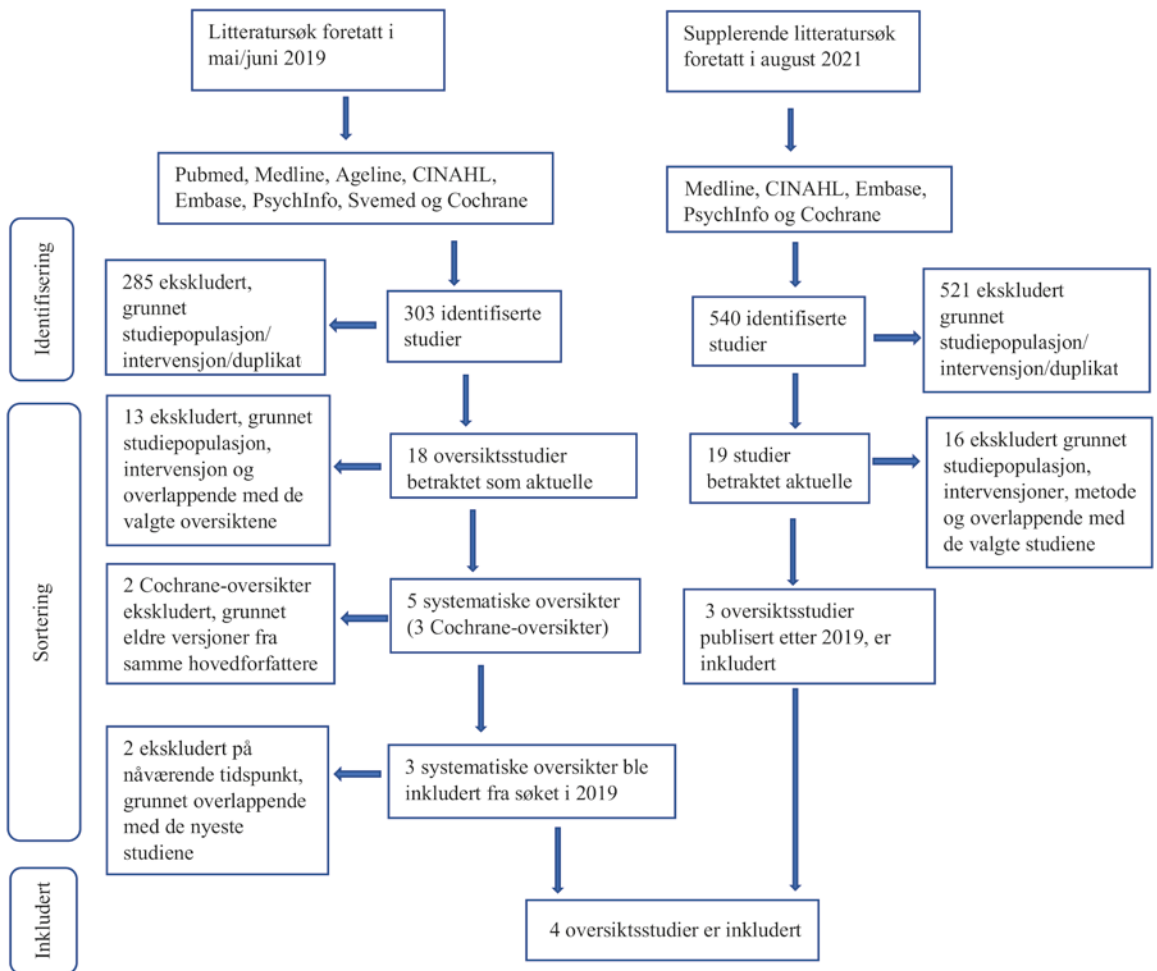
Til sammen inngår 106 primærstudier, hovedsakelig randomiserte kontrollerte studier (RCT), i de fire oversiktsstudiene i denne litteraturstudien (17, 32-34). Hovedvekten av utvalget i de inkluderte studiene består av mild til moderat grad av demens eller mild kognitiv svikt uten demens. Alder varierer fra 42 til 96 år. Forfatterne Bahar-Fuchs og kolleger (17) har ikke spesifisert AD, men benyttet begrepet demens i deres oversiktsstudie. Karakteristika og hovedfunn av de fire inkluderte studiene er oppsummert i tabell 1 og 2, side 21 og 22.

### Effekter av KT hos personer med AD og varighet av effektene

Studiene har undersøkt effekter av KT hos personer med AD ved strategitrening (17, 34), databaserte aktiviteter (32, 33) og i kombinasjon med en annen behandling som for eksempel med antidemensmidler (17). Studiene viser til noen positive effekter på kognitive utfall rett etter KT, og effektene varer i noen måneder. På grunn av studienes korte oppfølgingstid, er det usikkerhet om effektene av KT vedvarer etter 6 måneder eller om det trengs en lengre intervensjonstid, eventuelt som et vedvarende tiltak. Forfatterne presiserer med at resultatene bør tolkes med forsiktighet grunnet primærstudienes generelt dårlige kvalitet (17, 32, 34), (se tabell 1 og 2, side 21 og 22).

I de siste årene har bruken av virtuell realitet (VR) via 3D smart TV fått økt oppmerksomhet som et nevrorehabiliteringsverktøy. VR brukes i stimulering av nevroplastisitet ved multi-sensorisk stimulering (33). Et av de viktigste målene ved VR er å opprettholde eller gjenopprette evnen til å utføre ADL funksjoner for å støtte pasientens autonomi og selvstendighet (33). I tillegg til forbedringer i kognitive funksjoner som hukommelse og oppmerksomhet, har trening av rom og retningsans (visuospatiale) hos personer med AD fått oppmerksomhet i nyere studier. Enkelte studier har vist at KT ved bruk av VR-verktøy, har forbedret rom og retningsans knyttet til ADL





FIGUR 1: Skjematisert fremstilling av inkluderingen av studier.

funksjoner hos personer i en tidlig fase av AD (33, 35). Et fåtall av RCT studier har målt livskvalitet hos personer med AD og effektene er usikre (34).

**Erfaringer ved å delta i KT**

Oversiktsstudien til Bahar-Fuchs og medforfattere (17) fant ingen evidens om at deltakelse på KT har vært en belastning eller hatt andre negative utfall hos personer med demens eller deres omsorgsgivere. En RCT studie viste noen målbare forbedringer i humøret og velværet hos omsorgsgivere etter at de deltok i en rekke kognitive treningsopplegg sammen med sine ektefeller med demens (17, 36).

**Implikasjoner for praksis**

Strukturerte og skreddersydde databaserte KT som var tilpasset den enkelte pasientens ressurser og behov viste seg å gi større kognitive forbedringer sammenlignet med ustrukturerte databaserte KT, placebo eller klassiske dataspill. Og effektene var bedre i en tidlig fase av AD enn i senere fase (32, 33).

**Diskusjon**

Denne narrative litteraturstudien undersøker effekter av KT, effektens varighet, deltakernes erfaringer ved å delta i KT, og kliniske implikasjoner av KT hos personer med AD.



**TABELL 1:** Oppsummering av inkluderte studier

Forfattere	Hensikt	Type studie/ antall primærstudier /design/ utvalg (antall deltakere)	Inkluderte primær-studiens kvalitet	Type KT	KTs varighet	Oppfølging/ siste måling etter avsluttet KT
Bahar-Fuchs et al., 2019	Evaluere effekter av KT på kognitive og ikke kognitive utfall. Sammenligning av annen type ikke-farmakologiske intervensjoner, blant annet KR og KS. Identifisere faktorer som kan relateres til økt effektivitet av KT hos personer med mild til moderat grad av demens og deres omsorgsgivere	Systematisk review/33 RCT, hvorav 32 RCT inkludert i meta-analyse/ Mild til moderat grad av demens (1924)	Moderat til dårlig	Standardiserte oppgaver utføres ved penn og papir, «hjemmelekser» hukommelsestrening, puslespill, data-basert KT, verbale og visuo-spatiale stimuli, KT og antidemensmidler	2 uker-24 måneder	3-12 måneder (medium-term)
Beishon et al., 2020	Undersøke sammenhengen mellom KT og endringer i hjernens struktur og kognitive funksjoner hos personer med mild kognitiv svikt og i en tidlig fase av AD. Kartlegge kunnskapshull med tanke på fremtidig forskning	Systematisk review/19 (14 RCT, 5 kvasi-Eksperimentelt) / AD i en tidlig fase (52) og MCI (525)	Moderat til dårlig	Databasert KT program, diverse hukommelses og oppmerksomhet strategier	2 uker-6 måneder	1 uke-12 måneder
Lasaponara et al., 2021	Rapportere oppdatert evidensbasert kunnskap om bruk av verktøyene CCT og VR hos personer med kognitiv svikt på grunn av AD og andre neurodegenerative sykdommer. Støtte helsepersonell i valg av intervensjoner når tilgang til vanlige og hyppige kliniske besøk er hindret av diverse årsaker	Scoping review/28 CCT eksperimentelle studier (15 RCT, 6 pilotstudier, 7 kassustudier) / deltakere med neurodegenerative sykdommer (1237), deltakere med AD (218)	Ikke beskrevet	Databasert KT	2 uker-12 måneder	4 uker-18 måneder
Wang et al., 2021	Rapportere oppdatert kunnskap om effekter av KT på globale kognitive funksjoner, ADL, IADL, NPS og livskvalitet, samt varighet av disse effektene etter avsluttet KT hos personer med AD	Systematisk review og meta-analyse /25 RCT, hvorav 17 RCT inkludert i meta-analyse/ AD mild grad (323), AD mild til moderat grad (1676)	Moderat til dårlig	Et sett av standardiserte KT øvelser med variasjoner fra studie til studie. Online KT program	4-48 uker Korttids KT (≤10 uker), Middels KT (10-20 uker), langtids KT (>20 uker)	3-40 uker (Kun 5 studier hadde oppfølging etter KT)

KT (kognitiv trening), KR (kognitiv rehabilitering), KS (kognitiv stimulering), RCT (randomiserte kontrollerte studier), AD (demens ved Alzheimers sykdom), MCI (mild kognitiv svikt), CCT (databasert kognitiv trening), VR (virtuell realitet), ADL (aktiviteter i dagliglivet), IADL (instrumentelle aktiviteter i dagliglivet) og NPS (neropsykiatriske symptomer).

TABELL 2: fort. oppsummering av inkluderte studier

Forfattere	Utfalls mål etter KT	Hovedresultater	Konklusjon og implikasjoner for praksis
Bahar-Fuchs et al., 2019	Kognitive utfall, psykososiale utfall for personer med demens og deres omsorgsgivere. Økonomiske utfall, og demens-progresjon	- Sammenlignet med kontrollgruppe som fikk vanlig behandling, viste intervensjonsgruppe liten til moderat positiv effekt på den globale kognisjonen og spesifikke kognitive ferdigheter som verbal flyt rett etter behandlingen. Effekten varte i noen få måneder. - KT viste ingen forbedringer i pasientenes humør eller NPS. Deltakelse i KT medførte ingen belastninger for personer med demens eller deres omsorgsgivere. - Sammenlignet med kontrollgruppe som fikk en annen aktiv behandling som for eksempel, KR eller KS eller annet type behandling, var det ingen evidens om at intervensjonsgruppe var bedre enn annen type aktiv behandling, unntatt en stor positiv effekt på omsorgspersons humør og velvære. - Forfatterne presiserer at resultatene bør tolkes med forsiktighet på grunn av lav kvalitet på inkluderte studier	- Ingen bevis for at KT bremser demensutviklingen eller har gitt noen negative utfall hos personer med demens eller belastning hos deres omsorgsgivere. - For å underbygge sterkere evidens om effektive behandlingsalternativer for personer med demens, er det behov for mer forskning der effekter av KT sammenlignes med andre ikke-farmakologiske intervensjoner som KR og KS, og med lengre oppfølgingsperiode
Beishon et al., 2020	Strukturelle og funksjonelle endringer i hjernen etter KT vurdert ved MRI bilder og kognitive/hukommelsestester	- MRI bilder har vist at KT kan fremme ombygging av hjernens struktur og funksjon som arbeidshukommelse hos personer i en tidlig fase av AD og mild kognitiv svikt. - KT som trener flere kognitive funksjoner i hjernen, gis minimum 30 minutter 2 til 3 ganger i uken har vist bedre kliniske effekter enn enkelt KT med kortere varig- og hyppighet. - Resultatene bør tolkes med forsiktighet grunnet studienes varierende kvalitet. - Uvisst om det bør være en vedlikeholds KT	- KT har vist bedre effekter ved en tidlig stadiet av kognitiv svikt når hjerneceller har større kapasitet for nevroplastisitet enn i en mer progrediert stadiet av kognitiv svikt. - Behov for studier med mange deltakere og lengre oppfølgingsperiode
Lasaponara et al., 2021	Hukommelse, oppmerksomhet, problemløsning og ADL funksjoner	- De fleste studiene i denne oversikten har vist klinisk signifikante forbedringer ved CCT. CCT og VR har vist seg å være effektive verktøy for å trene opp hjernen og opprettholde kognitive og ADL funksjoner hos personer med kognitiv svikt på grunn av AD og andre nevrodegenerative sykdommer. - Effektene av de fleste CCT vedvarte i seks måneder etter avsluttet KT. Uklart om effektene vedvarer etter seks måneders periode	- Strukturert og pasient- tilrettelagt CCT anbefales til personer i en tidlig fase av AD, spesielt i disse pandemitider når tilgang til fysiske konsultasjoner er begrenset
Wang et al., 2021	Globale kognitive funksjoner (hukommelse, oppmerksomhet og problemløsning), IADL, ADL, NPS, depresjon og livskvalitet hos eldre personer med AD	Sammenlignet med KR og KS, har KT: - Vist forbedringer i globale kognitive funksjoner både etter korttids (<10 uker), middels (10-20 uker) eller langtids KT (>20 uker). - Vist forbedringer i depressive symptomer rett etter korttids KT. - Ingen vedvarende positive effekter hverken på globale kognitive funksjoner eller på depresjon etter at intervensjonene var avsluttet. - Noen forbedringer etter middels (10-20 uker) KT på IADL og ADL. - Effekter på hukommelse og NPS var ikke-konsistente. - Ingen effekter etter kort eller langtids KT på livskvalitet. - Effekter av middels KT på livskvalitet var usikre grunnet manglende data	- KT kan sannsynligvis gi klare forbedringer i globale kognitive funksjoner og til en viss grad på pasientens depressive symptomer, men effektene er ikke vedvarende etter KT er avsluttet. - Effekter av KT på hukommelse og NPS er usikre

KT (kognitiv trening), KR (kognitiv rehabilitering), KS (kognitiv stimulering), NPS (nevropsykiatriske symptomer), MRI (Magnetic Resonance Imaging), AD (demens ved Alzheimers sykdom), CCT (databasert kognitiv trening), VR (Virtuell realitet), ADL (aktiviteter i dagliglivet), IADL (Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet).

