



# Geriatrisk sykepleie

NR. 2-2013 • ÅRGANG 5

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



TEMA **Kreft hos  
eldre**

**Sykepleien**

# NYHET for behandling av sarkopeni

## Hver fjerde person over 70 år har sarkopeni (aldersrelatert muskelsvakhet)<sup>1-2</sup>



**Kun på apotek.**

FortiFit er et næringsmiddel for spesielle medisinske formål, spesielt utviklet for kostbehandling av pasienter med sarkopeni (aldersrelatert muskelsvakhet).

### Har du eldre pasienter som:

- føler de går saktere enn før<sup>3</sup>
- nylig har vært innlagt på sykehus<sup>3</sup>
- er ustø eller har lett for å falle<sup>4</sup>
- har problemer med å reise seg fra stolen<sup>4,5</sup>
- trenger noe å støtte seg til når de går<sup>5</sup>

**Disse pasientene kan ha aldersrelatert muskelsvakhet** som blant annet kommer av at eldre muskler ikke klarer å oppta nok næring fra maten. Dermed krymper muskelmassen samtidig som kraften forsvinner.<sup>6</sup>

Behandlingen handler om å gjenoppbygge musklene gjennom fysisk trening og tilrettelagt kosthold. Essensielle aminosyrer, inkludert leucin, er viktige for å stimulere muskelsyntesen.<sup>7-10</sup>

Nyheten FortiFit har en unik kombinasjon av høykonsentrert leucin og andre essensielle aminosyrer og vitamin D. Det tas i tillegg til normalt kosthold og stimulerer gjenoppbyggingen av musklene hos eldre.

**Sterke muskler gjør at pasientene dine holder seg aktive lenger.**

Se også [sarkopeni.no](http://sarkopeni.no)

1. Baumgartner, R.N., et al., Am J Epidemiol, 1998, 147(8): s. 755-763. 2. Iannuzzi-Sucich, M., et al., J Gerontol A Bio Sci Med Sci, 2002, 57(12): s.M772-7. 3. Morley, E.J., et al., JAMDA, 2012, 12: s. 403-409. 4. Lang, T., et al., Osteoporos, 2010, 21: s.543-559. 5. Evans, C.J., et al., JAMDA, 2011, 12: s. 226-233. 6. Casperson, S.L., et al., Clin Nutr, 2012, 31: s. 512-519. 7. Cuthbertson, D., et al., FASEB J, 2005, 19(3): s. 422-424. 8. Katsanos, C.S., et al., Am J Physiol Endocrinol Metabol, 2006, 291(2): s. E381-7. 9. Paddon-Jones, D. and B.B. Rasmussen, Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2009, 12(1): s. 86-90. 10. Morley, J.E., et al., JAMDA, 2010, 11: s. 391-396.

LEDER:  
Cecilie Olsen



## Individuell kreftbehandling til eldre

**Forekomsten av kreft** er økende med alderen og med et økende antall eldre, vil helsetjenesten møte betydelig flere eldre med kreft i årene framover. I dag er det flest eldre som dør av kreft og flest eldre som trenger palliativ behandling. Dette vil føre til økte helseutfordringer knyttet til behandling og omsorg av eldre pasienter med kreft.

Eldre pasienter med kreft vil ha samme behov for riktig omsorg og behandling av sin kreftsykdom som yngre pasienter, men med andre forutsetninger. Eldre personer som får diagnostisert kreft, har i gjennomsnitt fire andre alvorlige sykdommer. Aldring gir tap av funksjonelle reserver og økt sårbarhet for sykdom. Kronologisk alder er ikke det samme som biologisk alder og aldringsprosessen er individualisert. Derfor må også kreftbehandlingen tilpasses individuelt.

Da eldre ofte er oversett og utelukket fra kliniske studier, kan mangelfull behandling føre til både over- og underbehandling av kreftsykdom hos den eldre pasienten. Studier viser at eldre tilbys mindre kirurgisk behandling, kjemoterapi og stråling for sin kreftsykdom enn yngre pasienter. Ofte tilbys eldre en generell palliativ behandling. Kronologisk alder alene bør ikke ekskludere eldre fra å motta adekvat kreftbehandling.

**Geriatrisk pasienter har** et mangfoldig sykdomsbilde og har ofte underliggende sykdommer som kommer i tillegg til nyoppstått kreftsykdom. Komplikasjoner til store kreftoperasjoner og bivirkning av stråle – eller kjemoterapi kan påføre pasienten ytterlige plager, påvirke underliggende sykdom og føre til redusert livskvalitet. Det vil derfor være viktig at pasient og pårørendes ønsker blir lyttet til før en avgjørelse om aktuell behandling blir tatt. I takt med økt forekomst av kreft hos eldre, opptrer også demenssykdommer i økende grad etter hvert som man blir eldre. Et stort antall eldre som får oppdaget kreft, vil i tillegg være rammet av demens. Det vil kreve et særskilt ansvar for individuelt tilpasset behandling og omsorg til disse pasientene.

**Flere pårørende kan** fortelle at eldre pasienter diskrimineres, og ikke blir prioritert til undersøkelse eller behandling av kreft. Forskrevet har de bevitnet utsagn som «det er å forvente at det dukker opp noen plager når man er nesten 80 år». Slike holdninger til eldre generelt og kreftbehandling hos eldre spesielt, kan resultere i store tilfældigheter når det gjelder hvilke pasienter som får tilbud om rett behandling for sine plager. I tillegg til helsepersonells holdninger kan både bosted, sykehus, pårønderressurser og økonomi bety en forskjell for hvilket tilbud om behandling som blir gitt. Forsinket utredning av symptomer og plager på sykdom, vil ha betydning og utfall for valg av behandling og prognose av en kreftsykdom.

**Når behandling ikke** fører til helbredelse, er god palliativ behandling og omsorg avgjørende for pasientens livskvalitet den siste levetiden. Lindring av pasientens smerter og plagsomme symptomer, i tillegg til tiltak mot psykiske, fysiske og åndelige problemer blir fokuset i en palliativ behandling. Tverrfaglighet, god kompetanse, samarbeid med pårørende og individrettet omsorg og behandling til pasienten er viktige faktorer i en palliativ enhet.

**Retningslinjer for behandling** av kreft omhandler eldre kun i begrenset omfang, og da gjerne i forbindelse med hvilke behandlingstilbud som ikke skal iverksettes grunnet pasientens høye alder. For å kunne tilby eldre pasienter med kreft det beste optimale utfallet, bør eldre over 75 år i mye større grad inkluderes i forskningsstudier. Kunnskap om økt overlevelse etter kreftbehandling sett i sammenheng med pasientens livskvalitet er også nødvendig.

*Cecilie Olsen*

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE  
I GERIATRI OG DEMENS

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

ISSN: 1891-1889

**ANSVARLIG REDAKTØR**

Torill Sæterstrand  
torill.saeterstrand@uin.no

**REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, PhD, førsteaman., Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen.

Solveig Hauge, PhD, førsteaman., Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo.

Liv Wergeland Sørbye, professor, Diakonhjemmet høgskole.

**ABONNEMENT:**

Send bestilling til:  
torill.saeterstrand@uin.no  
Pris: I Norge kr. 300, internasjonalt kr. 400. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 800.

**ANNONSER:**

Torill Sæterstrand  
torill.saeterstrand@uin.no

**HJEMMESIDE:**

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

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**

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

**DESKJOURNALIST**

Johan Alvik  
Tlf. 92 60 87 06  
johan.alvik@sykepleien.no

**LAYOUT**

Hilde Rebård Evensen  
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge  
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter  
sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen  
monica.hilsen@sykepleien.no

**TRYKK**

Color Print A/S

**FORSIDEFOTO:**

Colourbox

**NESTE UTGAVE:**

7. november 2013

**ANNONSERING**

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



**8 HJEMMESYKEPLEIE:**  
Ivaretagelse av kreftpasienter.



**16 HISTORIER:** Når kreft rammer eldre.

# Innhold

NR. 2-2013 • ÅRGANG 5



## «Mange studenter ser ikke poenget med å være i sykehjemspraksis.»

Tidligere studentleder Kine Bentzen, side 30

**3** LEDER: Cecilie Olsen

---

**6** Landsstyret, lokalgruppledere og kontaktpersoner

---

**6** Bli med på fagdag i Sarpsborg

---

**7** GJESTEREDAKTØR: Jorunn Drageset

---

**8** Eldre med kreft som bor hjemme

---

**16** Når kreft rammer i alderdommen

---

**19** Søk stipend

---

**20** Eldre med kreft på sykehjem

---

**29** Foreslå kandidat til Årets sykepleier

---

**30** Er virkelig sykehjemspraksis kjedelig?

---

**32** Lindrende enhet på Akerselva sykehjem

---

**36** Landskonferansen 2014

---

**20** OMSORG: Pasienter med kreft på sykehjem.



### Vitenskapelig tidsskrift

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

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

# Landsstyret NSF FGD 2012 – 2014



**Leder:**

Cecilie Olsen  
Sælenveien 59A, 5143 Fyllingsdalen  
Mobil: 99 22 85 54  
e-post: sovolse@online.no