## Effekter av KT hos personer med AD

Flere studier viser at KT kan ha noen positive effekter på global kognisjon sammenlignet med kontrollgruppe som fikk vanlig behandling (ingen spesifikk trening). Når det gjelder KT sammenlignet med annen aktiv behandling som kognitiv rehabilitering eller kognitiv stimulering var bildet mer variert. Bahar-Fuchs og kolleger (17) fant ingen forskjell mellom de som fikk KT og de som fikk annen aktiv behandling, mens Wang og kollegaer (34) fant at KT ga forbedringer i globale kognitive funksjoner som varte i 20 uker etter intervensjonen sammenlignet med annen aktiv behandling. I oversiktsstudien til Wang og kolleger (34) var det et fåtall av studiene som hadde undersøkt effekter av KT på ADL, instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL) og livskvalitet hos personer med AD. Studiene viste noen forbedringer i ADL og IADL funksjonene rett etter KT og ingen forbedringer i livskvalitet. Forfatterne påpeker at justeringen i KT's innhold og intensitet kan forekomme dersom pasientens tilstand endrer seg, noe som kan være en utfordring og påvirke utfallet (17, 34). Forfatterne legger til at det bør utforskes hvilke type kognitive intervensjoner og intensitet som egner seg best for personer med AD.

Forfatterne Lasaponara og kollegaer (33) fant at strukturerte og tilrettelagte databaserte KT's intervensjoner kan bidra til forbedring i emosjonelle- og atferdskontroll, og problemløsningsferdigheter hos personer med AD. Deltakernes digitale røntgenbilder av hjernen (MRI) har vist at i en tidlig fase av AD og ved mild kognitiv svikt, kan KT fungere som en støttende faktor ved å bedre hjernens struktur og funksjon som arbeidshukommelse (32, 33). Dette støttes av en annen forskning (37). KT kan øke hjernens kognitive ressurser og har vist synergistiske effekter sammen med antidemensbehandling hos personer med AD (17, 38). Beishon og kollegaer (32) forklarer effekter av KT hos personer med mild kognitiv svikt og i en tidlig fase av AD ved Scaffolding Theory of Aging and Cognition revised (STAC-r) (39). I følge STAC-r teorien, utsettes mennesker for positive og negative faktorer i løpet av livet som kan styrke eller svekke hjernes nevroressurser og påvirke utvikling av hjernens struktur, funksjon og kognisjon, over tid. Forfatterne legger til at KT gir bedre effekter i en tidlig fase av demenssykdom når hjerneceller har større nevroplastisitet (32). Dette kan være en av årsakene

til at hovedvekten av utvalget i de inkluderte studiene består av personer i en tidlig stadiet av demens med mild til moderat grad av kognitiv svikt hvor fordelene ved KT kanskje vil være større enn i en

---

## «Det er behov for å utvikle redskaper og behandlingstilnærminger som kan forebygge ytterligere kognitive forfall hos personer med AD»

---

alvorlig grad av kognitiv svikt. Det er behov for å utvikle redskaper og behandlingstilnærminger som kan forebygge ytterligere kognitive forfall hos personer med AD (32).

### Varighet av effektene

Effektene av de fleste databaserte KT intervensjonene vedvarte opptil seks måneder (32, 33). Enkelte studier (ikke inngått i inkluderte oversiktsstudiene) viser til at databaserte kognitive øvelser har gitt bedre og vedvarende effekter (opptil 3-12 måneder) enn strategi-treningsøvelser hos kognitive friske eldre og eldre som var i fare for å utvikle demens (40, 41). En annen studie som benyttet en bredere kognitiv tilnærming og kalte intervensjonen som comprehensive program of cognitive training (CPCT) har vist effekter opptil 12 måneder på kognisjon og ADL hos personer med AD (33, 42).

Tre faktorer som påvirker om effekter av KT vedvarer er; type KT, varighet og hyppighet av intervensjonene. KT som sikter til multi-domain trening av hjernen, gis minimum i 30 minutter for to til tre ganger i uken, oppnår bedre kliniske effekter sammenlignet med single-domain KT av kortere varighet og hyppighet (17, 32, 33).

### Deltakernes erfaringer og gjennomførbarhet av KT

Ingen av de inkluderte oversiktsstudiene har undersøkt deltakernes subjektive erfaringer etter å ha mottatt KT. Derimot, har en primærstudiet (43) undersøkt subjektive erfaringer ved kvalitats-





tive intervjuer etter at deltakerne gjennomførte KT hjemme på egen datamaskin (PC) (43). Deltakerne i denne studien ga uttrykk for at deltakelse i KT har gitt dem glede, økt bevissthet og selvfølelse, og bedre kontroll over eget liv, men at angst, depresjon, konflikt med pårørende og tekniske problemer var en rekke barrierer i gjennomføringen av KT. Videre påpekte deltakerne at intervensjonene bør tilrettelegges ut fra den enkeltes ressurser og behov (43). Ved målbare kartlegginger rapporteres det ingen bivirkninger eller belastninger ved KT hos personer med AD eller deres pårørende (17). Flere av forfatterne mener at med et godt samarbeid med personene og deres pårørende og ved en tilrettelagt personsentrert tilnærming, er det mulig å gjennomføre brukervennlige strategi-trening eller databasert KT program som for eksempel ved nettbrett og smarttelefon hjemme hos folk eller på et behandlingssted (17, 33, 43).

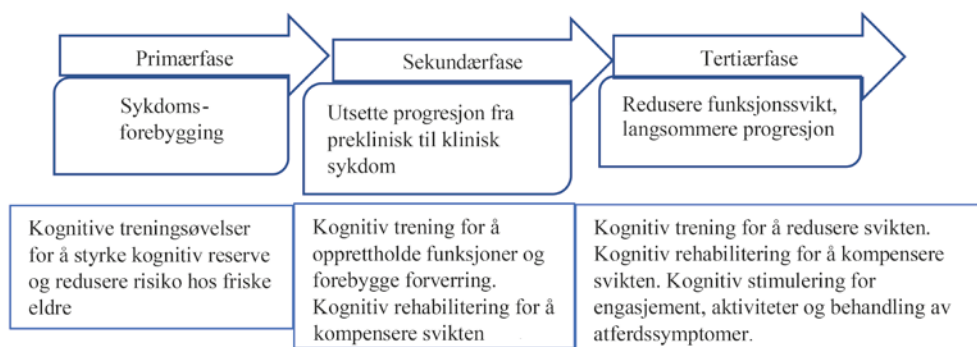
### Implikasjoner for praksis

Det å opprettholde høy mental aktivitet kan ha positiv effekt på kognitiv funksjon. Internasjonale demensretningslinjer anbefaler en individualistisk, humanistisk og tverrfaglig tilnærming i omsorgen for personer med demens, og fysisk og kognitiv trening kan være gunstige behandlingstiltak for denne pasientgruppen (44). I følge nasjonale faglige retningslinjer om KT for behand-

ling av personer med demens: «Forskning viser at tiltakene, aktivitetene og terapiene kan variere i kvalitet, intensitet og virkning, og inkluderer alt fra kognitiv stimulering i gruppe, kognitiv trening og rehabilitering,...» Videre, «Gjennom bruk av personsentrert omsorg og behandling legges det til rette for at personer med demens så langt som mulig skal kunne opprettholde sin personlige autonomi gjennom demensforløpet» (45). De nyeste studiene påpeker at KT ved bruk av datamaskin (PC) i økende grad erstatter den opprinnelige bruk av penn og papir. Databaserte KT og VR verktøy kan være et effektivt terapeutisk alternativ for behandling av kognitiv svikt hos personer med AD, spesielt under pandemien når tilgang til vanlige sykehuskonsultasjoner eller poliklinisk behandling har vært begrenset (33, 43).

Resultatene fra denne litteraturstudien viser at effektene av KT er varierende og effektene er bedre i en tidlig fase av AD enn i senere fase. Å tilby KT alene kan være vanskelig grunnet endringer i pasientens tilstand i løpet av demensforløpet. Forskerne Gates og Thal foreslår en integrert kognitiv tilnærming med innlemmet KT i forskjellige faser av et demensforløp (46, 47), slik det er vist i figur 2, neste side. Formålet med å tilby KT i primærfasen bør være å forebygge sykdommen AD og å bygge opp kognitiv-reserve. Formålet i sekundærfasen bør være å utsette demensprogresjon fra





**FIGUR 2:** Skjematisert fremstilling av en integrert kognitiv trening ved forskjellige demensstadier (Gates & Sachdev 2014; Thal, 2006).

preklinisk til klinisk sykdom. I tillegg til KT, bør det tilbys kognitiv rehabilitering i sekundærfasen for å kompensere svikten. I tertiærfasen, bør KT suppleres med kognitiv rehabilitering og kognitiv stimulering for å redusere funksjonssvikt og forsinke progresjon.

Grimstad kommune er den første norske kommunen som er i gang med å tilby KT tilbud til personer med demens ved kommunens voksskole for personer med demens. Det gjenstår å se om KT har effekt <https://www.grimstad.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/eldreomsorg/demens/voksskolen-for-personer-med-demens/>

### Metodiske svakheter og styrker

Effekter av KT hos personer med AD er beskrevet ved å inkludere fire oversiktsstudier av nyere dato i denne narrative litteraturstudien. Kvaliteten på studiene som tilbød KT til personer med AD var varierende og generelt sett svake i metodiske tilnæringer. I motsetning til systematiske litteraturgjennomgang kan narrative litteraturgjennomgang betraktes som ikke-systematiske uten tydelige retningslinjer, og kan inkludere studier med varierende kvalitet (27-29). Vi fant ingen oversiktsstudier som har undersøkt deltakernes subjektive erfaringer ved å delta i KT. Det er mulig at vi har mistet noen relevante studier da kun engelskspråklige studier er inkludert i denne studien. En avgrenset problemformulering, detaljert beskrivelse av litteratursøk og studienes inkluderingsprosess, kan være metodiske styrke av studien (29).

### Konklusjon

Funn fra denne litteraturstudien viser at KT har vist effekter i varierende grad hos personer med

AD sammenliknet med ulike kontrollgrupper. Standardiserte KT intervensjoner kan gi forbedringer i generell kognisjon, spesielt i en tidlig fase av demensforløpet. Godt designede intervensjonsstudier av KT med lengre oppfølgingsperiode kan kanskje gi sikrere kunnskap om effekter av KT hos personer med AD. KT utført ved datamaskin er blitt mer utviklet og utbredt i de siste årene, og vurderes som robuste i metodiske tilnæringer (32, 33). Det er ingen bivirkning av KT og kan derfor med fordel benyttes hos personer med risiko for eller med AD. Personsentrert tilnærming og godt samarbeid med pårørende, gjør det mulig å gjennomføre brukervennlige KT intervensjoner hos personer med AD. Det er behov for flere studier for å undersøke personer med AD og deres pårørendes erfaringer ved å motta KT.

### Takk

En stor takk til bibliotekaren Malene W. Gundersen for hennes gode veiledning ved gjennomføring av supplerende litteratursøk. ■

### Referanser

- Engedal K, Haugen PK, Brækhus A. Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling. Tønsberg: Forl. aldring og helse akademisk; 2018.
- Gjora L, Strand BH, Bergh S, Borza T, Brækhus A, Engedal K, et al. Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *J Alzheimers Dis.* 2021;79(3):1213-26.
- Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* United States; 2020. p. 391-460.
- Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2015;11(3):332-84.
- Kueper JK, Speechley M, Lingum NR, Montero-Odasso M. Motor function and incident dementia: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing.* 2017;46(5):729-38.
- Lyketsos CG, Carrillo MC, Ryan JM, Khachaturian AS, Trzepacz P, Amatniek J, et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Elsevier;* 2011.
- Orgeta V, Qazi A, Spector A, Orrell M. Psychological treatments for



- depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;207(4):293-8.
8. Selbæk G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *International Psychogeriatrics*. 2013;26(01):81-91.
9. Dam DV, Vermeiren Y, D Dekker A, JW Naudé P, P De Deyn P. Neuropsychiatric disturbances in Alzheimer's disease: what have we learned from neuropathological studies? *Current Alzheimer Research*. 2016;13(10):145-64.
10. Wetzels R, Zuidema S, Jansen I, Verhey F, Koopmans R. Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. *International psychogeriatrics*. 2010;22(7):1040-53.
11. Brodaty H, Connors MH, Xu J, Woodward M, Ames D, et al. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(5):380-7.
12. Mougias AA, Christidi F, Kontaxopoulou D, Zervou M, Kostoglou D, Vlami MA, et al. A Multicomponent Home-Based Intervention for Neuropsychiatric Symptoms in People With Dementia and Caregivers' Burden and Depression: A 6-Month Longitudinal Study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2021;08919887211023593.
13. Langballe EM, Engdahl B, Selbæk G, Nordeng H. Concomitant use of anti-dementia drugs with psychotropic drugs in Norway—a population based study. *Pharmacoeconomics and drug safety*. 2011;20(12):1319-26.
14. O'Brien JT, Holmes C, Jones M, Jones R, Livingston G, McKeith I, et al. Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2017;31(2):147-68.
15. Bahar Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2013(6).
16. Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological rehabilitation*. 2004;14(4):385-401.
17. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):Cd013069.
18. Mowszowski L, Batchelor J, Naismith SL. Early intervention for cognitive decline: can cognitive training be used as a selective prevention technique? *International Psychogeriatrics*. 2010;22(4):537-48.
19. Ben-Yishay Y, Diller L, Gerstman L, Gordon W. Relationship between Initial Competence and Ability to Profit from Cues in Brain-Damaged Individuals. *Can J Occup Ther*. 1976;43(4):145-54.
20. Nyberg L, Lövdén M, Riklund K, Lindenberg U, Bäckman L. Memory aging and brain maintenance. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(5):292-305.
21. Zinke K, Zeintl M, Rose NS, Putzmann J, Pydde A, Kliegel M. Working memory training and transfer in older adults: effects of age, baseline performance, and training gains. *Dev Psychol*. 2014;50(1):304-15.
22. Pascual-Leone A, Amedi A, Fregni F, Merabet LB. The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*. 2005;28(1):377-401.
23. Raisman G. Neuronal plasticity in the septal nuclei of the adult rat. *Brain Research*. 1969;14(1):25-48.
24. Beck C, Heacock P, Mercer S, Thatcher R, Sparkman C. The impact of cognitive skills remediation training on persons with Alzheimer's disease or mixed dementia. *J Geriatr Psychiatry*. 1988;21(1):73-88.
25. Ylvisaker M, Hanks R, Johnson-Greene D. Perspectives on rehabilitation of individuals with cognitive impairment after brain injury: rationale for reconsideration of theoretical paradigms. *J Head Trauma Rehabil*. 2002;17(3):191-209.
26. Zehnder F, Martin M, Altgassen M, Clare L. Memory training effects in old age as markers of plasticity: a meta-analysis. *Restor Neurol Neurosci*. 2009;27(5):507-20.
27. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101-17.
28. Greenhalgh T, Thorne S, Malterud K. Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *Eur J Clin Invest*. 2018;48(6):e12931-n/a.
29. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*. 2015;24(4):230-5.
30. Institute of Health and Society U. Effekter av kognitiv trening ved demens av Alzheimers type 2019 [cited 2019 07.10.2021]. Available from: <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/news-and-events/events/trial-lectures/2019/goyal-alka-rani.html>.
31. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 4. utg. ed. Stockholm: Natur & kultur; 2015.
32. Beishon L, Intharakham K, Swienton D, Panerai RB, Robinson TG, Haunton VJ. Neuroimaging Outcomes in Studies of Cognitive Training in Mild Cognitive Impairment and Early Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Curr Alzheimer Res*. 2020;17(5):472-86.
33. Lasaponara S, Marson F, Doricchi F, Cavallo M. A Scoping Review of Cognitive Training in Neurodegenerative Diseases via Computerized and Virtual Reality Tools: What We Know So Far. *Brain Sciences*. 2021;11(5):528.
34. Wang YY, Yang L, Zhang J, Zeng XT, Wang Y, Jin YH. The Effect of Cognitive Intervention on Cognitive Function in Older Adults With Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev*. 2021.
35. Byagowi A, Mohaddes D, Moussavi Z. Design and application of a novel Virtual Reality Navigational Technology (VRNChair). *J Exp Neurosci*. 2014;8:7-14.
36. Quayhagen MP, Quayhagen M, Corbeil RR, Hendrix RC, Jackson JE, Snyder L, et al. Coping with dementia: evaluation of four nonpharmacologic interventions. *International psychogeriatrics*. 2000;12(2):249-65.
37. Mendoza Laiz N, Del Valle Diaz S, Rioja Collado N, Gomez-Pilar J, Hornero R. Potential benefits of a cognitive training program in mild cognitive impairment (MCI). *Restor Neurol Neurosci*. 2018;36(2):207-13.
38. Bajpai S, Tripathi M, Pandey R, Dey A, Nehra A. Development and validation of Cognitive Training Intervention for Alzheimer's disease (CTI-AD): A picture-based interventional program. *Dementia*. 2020;19(4):1203-19.
39. Reuter-Lorenz PA, Park DC. How does it STAC up? Revisiting the scaffolding theory of aging and cognition. *Neuropsychology review*. 2014;24(3):355-70.
40. Gates NJ, Sachdev PS, Fiatarone Singh MA, Valenzuela M. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. *BMC geriatrics*. 2011;11(1):55.
41. Valenzuela M, Sachdev P. Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;17(3):179-87.
42. Rodríguez-Mora Á, Córdón JR, de la Torre GG, Mestre JM. The Impact of a Twelve-Month Comprehensive Program of Cognitive Training for Alzheimer Patients: A Pilot Study. *Psychiatry International*. 2020;1(2):83-97.
43. Beishon L, Haunton V, Subramaniam H, Mukatova-Ladinska EB, Panerai RB, Robinson T, et al. Qualitative Analysis of the Cognition and Flow (CoGFlowS) Study: An Individualized Approach to Cognitive Training for Dementia Is Needed. *J Alzheimers Dis*. 2021;83(1):209-25.
44. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*. 2020;396(10248):413-46.
45. Helsedirektoratet. Demens: Nasjonal faglig retningslinje 2019 [updated 27.11.2019; cited 2021 30.10.2021]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>.
46. Gates NJ, Sachdev P. Is cognitive training an effective treatment for preclinical and early Alzheimer's disease? *Journal of Alzheimer's disease*. 2014;42(s4):S551-S9.
47. Thal LJ. Prevention of Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2006;20:S97-S9.

# Bruk av kliniske vurderingsverktøy for tidlig identifisering av forverring hos pasienter i sykehjem

Etter samhandlingsreformen ble innført i 2012 fikk kommunale helsetjenester større ansvar for raskt å ta imot ferdigbehandlede pasienter fra sykehus. Tidligere utskrivning til kommunene medfører økt behov for kompetanse og systematiske arbeidsmetoder for å sikre forsvarlig omsorg og behandling (1). Et av målene med samhandlingsreformen var særlig at pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer skulle få medisinsk oppfølging i kommunen, og at unødige innleggelse til spesialisthelsetjenesten skulle unngås. Sykepleiere har stort ansvar for den faglige kvaliteten i sykehjem og samarbeider tett med andre helseprofesjoner og assistenter for å sikre forsvarlig helsehjelp (2). Derfor omtaler vi personalet som jobber pasientnært i helhet som «helsepersonell».

## Introduksjon

Ifølge Helsedirektoratet er nærmere en tredjedel av unødige dødsfall i helsevesenet knyttet til mangelfull eller for sen oppdagelse av forverret sykdomstilstand, mangelfull observasjon av pasienten, svikt i oppfølgingen eller misforståelser i kommunikasjonen mellom helsepersonell (3). I en systematisk oversikt fant forskere statistisk signifikante forbedringer på uønskede hendelser og mortalitet når kliniske vurderingsverktøy for tidlig oppdagelse av forverring og rask respons ble brukt (4). For å oppdage utvikling av kritisk og akutt sykdom, har systematiske observasjoner utført av helsepersonell sammen med effektiv respons vist seg livreddende både på sykehus og prehospitalt (3, 5).

Det finnes ulike Early Warning Score (EWS) systemer som for eksempel NEWS2, MEWS, TOBS og TEWS. Systemene har vært i bruk i flere land som USA, Australia og Storbritannia siden 90-tallet, og ble tatt i bruk i Norge fra 2008 (3). Fra 2017 ble det anbefalt fra helsedirektoratet at både sykehus og kommunehelsetjenesten benyttet EWS systemet NEWS2. Ved bruk dette verktøyet måles

systematisk pasienters blodtrykk, puls, oksygen-saturasjon med eller uten oksygentilførsel, respirasjonsfrekvens, temperatur og bevissthetsgrad. Videre gir verktøyet en anbefalt oppfølging og klinisk respons etter en skåringstabell for vitale parametere, men ofte med en lokal tilpasning i forhold til respons (3, 5). Se figur 1 side 29.

Både aldersforandringer, funksjon og komorbiditet spiller inn på forløp og prognose ved akutt sykdom og symptomer kan være atypisk eller komme sent i forløpet hos den eldre pasientpopulasjonen (7, 8). Gjennomsnittsalderen til pasienter som innskrives i sykehjem er 81 år for korttidsopphold og 84 år ved innvilget langtids plass i sykehjem (9). For pasientene som har langtids plass i sykehjem har omtrent 80% en form for kognitiv svekkelse og store bistandsbehov (9). Felles karakteristika for sykehjemspasienter er at de ofte kan omtales som geriatriske pasienter. Det vil si at de har flere sykdommer, bruker mange legemidler (multifarmasi), har redusert funksjonsnivå og er sårbare for akutt sykdom (7, 9).

EWS ble utviklet for bruk i spesialisthelsetjenesten og det finnes mye forskning om effekten

## FAKTA

Førsteforfatter:  
**Marte Grønhaug Tuft**,  
geriatrisk spesial-  
sykepleier, fagleder  
rehabilitering, Midtbygda  
Sykehjem, Bergen  
Kommune.  
marthe.tuft@  
bergen.kommune.no  
Tlf nr: 40098270

Medforfatter:  
**Linda Rykkje**,  
sykepleier, PhD,  
førstestemanuensis  
VID vitenskapelige  
høgskole, Ulriksdal 10,  
Bergen.  
linda.rykkje@vid.no

i sykehus (5, 10, 11). Nytteverdien i primærhelsetjenesten, som i sykehjem med eldre pasienter, er fremdeles usikker og det finnes lite forskning (11-14). Det er derfor behov for mer kunnskap om hva forskning viser om bruk av kliniske vurderingsverktøy for å identifisere forverring av sykdom hos eldre pasienter i sykehjem.

Hensikten med artikkelen er å bidra med kunnskap om bruken av kliniske vurderingsverktøy som NEWS2 på sykehjem. Problemstillingen er «Hvordan kan bruk av NEWS2 eller tilsvarende kliniske vurderingsverktøy bedre tidlig oppdagelse av forverring hos eldre pasienter i sykehjem?».

### Metode

Systematisk litteraturstudie ble benyttet som metode. Litteraturstudier innenfor helsesektoren er nyttige fordi de sammenfatter resultater fra flere enkeltstudier, noe som gir et oversiktsbilde av tilgjengelig og validert forskning innenfor en definert kontekst (15).

### Litteratursøk

Å søke strategisk vil bidra til å finne relevant forskning innenfor temaet studiet undersøker, noe som vil gi en representativ presentasjon av tilgjengelig forskning (15). Databasene Cinahl, SveMed+ og Cinahl kombinert med Medline ble benyttet for systematiske søk. Det ble også gjort fritekstsøk og søk etter lignende artikler i Google Scholar. Søkeperioden var 12. desember 2020 - 20. mars 2021. Et nytt søk etter oppdatert litteratur ble gjennomført 1. - 7. mars 2022. Både Mesh, tekstord og standardiserte emneord ble benyttet i kombinasjon for å gjøre et grundig og systematisk søk (16). Det ble brukt følgende søkeord: nursing home, elderly or aged, early warning score, NEWS, deteriorating patient, clinical deterioration, early diagnosis. Se figur 2 på side 30.

Antall treff var til sammen 153 aktuelle artikler. Av disse ble 9 artikler valgt for å besvare problemstillingen.

### Sammendrag:

**Bakgrunn:** Forskning viser at systematiske observasjoner sammen med rask respons gir livreddende effekt og begrenser konsekvensene av sykdomsforløp, også utenfor sykehus. Kliniske vurderingsverktøy kalt Early Warning Score (EWS) anvendes for å vurdere faren for forverret tilstand og alvorlighetsgrad ved akutt sykdom, basert på skåring av vitale parametere, og anbefales brukt i sykehjem.

**Hensikt:** Studiets hensikt var å undersøke hvordan bruk av kliniske vurderingsverktøy kan bedre tidlig oppdagelse av forverring av sykdomstilstand hos eldre pasienter i sykehjem.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie ble benyttet som metode. Av 153 relevante treff ble 9 studier inkludert. Databasene Cinahl, SveMed+ og Medline ble benyttet for å søke etter litteratur. Det ble også gjort fritekstsøk og søk etter lignende artikler i Google Scholar. Søk ble gjennomført i perioden 12.12.20 - 20.03.21. Et nytt søk ble gjennomført 01.03 - 07.03.22.

**Resultater:** Resultatene viser at bruk av EWS kan forbedre tjenestekvaliteten ved å øke ansattes kompetanse, forbedre kommunikasjon mellom helsepersonell, samt bidra til struktur og beslutningsstøtte. Det er usikkerhet knyttet til treffsikkerheten EWS har i bruk hos sykehjemspasienter og om det utløser rett klinisk respons for denne pasientgruppen.

**Konklusjon:** Kliniske vurderingsverktøy kan bedre tidlig oppdagelse av forverring ved å strukturere observasjoner, kommunikasjon og tiltak. Imidlertid vil slike verktøy ikke erstatte helsepersonell sitt kliniske blikk. Mer kunnskap er nødvendig om bruk og effekt i sykehjem.

**Nøkkelord:** NEWS, EWS, sykehjem, forverring av tilstand, tidlig identifisering.

### Summary:

**Background:** Research shows that systematic observations together with rapid response have a lifesaving and limiting effect in relation to the course of disease, also outside hospitals. Clinical assessment tools known as Early Warning Score (EWS) are used to assess the risk of deterioration of disease and severity in acute illness based on vital parameter score and is recommended used in nursing homes.

**Aim:** The aim of this study was to investigate how use of clinical assessment tools can improve early detection of deterioration of disease in elderly patients in nursing homes.

**Method:** A systematic literature review was conducted. Out of 153 relevant studies 9 were included. The databases used were Cinahl, SveMed+ and Medline for systematic searches. A free-text search and searches for similar articles were also conducted in Google scholar. The search period was from 12.12.20 - 20.03.21. A new search was conducted 01.03 - 07.03.2022.

**Results:** The results showed that the use of EWS can improve the quality of services by increasing employees' competence, improving communication between healthcare professionals and provide structure and support. There is uncertainty related to the accuracy EWS has towards nursing home patients and whether it triggers the right response for the patient group.

**Conclusion:** Clinical assessment tools can improve early detection of deterioration by structuring communication, observations and response. However, such tools will not replace healthcare professionals clinical judgment. More knowledge is needed about the use and effect of such tools in nursing homes.

**Key words:** NEWS, EWS, nursing homes, deterioration of condition, early identification.

## NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS2)

FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO <sub>2</sub> Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO <sub>2</sub> Skala 2 (%) *	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen
Luft eller oksygen		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Bevissthetsnivå **				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1	

Denne versjonen er oversatt eller © Royal College of Physicians

### \*\* Bevissthetsnivå:

A = Alert (Våken)

C = Confusion (Nyoppstått forvirring)

V = Voice (Reagerer på tiltale)

P = Pain (Reagerer på smertestimulering)

U = Unresponsive (reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)

### \* Skala 2:

Lege skal dokumentere i journal når skala 2 skal brukes.

Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1

**VED HJERTESTANS RING 113 OG START HLR**

## TILTAK ETTER NEWS-SKÅR – Lav poengsum utelukker IKKE alvorlig sykdom

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR MORTALITET
0	Minimum hver 12. time	<ul style="list-style-type: none"> <li>Følg rutine for NEWS2 overvåkning ved ditt arbeidssted</li> </ul>	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4.–6. time	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informer ansvarlig sykepleier/helsepersonell på vakt om NEWS2 skår</li> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell tar stilling til økt overvåkingsfrekvens, behov for kliniske tiltak og/eller legevurdering</li> </ul>	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal kontakte lege umiddelbart for vurdering</li> <li>Vurderer behov for tettere overvåkning eller høyere behandlingsnivå</li> </ul>	Lav-Middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal umiddelbart kontakte lege</li> <li>Lege vurderer behov for overflytting til høyere behandlingsnivå</li> </ul>	Middels
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarlig sykepleier/helsepersonell skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege, legevakt og/eller 113</li> <li>Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåkning vurderes. Dette må vurderes opp mot behandlingsbegrensede hensyn.</li> </ul>	Høy

© Royal College of Physicians

NEWS2 er et supplementende hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne og må alltid brukes i kombinasjon med helsepersonellens kompetanse og kliniske skjønn.

\* Kolonnen KLINISK RESPONS er tilpasset kommunehelsetjenesten gjennom utvikling av dette lommekortet.

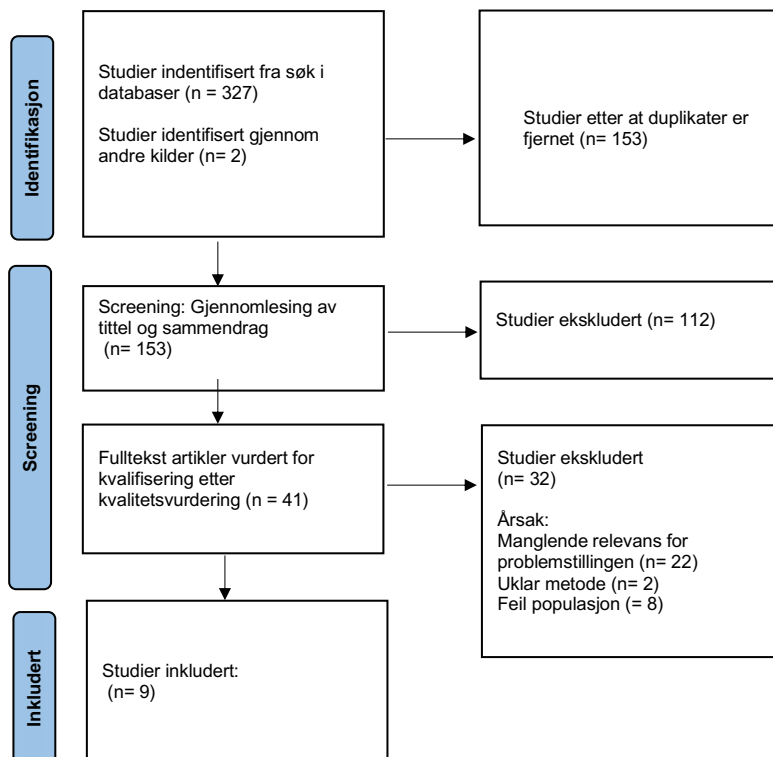
KlinObsKommune - v.2.8 - 2020

**FIGUR 1:** Eksempel på NEWS2 tabell fra utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, med lokal tilpasset respons for kommunehelsetjenesten (6).



Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfellevurdert forskning.</li> <li>• Publisert de siste 10 årene.</li> <li>• Engelsk eller skandinavisk språk.</li> <li>• Overførbart til norske forhold.</li> <li>• Studier av god kvalitet som følger IMRAD struktur og oppfyller kriterier i sjekklister for kvalitetsvurdering fra helsebiblioteket/ Squire.</li> <li>• Både kvalitative og kvantitative studier.</li> <li>• Publisert i anerkjente medisinske eller sykepleiefaglige tidsskrift.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studier publisert før 2011.</li> <li>• Studier av lav kvalitet: For eksempel uklart problemstilling, uklart forskningsspørsmål, metodedel og gyldighet.</li> <li>• Artikler som ikke er relevant for studiets problemstilling.</li> <li>• Studier der etiske hensyn ikke er gjort rede for.</li> <li>• Studier som ikke er overførbart til Norske sykehjem og den eldre pasientpopulasjonen der.</li> </ul>

**FIGUR 2:** Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

**Identifikasjon av studier inkludert i litteraturstudien**

**FIGUR 3:** Prisma flytdiagram (17).



Alle de ni inkluderte artiklene var fagfelle-vurderte, tilgjengelig på engelsk og publisert i anerkjente tidsskrifter for sykepleie- og medisinsk forskning. En av artiklene var en systematisk oversiktsartikkel, mens de åtte andre var primærstudier. Alle inkluderte artikler er kvalitetsvurdert ved å bruke sjekklister for kvalitetsvurdering. Syv av de ni inkluderte artiklene ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket (18). De resterende to handlet om kvalitetsforbedring og her ble den anerkjente sjekklisten SQUIRE (19) benyttet.

Aveyard (15) påpeker betydningen av kritisk vurdering ved hjelp av sjekklister for å gjøre en strukturert og systematisk gjennomgang, for å sikre

kvaliteten og at artiklene passer for å besvare problemstillingen.

Tabell 1 presenterer de inkluderte studienes design, utvalg og sentrale funn. Analysen var en prosess der de ulike artiklenes resultatdel ble vurdert og sammenlignet på tvers av studiene, og deretter ble nøkkelfunn identifisert. Videre ble nøkkelfunn tematisert, og avgrenset til funn for å besvare problemstillingen. Tema er funnet ved å se på resultatdelen fra utvalgt forskning, samtidig som kvaliteten er nøye vurdert (15). Utvalgte sitater og sentrale funn ble trukket ut fra de inkluderte forskningsartiklene for å understøtte tema og resultater i denne studien.

**TABELL 1:** Analyseprosessen.

Artikkel	Tema	ILLUSTRASJON
1. 2015. Ammitz- böll, & Maarslet.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Identifiserer behov for medisinsk hjelp. - Forbedret kommunikasjon, dokumentasjon og observasjon.	Studiet viser sammenheng mellom skår på det vurderingsverktøyet (TOBS) og klinisk konsekvens. TOBS var egnet for å identifisere pasienter med behov for økt behandling og overvåkning, legebesøk eller innleggelse. Ansatte: bedre kvalitet og dokumentasjon på observasjoner av pasienten. Forbedret kommunikasjon mellom helsepersonell.
2. 2019. Barker et al.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Egnet til bruk sykehjem. - Supplement til klinisk blikk. <b>Utfordringer</b> - Usikkert respons. - Innvirkning på pasientutfall.	En undersøkelse fra England som inkluderte nesten 20 000 NEWS målinger fra pasienter i sykehjem fant at NEWS ikke alltid var forhøyet til tross for at pleiepersonale utrykte klinisk bekymring, selv om gjennomsnittscoren var noe høyere ved klinisk indikasjon enn ved rutinemåling Usikker i forhold til rett respons. Det diskuteres om viktigheten av at NEWS brukes som et supplement til det kliniske blikket, da treffsikkerheten på sykehjemspasienter er usikker.
3. 2019. Little et al.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Økt kompetanse til observasjoner. - Positivt med praktisk simulering. <b>Utfordringer</b> - Implementering og ledelse.	«(..) Changed their practice for the better (..) felt confident that they could recognise deterioration (s.63)» Ansatte: praktiske treningen vil gjøre de bedre å gjenkjenne forverring. Økt trivsel sammenlignet med før oppstart av programmet. Bruk av implementeringsverktøy tillot kontinuerlig forbedring ved intervensjonen og involvering av ansatte.
4. 2020. Steins- heim & Malmedal	<b>Tjenestekvalitet</b> - Økt mestring. - Økt faglig fokus og kompetanse. - Pasienttrygghet.	Økt systematisering og faglig fokus, mer bevisstgjøring og tryggere pasienter etter innføringen. Generell kvalitetsforbedring og bedre på å oppdage forverring tidligere. «Hvis vi mistenker noe så tar vi en NEWS. (..) Vi er litt mer i forkant, litt mer bevisst de tegnene på forverring» s.7).





Artikkel	Tema	ILLUSTRASJON
5. 2020 Russel et al.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Økt kompetanse. - Bedre respons og kommunikasjon. <b>Utfordringer</b> - Implementering: Tok ikke hensyn til konteksten. Dårlig opplæring og stort arbeidspress. - Fagpersonale og kompetanse.	«It doesn't have to be a nurse or a seniornursing staff, it can be a carer who can do it ... it makes me feel important when I've got that little case there [containing NEWS equipment]» ( s. 797- 798). «Sometimes get the oxygen saturations and heart rate around the wrong way ... And thatis reading off the actual pulse oximeter ...Or they won't actually take the full score, or the score will be inaccurate because they haven't done a respiratory rate»(s.797).
6. 2017. O'Neill et al.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Struktur og støtte. - Økt kompetanse. <b>Utfordringer</b> - Personal ressurser/ bemanning.	Pleierne var mer selvsikker, og assistentene følte seg mer inkludert. Arbeidsmengden var fortsatt stor, men personale foretrakk at pasientene ble værende på sykehjemmet. «I like it because it's up-skilling people and you know it's not just relying on the RNs for everything that goes wrong, it's up-skilling all the staff, everyone is improving their skill level» (s. 317).
7. 2018. Brangan et al.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Struktur og støtte. - Klinisk respons. <b>Utfordringer</b> - Ulike tjenester hadde ulike utfordringer knyttet til implementering.	«One of the nurses saw somebody with a NEWS score of seven.(.). But because he had got a NEWS of seven, she was able to phone the ambulance service, phone the ED, and get it sorted out.» (s.3). «Making the decision not to admit someone or not to refer someone, which we have to do most of the time, there's potentially a lot of comeback on you for not doing that, so anything that covers you and helps protect you or back up your decision making is potentially useful» (Brangan, et al., s. 4, 2018).
8. 2018. Patel et al.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Hjelpe kliniske avgjørelser og standardisere kommunikasjon. <b>Utfordringer</b> - Bare svært lav og høy skår kan klarte å skille mellom sannsynligheten for forverring prehospitalt. - Usikker effekt for pasientutfall.	Few patients with low scores died at any time point. Patients with highscores were at risk of deterioration. Results were less clear for intermediate thresholds ( $\geq 4$ or $5$ )» (s. 131). Veldig lav og høy EWS score viste forskjell i om pasientens tilstand forverret seg eller ikke. Mer forskning trengs på EWS i prehospital setting.
9. 2021. Jeppestøl et al.	<b>Tjenestekvalitet</b> - Støttet i kliniske avgjørelser. - Bedret presis kommunikasjon mellom helsepersonell. - Bedret klinisk praksis. <b>Utfordringer</b> - Ikke tilpasset pasientpopulasjonen. - Ikke tilpasset tjeneste.	(..)important tool in facilitating the RNs' clinical reasoning and decision-making when acute functional decline was detected in home nursing care patients. (..) More efficiency and quality in assessingpatients and noted that MEWS facilitated that communication. (..)more complete and objective informa-tion from the RNs after MEWS was implemented. «It should be said that we are not that structured when it comes to the MEWS follow-up intervals. s. 6 «MEWS is just a tool to complete a comprehensive as -sessment. You do not solely make decisions on the basis of MEWS, there are many other observations as well. « s. 7.(.) It could be fatal if RNs don't consider that the patient regularly uses parac -etamol, because they will never develop a fever if they do.

### Studiens relevans og begrensninger

De valgte studiene er gjennomført med forholdsviss omfattende datasamling når det gjelder utvalgenes størrelse og bredde, og i land og populasjoner som

er relativt sammenlignbare med norske forhold. Begrensninger er knyttet til at noen av de inkluderte studiene ikke utelukkende har med data fra sykehjemspasienter; disse studiene har inkludert

data som omhandler bruk av EWS blant eldre pasienter i andre settinger i primærhelsetjenesten, men deler av funnene er vurdert som overførbart til sykehjem. To av de inkluderte studiene undersøker erfaringer med bruk av EWS hos eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie i henholdsvis Danmark og Norge, og erfaringene herfra kan være overførbart til sykehjem fordi det finnes likheter mellom hjemmeboende geriatriske pasienter og geriatriske sykehjemspasienter.

En begrensning ved de kvalitative studiene er et det er få deltakere og faktorer som kulturen på arbeidsstedet kan virke inn på deltakernes svar. I tillegg kan forskernes egne erfaringer, interesse for geriatrisk sykepleie og holdninger påvirke tolkning og fremstilling av data (15, 20). Videre viser litteraturstudien at det er mangler i kunnskapen og behov for spesifikk forskning om bruken av EWS i norske sykehjem.

Hovedtema: Tjenestekvalitet	Hovedtema: utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Undertema</b> - Forbedringer for pasienter: Raskere helsehjelp ved forverring. Mulighet for behandling lokalt. Systematisk oppfølging ved forverring og rask iverksettelse av tiltak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Undertema</b>- utfordringer for ansatte: Konflikt med klinisk blikk. Dårlig opplæring, tidspress, bemanning og fagpersonale. Følge anbefalt overvåkningsintervall/ oppfølging.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Undertema</b> - Forbedringer for ansatte: Økt jobbtilfredshet. Økt motivasjon og mestring. Forbedret kommunikasjon.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Undertema</b> - utfordringer for pasienter: Usikker respons og treffsikkerhet. Usikker effekt på pasientpopulasjonen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Undertema</b> - Økt kompetanse: Bedre å identifisere forverring og økt kompetanse å ivareta pasienter med forverring.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Undertema</b> - Implementering og barrierer: Forhold på sykehjemmet, opplæring, implementering, ledelse.</li> </ul>

FIGUR 4: Hovedtema fra analysen.

## Resultater

Under analysearbeidet ble det funnet to hovedtema: Tjenestekvalitet og utfordringer. Begge temaer belyses fra både ansatte og pasienters perspektiv.

### Tjenestekvalitet

Temaet handler om hvordan bruk EWS kan bedre tjenestekvaliteten i sykehjem. Verktøyet bidro til å oppdage tidlig tegn på akutt sykdom. Gjennom økt kompetanse kunne helsepersonell i sykehjem bedre vurdere og dokumentere symptomer på forverret sykdomstilstand (21-24). Verktøyet muliggjorde også et felles språk og rutiner som bedret samhandlingen (12, 25, 26). Dette var faktorer som kan sies å bedre tjenestene til sykehjemspasientene. I flere studier viste det seg at innføringen av EWS- systemer hadde bidratt til at sykehjem ansatte fikk økt kunnskap ivaretagelse av pasienter med forverret tilstand og på den måten ble unødige innleggelse i sykehus unngått (22, 25, 27). Et intervjuobjekt forklarte at de foretrakk å beholde

pasientene på sykehjemmet etter innføringen av EWS- verktøyet: «*The traffic light system we use too, which is a guide to know when to do things and what steps to, appropriate steps to take (...). It's a good tool for us to use*» (22, s.315).

På et norsk sykehjem viste evalueringen i etterkant at implementeringen av EWS førte til økt systematisering og faglig fokus, slik at ansatte ble bedre på å oppdage forverring enn tidligere (24). En deltaker beskrev det slik: «*Hvis vi mistenker noe så tar vi en NEWS. (...) Vi er litt mer i forkant, litt mer bevisst tegnene på forverringer*» (24, s.7). En annen deltaker fra et sykehjem forklarte hvordan det gikk raskere å få pasienten innlagt til sykehus når det var nødvendig, fordi kriteriene ved bruk av EWS var så klare at sykepleier kunne melde direkte til sykehuset og ambulansen, uten å vente på lege:

*One of the nurses saw somebody with a NEWS score of seven. She thought he was septic... She said that before, she'd have had to speak to one*



*of us before she got the approval for doing the admission. But because he had got a NEWS of seven, she was able to phone the ambulance service, phone the ED, and get it sorted out (25, s.3).*

Flere av studiene viser at å bruke EWS-verktøy i sykehjem gir økt tjenestekvalitet ved at det støtter helsepersonalet i kliniske avgjørelser og i vurderinger om pasienten har behov for legetilsyn, økt behandlingsnivå i form av sykehusinnleggelse eller kan bli værende på sykehjemmet (23, 24, 27, 28). Lignende funn ble også gjort i to studier fra henholdsvis Norge og Danmark, som undersøkte bruken av EWS i hjemmesykepleietjenestene når eldre pasienter fikk en forverring av sykdomstilstand (12, 21).

To av studiene viste at pleieassistentene følte seg mer inkludert og fikk støtte og kunnskap fra sykepleierne etter at et EWS program ble innført (22, 26): *«I like it because it's up-skilling people and you know it's not just relying on the RNs for everything that goes wrong, it's up-skilling all the staff, everyone is improving their skill levels»* (22, s. 317). Undervisningsopplegg og praktisk trening resulterte i at ansatte oppga bedre jobbtilfredshet og trivsel, mer struktur, støtte og selvtillit (23, 27). Ansatte som samarbeidet med sykepleierne uttrykk for de gjorde gode observasjoner som kunne avlaste sykepleierne; *«It doesn't have to be a nurse or a senior-nursing staff, it can be a carer who can do it ... it makes me feel important(..)»* (23, s. 797-798). En annen studie fant at helsepersonell på sykehjem opplevde stor grad av indre motivasjon i forbindelse med implementeringen av verktøyene for tidlig oppdagelse av forverring (24).

### Utfordringer

Å gjennomføre endring og ta i bruk et nytt verktøy var særlig utfordrende. Dessuten er det vanskelig å kunne dokumentere at endringene faktisk bedrer pasientsikkerheten. Det er også utfordrende at det finnes lite forskning på bruk av EWS utenfor sykehus og at det ikke finnes et spesifikt system for å vurdere eldre pasienter med forverring av sykdomstilstand (12, 27). At skåringsverktøy ikke er godt nok tilpasset eldre pasienter gir utfordringer; *«We work a lot with geriatric patients, and I think that MEWS is not adapted to geriatric patients(..)»* (12, s.7).

Treffsikkerheten og verdien av EWS i sykehjem er enda under utprøving, og krever mer forskning (23, 28). Forskningen viser at det er usikkert om EWS fører til den rette responsen og om bruken faktisk bedrer pasientutfall for sykehjemspasienter (25, 26, 28). Det er funnet at EWS kunne føre til utfordringer fordi skåringsverdien og kliniske observasjoner ikke samstemte, og dermed bidro det til usikkerhet i forhold til videre tiltak (12, 25, 28).

Patel mfl. fant ikke svar på om EWS utenfor sykehus er treffsikkert for å fange opp forverring, utenom når scoren var veldig høy (26). Barker trekker frem utfordringen med bruk av ufaglærte helsearbeidere i sykehjem, og stiller spørsmål ved hvorvidt det kan forventes at personell uten formell kompetanse kan identifiserer og iverksette tiltak ved forverring av tilstand, og at derfor er det viktig å få avklart NEWS sin rolle i sykehjem (27). En sykepleier uttrykte betydningen av helhetlig sykepleiefaglig kunnskap når en bruke EWS verktøy den kliniske vurderingen:

*There are many who believe that older patients 'should' develop fever with serious infections. It could be fatal if RNs don't consider that the patient regularly uses paracetamol, because they will never develop a fever if they do (12, s.8).*

Flere av studiene fant at ved innføring av EWS i sykehjem blir faktorer som ledelse, bemanning, fagdekning og opplæring trukket frem som utfordrende i implementeringsprosessen (24, 25, 27, 28). Det ble funnet at implementeringen var vanskelig på grunn av prioritering av andre arbeidsoppgaver, dårlig opplæring og manglende kommunikasjon (23). For eksempel ble manglende opplæring til å bruke verktøyet forklart av en sykepleier:

*Sometimes they get the oxygen saturations and heart rate around the wrong way ... And that is reading off the actual pulse oximeter... Or they won't actually take the full score, or the score will be inaccurate because they haven't done a respiratory rate" (23 s. 796).*

I samme studie fremkom viktigheten av at ansatte ble inkludert i implementeringen og en støttende ledelse som faktorer for å lykkes med innføringen av EWS i sykehjem.



## Diskusjon

Tidlig oppdagelse av forverring er et essensielt sykepleieansvar både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (29) og en anbefalt strategi for unngå unødvendige innleggelses (24-26). I forskrift for kvalitet i pleie og omsorgstjenesten står det at helsetjenester skal være faglig forsvarlig, inkludere kvalitetsforbedring og at øvrige lovmessige krav skal ivaretas (30). Sykepleiere i sykehjem er i stor grad ansvarlig for å gi pasienter i sykehjem forsvarlig helsehjelp etter gjeldende lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer. Samt utføre tiltak selvstendig, og etter legens medisinske ordinasjoner og delegere oppgaver til annet personale med rett kompetanse (31).

Som nevnt innledningsvis kan en tredjedel av unødige dødsfall i helsetjenesten knyttes til manglende observasjon eller oppdagelse av forverring og kommunikasjonssvikt. Dette sier noe om omfanget og viktigheten av kontinuerlig forbedring i tjenesten og behovet for vurderingsverktøy som kan støtte helsepersonell i kliniske avgjørelser. Å jobbe kunnskapsbasert vil vi si at en tar faglige avgjørelser basert på forskning som er systematisk innhentet, sammen med erfaring og pasientens behov og ønsker i den enkelte situasjon (32). Resultatene fra denne litteraturoversikten støtter at bruk av kliniske vurderingsverktøy kan bedre tidlig oppdagelse av forverring i sykehjem. Dette ved økt tjenestekvalitet, mer strukturert kommunikasjon og forbedret kompetanse hos ansatte (24, 25, 27, 33). Ved implementering i sykehjem blir faktorer som bemanning, fagdekning, opplæring og manglende validitet for pasientpopulasjonen trukket frem som utfordrende (23, 25, 27, 28)

Tjenestekvaliteten økte ved at helsepersonell fikk bedre kompetanse til å identifisere forverring av sykdom, forbedret samarbeid og opplevde at verktøyet gav beslutningsstøtte og struktur (22, 24, 25, 27). I tillegg viste det seg at helsepersonell i større grad foretrakk å beholde pasientene på sykehjemmet etter implementering av EWS, og dermed unngikk unødvendige innleggelses i sykehus. At det gikk raskere å få pasienten innlagt i sykehus når det var nødvendig etter EWS anbefalinger og lokale retningslinjer er også en faktor som kan sies å bedre tjenestekvaliteten og responstiden ved akutt sykdom. Dette støttes av studier som fant at bruk av EWS kunne bidra til å redusere pasientskader (27), bedre pasientsikkerheten (24)

og sikre raskere respons ved akutt forverring av sykdomstilstand (23).

Ved implementering i sykehjem blir faktorer som bemanning, fagdekning, opplæring og manglende

---

## «Forskning viser at implementering og opplæring i EWS gjorde at samarbeidende personale som helsefagarbeidere og assistenter følte seg mer inkludert og kompetent, og kjente på mestring»

---

validitet for pasientpopulasjonen trukket frem som utfordrende (17, 19, 20, 21, 22). En annen utfordring er at det er få sykepleiere per pasient på sykehjem (34), og sykepleieren er avhengig av annet helsepersonell og assistenter for å utføre EWS målinger. Forskning viser at implementering og opplæring i EWS gjorde at samarbeidende personale som helsefagarbeidere og assistenter følte seg mer inkludert og kompetent, og kjente på mestring. Både assistenter og annet pleiepersonale ga uttrykk for et bedre internt samarbeid med sykepleierne (22), noe som kan anses som viktig for kommunikasjonen, tjenestekvaliteten og ansattes trivsel i jobben.

Sykepleiere i sykehjem er avhengig av godt samarbeid og god kommunikasjon med annet helsepersonell og assistenter for gjøre adekvate kliniske observasjoner. Det kan tenkes at felles kunnskap, praktisk trening og felles forståelse ovenfor bruk av EWS i sykehjem bidro til mestring hos ansatte. Et studie fant at ansatte opplevde indre motivasjon, fordi de fikk dekket behov for økt kompetanse og ha påvirkningskraft på implementeringen av EWS og opplevde nytteverdien (24). Statistikk og undersøkelser viser at det er for lite sykepleiefaglige ressurser i kommunale helsetjenester, og at ressursene ikke har økt etter innføringen av samhandlingsreformen (34). Vi mener dette styrker påstanden om at alle ansatte som jobber pasientnært i sykehjem må få god opplæring i bruk



av EWS før det implementeres, og at det slik vil kunne avlaste sykepleiere som det er stor og økende mangel på i sykehjem (34) og bidra til økt mestring og trivsel i jobben.

Flere studier viste at det var utfordringer knyttet til treffsikkerheten på den eldre pasientpopulasjonen og usikkerhet knyttet til om EWS utløste den rette responsen (12, 26-28). Vi mener det kan diskuteres om muligheten for at en lav score kan gi en falsk betryggelse og en høy score kan utløse unødvendig klinisk respons for pasienter, slik som også forskning har funnet problematisk (12, 28). Dette er i så fall bekymringsverdig og bør tas hensyn til ved bruk av slike vurderingsverktøy i sykehjem. Vurderingsverktøyet bør brukes som et supplement til helsepersonells kliniske blikk, og aldri erstatte profesjonelles vurderinger eller bekymringer for en pasient (11, 24, 28). Det samme understrekes av Royal College of Physicians (5) som har vært sentrale for utarbeidelsen av NEWS. Derfor mener vi det er viktig at det presisert at slike verktøy aldri skal erstatte, men være et supplement til helsepersonells vurderinger.

Vi vil påpeke viktigheten av at særlig sykepleiere som er ansvarlig for oppfølging av pasienter i sykehjem og spesielt ved fravær av lege, kjenner til sykehistorikken og andre forhold ved pasientens helsetilstand, som legemiddelbruk, da det kan kamuflere symptomer som gir utslag på EWS. Sykehjemspasienter har ofte atypiske symptomer ved forverring av sykdomstilstand (8), og det er derfor nødvendig at helsepersonell innehar kun-

skap om geriatri og kliniske observasjonsferdigheter. De komplekse forholdene på sykehjem som fagdekning, personellressurser, tilgjengelig utstyr og mulighet til å følge opp anbefalte tiltak må tas hensyn til ved implementering og kyndig fagpersonale må inkluderes i prosessen for å lykkes (27). Det er kjent at endringsprosesser og implementering tar tid, og at prosesser for implementering av ny kunnskap må planlegges både på individ-, system- og organisasjonsnivå og forankring må sikres hos alle involverte (30, 35).

Et resultat av samhandlingsformen er at sykehjem tar imot mer komplekse og multisyke eldre for avansert behandling. Behovet for systematisk oppfølging, strukturert kommunikasjon og bruk av kliniske verktøy for tidlig oppdagelse av forverring er nødvendig for å møte kravet om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (2, 30). Bemannings- og kompetanse er og fundamentalt for å kunne utøve sykepleie i tråd med yrkesetiske retningslinjer (31). Resultatene fra litteraturstudien er gjenkjennbart i den kliniske hverdagen på sykehjem. En av årsakene, som også ble belyst studien, er manglende opplæring og nødvendig kompetanse for å benytte EWS. Her foreslår vi at tiltak først og fremst må forankres på organisasjons- og ledelses nivå. Dette arbeidet tenker vi kan lykkes ved å bruke tilgjengelige anbefalinger og veiledere for implementering og bruk av EWS i sykehjem fra Helsedirektoratet (3, 36), samt at tjenesteutviklingen blir basert på forskning og erfaring.

## Konklusjon

Mer forskning og erfaring er nødvendig for å undersøke om bruk av EWS i sykehjem bedrer tidlig identifisering av forverret sykdomstilstand. Studien viser at bruk av EWS i sykehjem har lovende resultater i form av tidlig identifisering av forverring ved å strukturere observasjoner og tiltak, og bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell. Studien viser dermed at bruk av EWS i sykehjem kan være et nyttig under de rette forutsetningene. Mer kunnskap er nødvendig om rollen og effekten av EWS i sykehjem. ■

## Referanser

1. St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; (2008-2009). [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>].
2. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v LOV-1999-07-02-64 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>].
3. Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand: Nasjonale faglige råd [Internett]. Oslo 2020 [cited 2021]. Available from: <https://www.helseidirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>.
4. Credland N, Dyson J, Johnson MJ. Do early warning track and trigger tools improve patient outcomes? A systematic synthesis without meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(2):622-34.
5. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2, UK2017 [Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>].
6. USHT. KlinObsKommune [Internett]. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester 2020 [Available from: <https://www.utviklingscenter.no/klinisk-observasjonskompetanse>].
7. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
8. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrik sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
9. Ramm J. Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Rapport nr 137. [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2013 [Available from: [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/125965?\\_ts=13f8b5b](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b)].
10. Downey CL, Tahir W, Randell R, Brown JM, Jayne DG. Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2017;76:106-19.
11. Steinseide E, Potrebny T, Ciliska D, Graverholt B. Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt. *Sykepleien Forskning*. 2022.
12. Jeppestøl K, Kirkevold M, Bragstad LK. Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences. *Int J Older People Nurs*. 2022;17(1):e12416.
13. Martín-Rodríguez F, López-Izquierdo R, Del Pozo Vegas C, Sánchez-Soberón I, Delgado-Benito JF, Martín-Conty JL, et al. Can the prehospital National Early Warning Score 2 identify patients at risk of in-hospital early mortality? A prospective, multicenter cohort study. *Heart Lung*. 2020;49(5):585-91.
14. Silcock DJ, Corfield AR, Gowens PA, Rooney KD. Validation of the National Early Warning Score in the prehospital setting. *Resuscitation*. 2015;89:31-5.
15. Aveyard H. Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide. Maidenhead: Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2014.
16. Helsebiblioteket. Kildevalg 2016 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>].
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
18. Helsebiblioteket. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler [Internett]. 2016 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste#>].
19. Helsebiblioteket. SQUIRE – retningslinje for publisering av kvalitetsforbedringsprosjekt [Internett]. 2011 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/squire-retningslinje-for-publisering-av-kvalitetsforbedringsprosjekt>].
20. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a Systematic Literature Review in Nursing: A step-by-step guide. 2 ed: Open University Press; 2016.
21. Ammitzbøll O, Maarslet L. [Early Warning Score in primary care in Denmark]. *Ugeskr Laeger*. 2015;177(26).
22. O'Neill BJ, Dwyer T, Reid-Searl K, Parkinson L. Managing the deteriorating nursing home resident after the introduction of a hospital avoidance programme: a nursing perspective. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(2):312-22.
23. Russell S, Stocker R, Barker RO, Liddle J, Adamson J, Hanratty B. Implementation of the National Early Warning Score in UK care homes: a qualitative evaluation. *Br J Gen Pract*. 2020;70(700):e793-e800.
24. Steinsheim G, Malmedal W. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand: En kvalitativ studie av ansattes erfaringer med innføring av en tiltakspakke for pasientsikkerhet. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*. 2020;6:10-22.
25. Brangan E, Banks J, Brant H, Pullyblank A, Le Roux H, Redwood S. Using the National Early Warning Score (NEWS) outside acute hospital settings: a qualitative study of staff experiences in the West of England. *BMJ Open*. 2018;8(10):e022528.
26. Patel R, Nugawela MD, Edwards HB, Richards A, Le Roux H, Pullyblank A, et al. Can early warning scores identify deteriorating patients in pre-hospital settings? A systematic review. *Resuscitation*. 2018;132:101-11.
27. Little S, Rodgers G, Fitzpatrick JM. Managing deterioration in older adults in care homes: a quality improvement project to introduce an early warning tool. *Br J Community Nurs*. 2019;24(2):58-66.
28. Barker RO, Stocker R, Russell S, Roberts A, Kingston A, Adamson J, et al. Distribution of the National Early Warning Score (NEWS) in care home residents. *Age Ageing*. 2019;49(1):141-5.
29. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal; 2018.
30. Helseidirektoratet. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester [Internett]. 2017 [Available from: <https://www.helseidirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>].
31. NSF. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Internett]. 2019 [Available from: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/219384/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>].
32. Helsebiblioteket. PICO [Internett]. 2016 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>].
33. Ammitzbøll O, Maarslet L. [Early Warning Score in primary care in Denmark]. *Ugeskrift for læger*. 2015;177(26).
34. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. 2020. Report No.: NOVA Rapport 14/20
35. Helsebiblioteket. Modell for kvalitetsforbedring [Internett]. 2015 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>].
36. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (sykehjem) [Internett]. 2017 [Available from: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>].



## Vedlegg

TABELL 1: Oversikt over inkluderte artikler.

Artikkel	Hensikt	Metode og data-samling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Sjekkliste for kvalitetsvurdering
Early Warning Score in primary care in Denmark.  Ammitzböhl & Maarslet, 2015.	Undersøke implementering av det kliniske vurderingsverktøyet TOBS i primær-helse-tjenesten hos eldre hjemmeboende	Deskriptiv studie uten kontrollgruppe. 384 skjemaer ble inkludert, utfylt av ansatte etter de var tilkalt for å vurdere en pasient grunnet forverring.	Medianalder var 83 år av inkluderte pasienter. 177 menn, 185 kvinner, 22 ikke oppgitt. Ansatte sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter fylte ut 384 skjema.	Studiet viser sammenheng mellom skår på det vurderingsverktøyet (TOBS) og klinisk konsekvens. Studiet viste at var egnet for å identifisere pasienter med behov for økt behandling og overvåking, legebesøk eller innleggelse. Ansatte ga uttrykk for bedre kvalitet i observasjoner, dokumentasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell.	Sjekkliste for kvalitetsforbedring Squire.
Distribution of the National Early Warning Score (NEWS) in care home residents.  Barker mfl., 2019.	Undersøke om det er gjennomførbart å benytte NEWS i sykehjem og beskrive bruken av NEWS i sykehjem.	Kvantitativ metode m. deskriptiv analyse. 20 643 NEWS målinger ble utført på eldre voksne (over 65 år) på tvers av 46 sykehjem i en periode på 30 mnd. (2016-2019).	Totalt 19.604 NEWS observasjoner ble inkludert for analyse. Gjennomsnittsalderen på de 2424 deltakerne var 85 år.	Bruk av NEWS i sykehjem fremstår som gjennomførbart. Mer forskning er nødvendig for å se om NEWS fører til den rette responsen og forbedring for utfallet for sykehjems pasienter. Det understrekes at NEWS ikke kan erstatte det kliniske blikket til pleiepersonale, men brukes som et supplement.	Sjekkliste for prevalensstudie.
Managing deterioration in older adults in care homes: a quality improvement project to introduce an early warning tool  Little mfl., 2019.	Å introdusere et EWS system for tidlig oppdagelse av forverring, og iverksette tiltak på sykehjem.	Studiet ble gjennomført i England på sykehjem. Metoden var spørreskjema, som ble utgitt før og etter undervisning og 6 uker etter undervisningen var gjennomført.	En sykehjemsavdeling ble utvalgt. Data fra 22 sykehjemsbeboere ble innhentet for studien sammen med spørreskjema for ansatte som fikk undervisning i å bruke EWS.	Resultatet viste at implementeringen av EWS kan ha positiv effekt for å identifisere og ivareta eldre med forverring av tilstand. Ansatte rapporterte om økt kompetanse til å identifisere forverring. Data fra pasientene viste reduksjon i pasientskader. Studien kunne ikke konkludere om bruk av EWS hadde bidratt til å redusere antall innleggelser fra sykehjemmet grunnet manglende data.	Sjekkliste for kvalitetsforbedring Squire.
Early detection of deterioration. A qualitative study of nursing home staff's experiences with the introduction of a patient safety package of measures.  Steinsheim & Malmedal, 2020.	Å beskrive ansattes erfaring med implementering av tiltakspakken «TOFT» fra pasientsikkerhetsprogrammet og om det førte til endringer i praksis.	Studiet ble gjennomført i Norge, på en sykehjemsavdeling. Metode var fokusgruppeintervju, ved oppstart av prosjektet, etter avslutning av prosjektet og et år etter prosjektet.	6 fast ansatte, 2 helsefagarbeidere og 4 sykepleiere. Kvinner i alderen 34-58 år.	Økt kompetanse og autonomi, bedre indre motivasjon. Økt systematisering og faglig fokus, mer bevisstgjøring og tryggere pasienter etter innføring. Generell kvalitetsforbedring og bedre på å oppdage forverring tidligere. Ansatte opplevde positive erfaringer med implementering av TOFT, beskriver prosjektet som vellykket.	Sjekkliste for kvalitativ studie.
Implementation of the National Early Warning Score in UK care homes: a qualitative evaluation.  Russel mfl., 2020	Å identifisere utfordringer knyttet til implementering av NEWS i sykehjem	Sykehjem England. Kvalitative intervjuer ble gjennomført, i tillegg til en kvantitativ analyse av NEWS målinger fra 47 sykehjem over 2 år og spørreskjema sendt til sykehjem i et utvalgt område.	Intervjuobjektene var 15 pleiere fra 6 ulike sykehjem, 6 helsepersonale og 1 som var ansatt i det kliniske utprøvningsprosjektet i området. (21 totalt). Målrettet og praktisk utvalg.	Pleiepersonalet erkjente at NEWS kunne forbedre respons v. akutt sykdom, forbedre kommunikasjon og øke kompetansen til ansatte. Implementeringen: manglende hensyn til konteksten i sykehjem. Utfordringer var bl.a andre arbeidsoppgaver som ble prioritert, dårlig opplæring og manglende kommunikasjon. Implementering krever involvering av ansatte og støtte fra kyndig fagpersonale.	Sjekkliste for kvalitativ studie.
Managing the deteriorating nursing home resident after the introduction of a hospital avoidance programme: a nursing perspective.  O'Neill mfl., 2016.	Å undersøke pleiere sine perspektiver om ivaretagelse av pasienter med forverring etter innføringen av et program for å forebygge sykehusinnleggelse	Forskningen ble utført på et sykehjem med 94 senger i Australia. En tematisk analyse ble utført av fokusgruppedata samlet fra sykehjemets ansatte 14 til 15 måneder etter introduksjonen av et pilotprosjekt for å unngå sykehusinnleggelse.	8 sykepleiere/ helsefagarbeidere, samt 13 assistenter som arbeidet direkte med pasientene på sykehjemmet deltok i fokusgruppeintervju.	Programmet ble godt mottatt og utfylte behov for kunnskap om ivaretagelsen av pasienter med forverret tilstand, ved å gi struktur og støtte. Pleierne var mer selvsikker, og assistentene følte seg mer inkludert. Arbeidsmengden var fortsatt stor, men personale foretrakk at pasientene ble værende på sykehjemmet. Strategier for bemanningsbehov for å ivareta pasienter med forverring i sykehjem ble trukket frem som nødvendig.	Sjekkliste for kvalitativ studie.

Artikkel	Hensikt	Metode og data-samling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Sjekkliste for kvalitetsvurdering
Using the National Early Warning Score (NEWS) outside acute hospital settings: a qualitative study of staff experiences in the West of England.  Brangan mfl., 2018.	Undersøke ansattes erfaringer med bruk av NEWS i primærhelsetjenesten. (Se arbeidssted for deltakere under «utvalg»).	Kvalitativ studie. Intervjuer og tematisk analyse.	24 helseutdannede ble intervjuet. 9 fra primærhelsetjenesten, 3 fra ambulansen, 5 fra forvaltningskontor, 4 fra kommunehelsetjenesten og 3 fra mentale helse-tjenester og 1 fra service tjenester.	Resultatet viste at NEWS kunne støtte kliniske avgjørelser i primærhelsetjeneste ved forverring og bidra til strukturert kommunikasjon.  Utfordringer med implementering av NEWS varierte fra ulike settinger i primærhelsetjenesten og potensiale for å implementere som en rutinemåling var forskjellig.	Sjekkliste for kvalitativ studie.
Can early warning scores identify deteriorating patients in pre-hospital settings? A systematic review.  Patel mfl., 2018.	Evaluere effekten og forutsigbarheten EWS har for å fange opp pasient forverring i en pre-hospital setting.	Systematisk oversiktsartikkel. 7 databaser ble bruk for søk. QUADAS-2 ble brukt for å vurdere kvaliteten på inkluderte studier.	17 store studier ble inkludert fra flere land i Europa, Usa og Asia med over 157 878 deltakere. 1 studie fra sykehjem og resten fra ambulansen.	Resultatet viste at pasienter med høy skår hadde høyere risiko for forverring. Resultatene var noe uklare for score mellom 4-5. Konklusjonen var at veldig lav og høy EWS score viste forskjell i om pasientens tilstand forverret seg eller ikke. Mer forskning trengs på EWS i prehospital setting.	Sjekkliste for oversiktsartikkel.
Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences  Jeppestøl mfl. 2021	Beskrive sykepleiere og fastlegers erfaring med bruk av det kliniske vurderingsverktøyet MEWS for å undersøke akutt funksjonstap hos eldre hjemmeboende som mottok hjemme-sykepleie	En deskriptiv utforskende forskningsdesign med kvalitativ tilnærming. Data ble samlet gjennom syv blandede fokusgrupper og analysert ved hjelp av induktiv tematisk innholdsanalyse. Innholdet ble sortert i koder, kategorier og temaer.	36 sykepleiere fra hjemmesykepleien og 8 fastleger som hadde det medisinske ansvaret for de eldre hjemmeboende pasientene ble målrettet valgt ut. Noen av fastlegene jobbet også som sykehjemslleger.	To hovedtema ble trukket frem etter analysen. Det første temaet var at MEWS sammen med medisinskteknisk utstyr og klinisk skjønn støttet sykepleierne og legene i kliniske avgjørelser når de undersøkte eldre pasienter med forverring av sykdomstilstand. Det andre temaet var utvalgets erfaring med justeringer i forhold til anbefalt respons og oppfølgingsintervall når de brukte MEWS på eldre hjemmeboende pasienter, og utfordringer med å følge opp like hyppig som anbefalt i en hjemmesykepleie-setting. Utfordrende at det ikke var tilpasset tjenesten eller den eldre pasientpopulasjonen.	Sjekkliste for kvalitativ studie.





# Fra egen bolig til et moderne bofelleskap

Nedstengning som følge av pandemien mars 2020 traff de eldre ekstra hardt. Eneboende ble fysisk isolert fra familie og venner. De fleste var sterkt knyttet til hjemmet sitt, men både pårørende og de eldre følte seg utrygge. Tiden var inne for å flytte til en omsorgsbolig. Men hvordan ble det? Jeg har møtte dem og hørt deres historie.

## FAKTA

Liv Wergeland Sørbye,  
Sykepleier, høyskole  
lektor professor emerita.  
Forfatterens telefon-  
nummer: 92240601  
Postadresse: Granfoss-  
bakken 5, 1366 Lysaker  
Elektronisk postadresse:  
wergsoe@gmail.com

## innledning

Norge er blant landene i Europa med flest eneboende eldre. Oslo er fylket som har høyest andel eneboende eldre over 80 år (58%), ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). De fleste er glad i hjemmet sitt og liker å bo i et nabolag de kjenner godt. Da Kovid-19 pandemien spredte seg våren 2020, var de eldste eldre svært utsatt (1-2). Hvordan ville de eldre sine behov bli ivaretatt da det var besøksforbud? De eldre ble advart om ikke å forlate hjemmet mer enn høyst nødvendig. Flere opplevde situasjonen som svært vanskelig og dette skapte angst. De nærmeste pårørende var ofte mer bekymret enn de eldre selv (3-5).

Da pandemien rammet landet hadde jeg allerede fulgt et stort utbyggingsprosjekt som skulle omfatte 124 boenheter. Disse leilighetene var såkalte Omsorg+. Det betyr at de er tilpasset eldre som ikke trenger sykehjemsplass, men som har utfordringer med å bo i egen bolig. I slutten av desember 2020 var bygget klart for gradvis innflytting.

Tema: Hvordan opplevde eldre livet i en omsorgsbolig?

## Metode

Nyhetsmeldingene om at en verdenomspennende pandemi var i rask utvikling, mobiliserte ulike forskningsmiljøer. I Norge har VID i flere år hatt et internasjonalt samarbeid med organisasjonen interRAI ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)). Vår finske samarbeidspartner ([www.raisoft.com](http://www.raisoft.com)) inviterte oss til å gjennomføre en screeningundersøkelse. Skjemaet ble oversatt til norsk våren 2020. RAIsoft – screening la vekt på ulike medisinske- og sykepleie-

faglige behov. De kvalitative dataene ble skrevet ut og systematisert etter sentrale tema i screening guiden. Resultatene ble registrert digitalt og personidentifiserbare data ble behandlet etter gjeldende retningslinjer.

Norsk senter for forskningsdata godkjente de etiske standardene (ms-678259). I samråd med ledelsen for omsorgsboligene, ble informasjonsbrevet angående studien delt ut i tilfeldig utvalgte postkasser i ulike oppganger. Beboere som ønsket å delta måtte gi aktivt samtykke enten skriftlig. Våren 2021 ble 20 beboere intervjuet i informantens leilighet eller et rolig sted i felleslokalene. Samtale tok rundt 30 minutter. Informantene opplevde spørsmålene i screeningsskjemaet som aktuelle og hadde mye å fortelle. Sitater fra samtalen ble notert underveis. I dette essayet er informantene sitert med fiktive navn og alder runder av til nærmeste fem år.

## Resultater

Ti kvinner og ti menn deltok i undersøkelsen. Gjennomsnittsalderen på informantene var henholdsvis 82,6 for kvinner og 81,2 år menn. Av de som ble intervjuet var det bare en som ikke hadde fått sin første vaksinedose mot Kovid-19. De fleste, 16 (80 %), hadde en eller flere kroniske lidelser. Sju (35%) trengte hjelp til kroppsvask og dusj. Tre (15%) av informantene hadde opplevd en eller flere øyeblikkelige hjelpesituasjoner. Fem (25 %) av beboerne hadde hatt symptomer som kunne være Kovid-19, men ikke testet positivt.

### Hvorfor flyttet de eldre til omsorgsbolig?

Mange av informantene hadde levd et langt liv sammen med ektefellen i egen bolig. Etter hvert som de ble eldre, ble stadig flere enslige. De opplevde at helsen gradvis ble redusert. Spredningen av Kovid-19 skapte frykt for å bli smittet. Flere pårørende hadde hørt om et boligkompleks med 124 Omsorg+-leiligheter som skulle stå klare for innflytting i desember 2020. Årsakene til flyttingen ble beskrevet som følgende: redusert helse, mangel på trygghet og initiativ fra pårørende. Informantene la ikke skjul på at de var ambivalente og at det var barna som hadde vært «pådytttere». Det var vanskelig å skille seg fra ting de var glad i og flere beskrev oppstartsproblemer i den nye boligen. Flere savnet hjemmet. Noen var mer pragmatiske og uttrykte at de fikk godta situasjonen slik den var.

### Redusert helse

For de fleste betydde det mye å bo i sitt eget hjem. Men på et tidspunkt ble helsen så redusert at det var vanskelig å klare seg alene.

Arne (ca. 90 år) hadde vært enkemann i ti år og savnet fremdeles kona. Det ble dobbelt vondt da han måtte forlate leiligheten og alle minnene der. Han hadde vært operert for nyresten flere ganger og hatt flere proteseoperasjoner i hoftene. Han slet med trigeminusneuralgi. Anfallene kom relativt

ofte og gjorde utrolig vondt. Han følte seg ensom, men han syntes det var for sterkt å si at han var deprimeret. Han gjentok at det var ikke hans vilje at han skulle til omsorgsboligen. Barna mente det var best for han. *Jeg innser at det er hyggelig her, hvor det er folk en kan snakke med. Likevel er det verste jeg har opplevd å flytte fra hjemmet. Det var vondt.*

Anne (ca. 95 år) hadde brukket ryggen tre ganger i løpet av de siste årene og hatt to mindre drypp. Etter enda et drypp, skjønte hun at hun ikke kunne klare seg alene. Huset hun bodde i hadde alt for mange trapper. Hun var lei seg over å dra fra hagen sin, hvor hun trivdes godt. Hun var likevel takknemlig over å få flyttet inn i omsorgsboligen. På grunn av ustabil gange var familien redd for at hun skal falle. Likevel brukte hun ikke rullator inne, men var avhengig av å støtte seg da hun gikk fra rom til rom. Hun var tidvis plaget av migrene. Hun måtte minne seg selv på å spise og i kafeteriaen fant hun alltid noen å prate med. Døtrene kom ofte innom med ferdiglaget mat. Hun hadde en «besøksvenn» som hjalp henne regelmessig med ulike gjøremål.

### Beboerne føler seg trygge

Informantene opplevde at de var trygge i omsorgsboligene. Hvert rom hadde moderne teknologi og de fikk raskt hjelp ved behov. Ønsket de å treffe

**Sammendrag:** Dette essayet omhandler oppstarten av et leilighetskompleks med 124 boenheter (Omsorg+). Leilighetene er tilpasset eldre som ikke trenger sykehjemsplass, men som har utfordringer med å bo i egen bolig. Hensikten med studien var å beskrive hvordan de eldre opplevde livet i sitt nye hjem. Essayet bygger på en screeningundersøkelse og samtaler med 20 beboere som hadde underskrevet samtykkeerklæring våren 2021. Alderen var i snitt 82,6 år for kvinner og 81,2 år for menn. De fleste 16 (80 %) hadde en eller flere kroniske lidelser. Sju (35%) hadde behov for hjelp til kroppsvask og dusj. Tre (15%) av informantene hadde opplevd øyeblikkelig hjelp situasjoner. Opplevelsen av trygghet og fellesskap var viktig for mange som hadde opplevd isolasjon og ensomhet i året som var gått. I bofellesskapet var det en husvert tilstede hele døgnet. Det var tilrettelagt med fellesareal med kafeteria og sittingsgrupper. Beboerne var selv aktive på musikk- og kulturarrangementer. Det var også lagt til rette for utendørs aktiviteter og innendørstrening. Flere var ambivalente rundt flytteprosessen. Det var vondt å skille seg fra ting de var glad i. For mange var det avgjørende at pårørende tok initiativ til omsorgsboligen.

**Nøkkelord:** Ambivalens, omsorg og trygghet.

**Abstract:** This essay deals with the start-up of an apartment complex with 124 housing units (Omsorg +). The apartments are adapted for the elderly who do not need a nursing home place, but who have challenges living in their own home. The purpose of the study was to describe how the elderly experienced life in their new home. The essay is based on a screening survey and conversations with 20 residents who had signed a consent form in the spring of 2021. The age was on average 82.6 years for women and 81.2 years for men. Most 16 (80%) had one or more chronic conditions. Seven (35%) needed help with body wash and shower. Three (15%) of the informants had experienced immediate help situation. The experience of security and community was important for many who had experienced isolation and loneliness in the past year. In the housing association, a "house keeper" was present around the clock. The apartment complex has a social area with cafeteria and seating areas. The residents themselves were active in music and cultural events. There were also arranged outdoor activities and indoor training. Several were ambivalent about the relocation process. It was painful to separate from things they loved. For many, it was crucial that relatives took the initiative for the care home.

**Key words:** Ambivalence, care, and security





andre mennesker var det alltid noen å prate med. Under samtalen med Berit (ca. 65 år) fortalte hun spontant, at hun følte seg trygg. *Jeg har det mye bedre etter at jeg kom hit. Jeg kunne ikke vært på et bedre sted.*

---

## «Hun hadde ominnredet soveværelset slik at hun hadde fått plass til en bokhylle med yndlingsbøkene sine»

---

Beboerne ga uttrykk for at alt i boligene fungerte bra. Flere av de eldre hadde ustøe bein og avhengige av rullator. Dina (ca. 80 år) falt ofte og huden ble skrapet opp. Da tar det alltid noe tid å få stanset blødningen. *Jeg bruker internalarmen og får rask hjelp. Alt er lagt fint til rette her og jeg føler meg trygg.* Ester (ca. 80 år) fortalte at hun hadde slitt både med fysisk og psykisk lidelse, men falt til ro nå. Barna hennes ga tydelig uttrykk for at de føler seg trygge. Bjørn (ca. 80 år) uttrykte at døtrene hans var glade for at han fikk komme til denne omsorgsboligen. Frøya (ca. 80 år) sa spontant under samtalen: *Sønnene mine er kjempefornøyde over at jeg flyttet hit.*

### Ambivalens

Mange eldre var på forhånd usikre på når det var best å skifte bolig. Tap av ektefelle, en uventet sykehusinnleggelse og redusert fysisk fungering kunne fremskynde flytteprosessen. Etter en stund kunne den eldre være i fin form igjen og savnet hjemmet. Samtidig var de klar over at det også var fornuftig å bytte bolig før de ble for skrøpelige.

Dag (ca. 75 år) fortalte: *Jeg er helt avhengig av fysisk trening, det har vært dårlig nå under Kovid-19. Jeg bruker «oksygentank» og slange slik at jeg kan regulere oksygeninntaket. Jeg har lett for å få infeksjoner og administrerer tre ulike typer antibiotika.* Han likte å være ute med sin elektrisk firehjuls-«bil», som han kunne kjøre rett inn i garasjen på første plan. Sykdommen gjorde han ikke deprimeret, han sa selv at han var født naturlig blid. Han måtte stadig ringe 113 og han følte at alle de

ansatte visste hvem han var. Han hadde vært veldig engstelig for å bli smittet av Kovid-19. Familien var glad for at han hadde flyttet til omsorgsboligen.

### Å skille seg fra ting en var glad i

For de eldre kunne det være vanskelig å redusere sine eiendeler fra en stor bolig til en leilighet på 47 m<sup>2</sup>. Hva var viktig for de gamle å ta med seg fra hjemmet sitt? Tanken på å kaste mye var lite hyggelig. Det var så mange minner som knyttet seg til de ulike rommene: Spisestuen pyntet til høytid og fest, selskaper med familie og venner, peisestua med dype lenestoler og myke tepper og veggene fylt av bokreoler med gamle klassikere.

Erling (ca. 100 år) hadde de siste årene følt seg ensom og hatt lite kontakt med naboene. En bekjent fortalte om Omsorg+. Han følte at tiden var inne for flytting. Han var svært fornøyd med planløsningen på den nye leiligheten, men han hadde fremdeles den gamle leiligheten stående slik han forlot den. Det var spesielt vanskelig å skille seg med sitt «bibliotek». Bøkene betydde mye for han og det var vanskelig å skulle sortere dem vekk. Han beskrev hver enkelt bok nærmest som en god venn.

Grethe (ca. 80 år) var svært fornøyd. Hun hadde ominnredet soveværelset slik at hun hadde fått plass til en bokhylle med yndlingsbøkene sine. Dermed opplevde hun leiligheten langt mer hjemmekoselig enn hun hadde fryktet. Finn (ca. 85 år) uttrykte: *Jeg har det ganske bra her. Før hadde jeg glede av bøker, men synet svikter og jeg har problemer med å finne mening i det jeg leser.*

### Å ta avskjed med kjæledyr

Helga (ca. 85 år) var realistisk. *Datteren min ønsket ikke at jeg skulle bo alene lengre. Det er tre år siden mannen min døde. Jeg er blitt mer og mer ustø den siste tiden. Det var rart å bytte leilighet. Men jeg valgte selv å flytte til noe mindre. Jeg savner veldig hunden min. Her er det ikke lov til å ha hund. Jeg hadde sikkert klart meg i mitt gamle hus, men det ble ikke det samme etter at mannen min døde. Jeg hadde så gode naboer i mitt gamle hjem. Men nå er jeg her og må godta det. Her skal jeg bli. Det er ingen hjelp i å sutre og være i dårlig humør!*

For enkelte av enslige eldre har det å ha en hund betydd mye. Å måtte skille seg fra en god venn, kan gjøre innflytting i en omsorgsbolig ekstra vanskelig. Det er en sorgprosess som gradvis må bearbeides.



### Sosiale aktiviteter

For mange av informantene var det å kunne delta på sosiale aktiviteter avgjørende. Det opplevdes betryggende at det var en husvert tilstede hele døgnet. Omsorg+ var godt tilrettelagt med fellesareal med kafeteria og sittegrupper. Beboerne var selv aktive på musikk- og kulturarrangementer. Det var også lagt til rette for utendørsaktiviteter og innendørstrening.

### Oppstartsproblemer

For de første innflytterne var ikke alt det tekniske på plass, men beboerne håndterte det bra. Gunnar (ca. 70 år) fortalte: *Jeg trives i leiligheten, men opplever at bygget ble ferdigstilt for raskt. To ganger har vi hatt brannalarm midt på natta. Vi hadde ikke hatt noen øvelser, eller informasjon om branninstruksjoner. Å bo i 6. etasje uten heis, var ikke noe hyggelig.* (Heisen ble koblet ut ved brannalarm. Forfatters anm.) *Brannalarmen var heldigvis direkte knyttet til brannstasjonen som har kort reisevei. Internalarmen er bra, og jeg får rask hjelp.*

Ingrid (ca. 80 år) var ambivalent ved tanken på å flytte til omsorgsboligen. Hun brukte lang tid på å bestemme seg. *Jeg kan være ganske sta. Jeg vil ikke bli tvunget til noe som jeg er skeptisk til. Samtidig var jeg ensom. Veggene hjemme snakket ikke til meg.* Hun innså at hun trengte å komme til et sted hvor hun kunne være sammen med andre. Hun så for seg at hun skulle bli kjent med nye mennesker, kanskje finne en gruppe som hun passet i. Hun tenkte at de kunne sitte sammen rundt et hyggelig bord ved måltidene. Slik ble det ikke. Pandemi-restriksjonene gjorde at beboerne måtte å ta med maten opp i leiligheten fra kafeteriaen og sitte alene å spise. Lørdag og søndag derimot ble det dekket i kafeteriaen til lunsj. Det var hyggelig. Ingrid brukte verken rullator eller stokk inne, men det hendte at hun tok en stokk med på tur når hun var ute. Hun brukte ikke heisen, men gikk trappene opp og ned til leiligheten, dette ga henne fin mosjon. Hun var oppgitt over at mye av det tekniske ikke fungerte i starten: *Jeg var skuffet over at omsorgsboligene og anlegget her ikke var mer ferdig da jeg flyttet inn.*







*Det var for eksempel lagt til rette for søppelsjakter i bygningen, men de var ikke åpnet for bruk.*

Halvdan (ca. 70 år) fortalte at før han bestemte seg for Omsorg+ var han på befaring på flere andre alternativer. Han oppsummert som følgende: *Dette stedet er veldig bra for meg. Det er hyggelig mennesker her. Jeg er kjempefornøyd med leiligheten. Jeg har hatt Kols i 15 år. Nå kan jeg også få pustebevisvær når jeg hviler. Jeg har aldri røkt, men jobbet med løsemiddel blant annet skiproduksjon og smøring av ski.*

Janne (ca. 80 år) fortalte: *Som Kols-pasient er jeg redd for å få en lungelidelse. Jeg har derfor penicillin liggende og kan selvmedisinere meg dersom det skulle bli nødvendig. Jeg får tiden til å gå ved å se på film.* Familien var godt orientert om hennes tilstand. Beboeren var svært fornøyd med pleierne sine. Etter hvert hadde hun fått en «fast» gjeng som kom til henne. Hun var bevisst på at hun ikke ønsket for mange ut og inn i leiligheten.

Det ble for anstrengende. Nå opplevde hun at hun ikke bare fikk hjelp, men følte at hun fikk besøk to ganger daglig.

#### **Til ettertanke**

Når blir man egentlig gammel? I barneskolen lærte vi å bøye adjektiver. Jeg minnes min barneskolelærer Ulven, i kakifarget frakk og pekestokk i handa. En dag ble jeg kalt opp til tavla i norsk-timen for å bøye adjektivet *gammel*. Raskt skrev jeg med kritt på den grønne tavla: «*gammel, eldre, eldst*». For meg skurrer det derfor når den norske oversettelsen av WHO definisjon av **eldre** er mennesker mellom 60 og 74 år og **gamle** er mennesker fra 75 år og eldre (<https://sml.snl.no/alderdom>). For meg ville det vært mer logisk om gamle kom først i alderskategoriene. Først er man gammel, så blir man eldre enn de gamle, vil jeg mene.

Levealderen har økt og Folketrygden som trådte i kraft i 1966 ga alle rett til pensjon. Dette redu-



Foto: Shutterstock



serte eldrefattigdommen. «Etter allmenn tilgang til utdanning og helsetjenester, var pensjonssystemet den tredje grunnleggende sosiale revolusjonen som lot seg finansiere takket være det 20. århundrets skatterevolusjon» (6). Folketrygden førte til at de fleste eldre hadde råd til egen bolig. Penger skaper nødvendigvis ikke trygghet; 39,4 prosent av privathusholdningene i Norge består av *en* person (7). Utbruddet av Kovid-19 var spesielt utfordrende for enslige gamle. De som var avhengig av hjemmesykepleie fikk regelmessig kontakt med omverden, men det var lite fysisk kontakt med familie og venner. Den største andelen av eldre eneboende måtte klare seg selv, til tross for kunnskap om hvor sårbare denne gruppen var (8). Nedstengningen var brutal. Treningsstentre, eldregrupper, idrett, kultur og reiser i inn- og utland ble satt på vent. Dette kunne føre til helsemessige konsekvenser (9-10). Nærmeste familie var bekymret for de eldste og var engstelige for hvordan de skulle klare seg. For mange pårørende ble det å skaffe en trygg omsorgsbolig viktig. De eldre kunne være usikre og oppleve at avgjørelsen gikk for fort. Det var likevel fristende for dem å flytte inn i en helt ny og moderne leilighet med andre i samme situasjon.

Jeg ønsket å møte noen av de nyinnflyttede for å høre hvordan de opplevde sitt nye hjem. Det ble ikke foretatt et strategisk utvalg, men avtalt et tidspunkt for intervju til de som svarte på informasjonsbrevet angående undersøkelsen. Ved å bruke et strukturert spørreskjema om helse, funksjonsdyktighet og opplevelse av sin situasjon utdypet informantene sine erfaringer. De fleste hadde mye å fortelle, og var flinke til å sette ord på sine opplevelser. Sentrale tema ble utdypet med eksempler ut fra innhold, ikke kvantitet.

Pandemien kom helt uforberedt og det er viktig at vi dokumenterer våre erfaringer (11).

Regjeringen valgte å prioritere barn, arbeidslivet og andre aktiviteter. Ursin m.fl. har laget en omfattende analyse av Kovid-19 i Norge og konkluderer med at satsning på helse må bli bedre prioritert av regjeringen i fortsettelsen (12).

Samtalene med beboerne har gitt meg ny innsikt om hva det innebærer å bli eldre. Det er menneskelig å skyve fremtiden foran seg. Det er kanskje lettere å hjelpe andre til å planlegge fremtiden, enn å hjelpe seg selv. ■

## Referanser

1. Matias T, Dominski FH, Marks DF. Human needs in KOVID-19 isolation. *J Health Psychol.* 2020 Jun;25 (7):871-882. Epub 2020 May 6. PMID: 32375564. doi: 10.1177/1359105320925149.
2. Brooke J, Jackson D, Debra Older people and KOVID-19: Isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs.* 2020;29:2044-2046. doi: 10.1111/jocn.15274
3. Cheung, G., Rivera-Rodriguez, C., Martinez-Ruiz, A. m. fl. Impact of COVID-19 on the health and psychosocial status of vulnerable older adults: study protocol for an observational study. *BMC Public Health* 20, 1814 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09900-1>
4. Sørbye LW. Når bestemors fang er tomt. *Geriatrisk sykepleie* 2020;2, 30-33.
5. Eide, LSP, Giske T, Kuven BM, Johansson L. Consequences of the Kovid-19 virus on individuals receiving homecare services in Norway. A qualitative study of nursing students' reflective notes. *BMC Nurs.* 2021 Oct 25;20(1):208. doi: 10.1186/s12912-021-00732-x. PMID: 34689756; PMCID: PMC8542495.
6. Piketty T. Kapitalen i det 21. århundre. Cappelen Damm 2014. S.574.
7. SSB-2021 <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger>.
8. Dury R. Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *Br J Community Nurs.* 2014 Mar;19(3):125-8. doi: 10.12968/bjcn.2014.19.3.125. PMID: 24897833.
9. Goethals L, Barth N, Guyot J, Hupin D, Celarier T, Bongue B. Impact of Home Quarantine on Physical Activity Among Older Adults Living at Home During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR Aging.* 2020 May 7;3(1):e19007. doi: 10.2196/19007. PMID: 32356777; PMCID: PMC7207013.
10. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs.* 2021 Sep-Oct;42(5):1222-1229. doi: 10.1016/j.gernurse.2021.03.010. Epub 2021 Mar 12. PMID: 33824008; PMCID: PMC8566023.
11. Sørbye LW, Grue EV, Hogeveen S. Before the COVID-Vaccine - Vulnerable Elderly in Homecare. *Nurs. Rep.* 2022, 12(2), 270-280; <https://doi.org/10.3390/nursrep12020027>
12. Ursin G, Skjesol I, Trittler J. The COVID-19 pandemic in Norway: The dominance of social implications in framing the policy response. *Health Policy Technol.* 2020 Dec;9(4):663-672. doi: 10.1016/j.hlpt.2020.08.004. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32874857; PMCID: PMC7452841.



# Persontentrert omsorg i møte med delirium

## **Tekst og foto: Tor Engevik**

Den 17. februar i år avholdt vår lokalgruppe i Rogaland årets første fagkveld. De 20 engasjerte sykepleiere og studentene som stilte på fagkvelden fikk høre et supert foredrag om delir i et av lokalene til høyskolen i Haugesund. Det var høyskolelektor Marit Langesæter som ønsket de fremmøtte velkommen på vegne av lokalgruppen.

Foredragsholder Helga Karin Kvalvaag er geriatrikisk sykepleier og ga oss et flott foredrag der hun fortalte om delir, krydret med gode praktiske eksempler på persontentrert omsorg i møte med pasientene. Helga Karin fortalte om hvordan hun og hennes kollegaer gjorde bruk av både samtale, musikk og sang for å komme i posisjon til å behandle den somatiske årsaken til personer som var i delir.

Etter det gode foredraget kunne Marit Langesæter opplyse om at lokalgruppen allerede hadde planer for neste fagkveld som vil bli avholdt Suldal den 9. juni. Det er bare å glede seg til kjekke samlinger i Rogaland i tiden fremover. Da er det bare å oppfordre andre lokalgrupper å planlegge gode fagmøter i sine nærområder. ■



Foredragsholder Helga Karin Kvalvaag og Marit Langesæter i hyggelig samtale under foredraget.



NSFs FAGGRUPPE FOR  
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

## Bli medlem

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

Vi er et slag kraftig fellesskap med medlemmer som brenner for fagfeltet geriatri og demens.

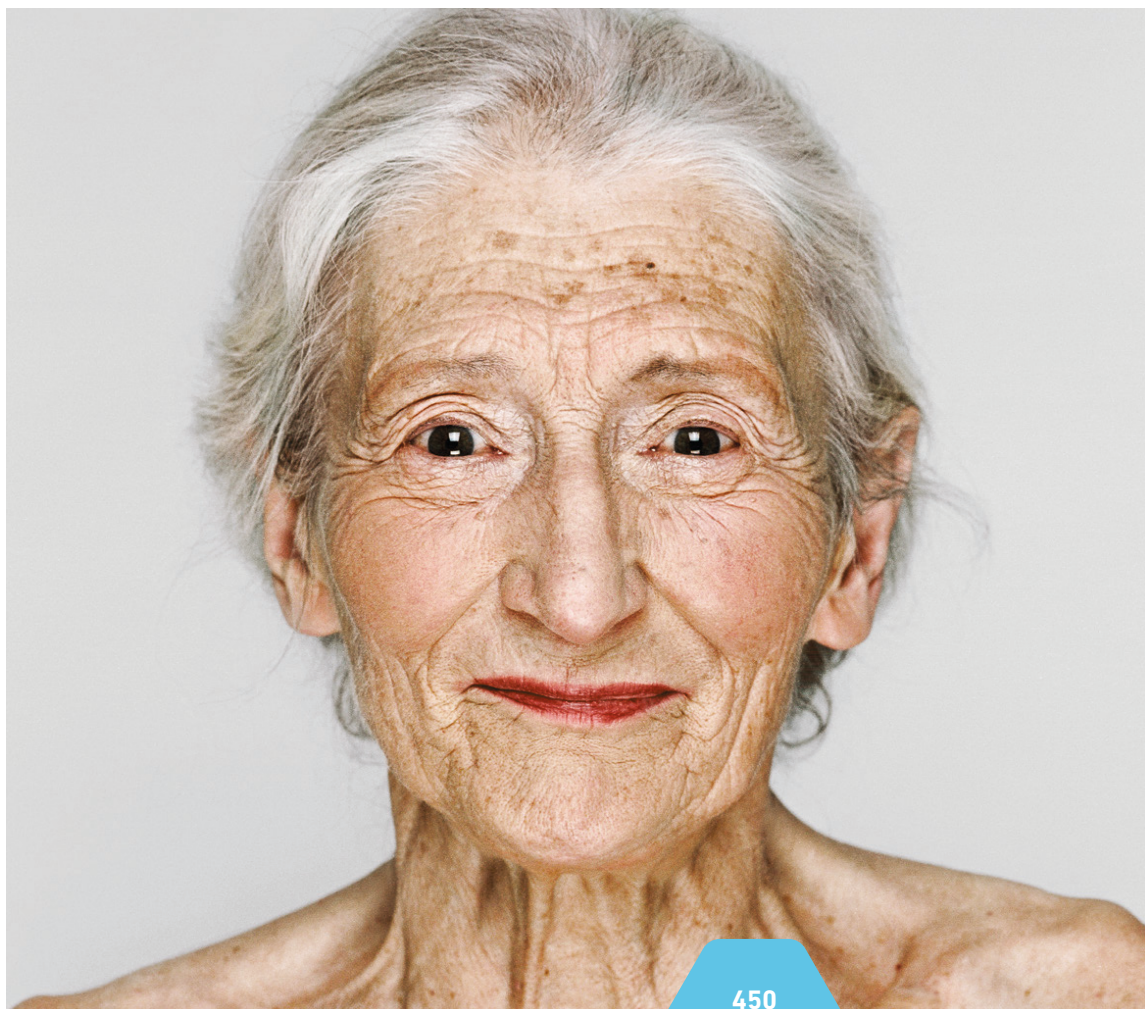
Medlemmer får Fagtidsskriftet Geriatrisk sykepleie to ganger i året i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler som blant annet tilbud om kurs og konferanser.

### Kontingent kr. 400,- for 2022

- Pensjonister og medlemmer som ikke er aktiv i arbeid har kontingent på 200 kr.
- Gratis for sykepleierstudenter ut det året de er ferdig med bachelorgraden.

Kontaktperson: Leder Tor Engevik,  
tor.engevik@hotmail.no

Send kodeordet **GERIATRI** på **SMS** til **02409**



# RESOURCE® ULTRA

Med fokus på forbedret behandlingsresultat



Resource® Ultra er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn. For kostbehandling av pasienter med underernæring eller i risiko for underernæring.

## Informasjon til helsepersonell

Nestlé Health Science, Postboks 683, Skøyen, 0214 Oslo

450  
kcal\*

28 g  
protein\*

3 g  
leucin\*

\*/200 ml

**Resource® Ultra** er en konsentrert næringsdrikk med høyt protein- og energiinnhold. Drikken inneholder høykvalitativt protein med stor andel myseprotein (42 % myse 58 % kasein), som er naturlig rik på den essensielle aminosyren leucin. Resource® Ultra finnes i fire gode smaker og to ulike format – 125 ml og 200 ml.

 **Nestlé**  
HealthScience



**OVERSIKT OVER KONTAKTPERSONER I LOKALGRUPPENE**

Hordaland	Trond Bergflødt	Trond.Bergflodt@bergen.kommune.no	Mobil 90 59 68 24
Nordland	Tina Sjøvoll	tina.sjovoll@narvik.kommune.no	Mobil 91 30 60 43
Troms	Hilde Fryberg Eilertsen	hildefryeil@hotmail.com	Mobil 90 10 43 23
Sogn og Fjordane	Greta Elisabeth Gard Engdal	greta.elisabet.gard.endingal@helseforde.no	Mobil 95 12 80 30
Vestfold	Katrine Linnom Pedersen	katrine.linnom@hotmail.com	Mobil 93 01 40 58
Møre og Romsdal	Heidi Opsvik Aandal	HeidiOpsvik@hotmail.com	Mobil 41 62 14 88
Oppland	Kari-Ågot K Taralrud	k.taralrud@hotmail.com	Mobil 91 64 69 61
Hedmark	Gunn Gihle Riisehagen	gunneitosi@gmail.com	Mobil 48 24 91 16
Buskerud	Heidi Hobbestad	Heho7412@hotmail.com	Mobil 99 70 49 51
Østfold	Anne Kierulf Jacobsen	anne.kierulf.ja@gmail.com	Mobil 41 90 20 70
Oslo/Akershus	Christine Jærv Erkheim	christineerkheim@hotmail.com	Mobil 95 80 10 93
Rogaland	Oddveig Andersen	oddveiga86@hotmail.com	Mobil 95 55 08 01
Trøndelag	Linda Vinje	lindavinje@hotmail.com	Mobil 93 02 67 93
Telemark	Anne Cathrine Mathisen	Annecat.mathisen@gmail.com	Mobil 47 28 79 71
Finnmark	FGD Solfrid Nilsen Lund	solfrid@betania-alta.no	Mobil 99 64 64 78
Agder	<i>Søker ny kontaktperson</i>		



---

---

**STYRET**

Frank Eide fra venstre øverst, Hilde Fryberg Eilertsen, Elin Grønsvveen, Wivi-Ann Tingvoll, Katrine Linnom Pedersen, Tor Engevik.  
Nederst fra venstre Liv Berit Jordal, Siren Andreassen.



# Bli medlem

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

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

- Tor Engevik, Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen.

- Eller send en e-post med opplysningene til [tor.engevik@hotmail.no](mailto:tor.engevik@hotmail.no)

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

## INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse: .....

Postnr./sted: .....

e-postadresse: .....

Arbeidssted: .....

Medlemsnr. i NSF: .....

### **Kontingent: kr 400,- for 2022**

- Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent.
- Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin.  
De vil da få fagtidskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler.



medemagruppen



## **Aktivitet, sosialisering og stimulering**

Bruk av Tovertafel er en fornøylig måte å stimulere personer som lever med demens til å bevege seg mere og til sosial integrasjon.

Tovertafel Original er utviklet for og sammen med personer som har middels til kraftig demens.

De interaktive spillene bryter passivitet gjennom å stimulere til både fysisk og kognitiv aktivitet samt oppmuntre til sosial integrasjon.

For mer info scan qr-kode, gå til [www.medema.no](http://www.medema.no) eller ring 67 06 49 00.