**Redaktør, abonnement og nestleder:**

Torill Sæterstrand  
Villaveien 10, 8400 Sortland  
Mobil: 93 28 73 85  
e-post: torill.saeterstrand@uin.no



**Økonomiansvarlig:**

Hilde Fryberg Eilertsen  
Vikveien 21, 9022 Krokeldalen  
Telefon: 77 69 92 68  
Mobil: 90 10 43 23  
e-post: hildefryeil@hotmail.com



**Konferanseansvarlig:**

Ranveig Lie  
Mobil: 41 49 97 11  
e-post: ranveig6@online.no/  
ranveig.lie@ullensaker.kommune.no



**Styremedlem:**

Wivi-Ann Tingvoll  
Hagebakken 11, 8500 Narvik  
Mobil: 97 53 95 55  
e-post: vat@hin.no



**Nettredaktør og medlemsansvarlig:**

Gunhild Grythe  
2910 Aurdal  
Mobil: 92 08 56 91  
E-post: gunhil-g@online.no

## LOKALGRUPPELEDERE

**Lokalgruppen i Agder-fylkene:**

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

**Lokalgruppeleder i Hordaland:**

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

**Lokalgruppeleder i Oppland:**

Turid Bjørnstad Aas  
Mobil: 41 67 43 95, e-post: turid.aas@vestre-toten.kommune.no

**Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:**

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

**Lokalgruppeleder i Rogaland:**

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

**Lokalgruppeleder i Telemark:**

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

**Lokalgruppeleder i Troms:**

Hilde Fryberg Eilertsen  
(se landsstyret)

**Lokalgruppeleder i Vestfold:**

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

**Lokalgruppeleder i Buskerud:**

Ann-Kathrin Moen Johansen  
Telefon: 31 90 30 72 Mobil: 99 40 06 27  
Ann.Kathrin.Moen.Johansen@drmk.no

**Lokalgruppeleder i Trøndelag:**

Kari Merete Lian  
Mobil: 41 30 09 12  
e-post: kari\_merete4@hotmail.com

**Lokalgruppeleder Østfold:**

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

## KONTAKTPERSONER

**Kontaktperson i Møre og Romsdal:**

Linda Rønning  
Mobil: 99 69 08 29  
e-post: linda.ronning@molde.kommune.no

**Kontaktperson i Finnmark:**

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

**Kontaktperson i Hedmark:**

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

**Kontaktperson i Nordland:**

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

**Kontaktperson i Sogn og Fjordane:**

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

## Lokalgruppen Fgd Østfold inviterer til fagdag

Sarpsborg Rådhus 8. oktober 2013 kl 09 – 14  
Registrering, kaffe og te fra kl 08.30.

Rebecca Setsaas, tidligere eldreoverlege  
Sarpsborg kommune  
Celin Andersen, sykepleier Sarpsborg kommune.

- Legemidler og eldre, polyfarmasi
- Akutt funksjonssvikt

- Klinisk blikk i hjemmesykepleie
- Kommunikasjon mellom lege og sykepleier i uavklarte situasjoner

I tillegg til forelesning legger vi opp til dialog og erfaringsutveksling.

Vi serverer en enkel lunch.

**Påmeldingsfrist 1. oktober**

Påmelding til Håkon Johansen, tlf 908 50 670 eller hakon.johansen@askim.kommune.no  
Medlemmer av NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens deltar gratis. Fagdagen er åpen for alle interesserte. Deltakeravgift for ikke-medlemmer er kr 300.

Hjertelig velkommen!

■ GJESTEREDAKTØR:  
Jorunn Drageset



## Kreft hos eldre

**Kreft hos eldre** er fokuset for denne utgaven av Geriatrisk sykepleie. Kreft er en sykdom som først og fremst rammer eldre. Ifølge kreftregisteret diagnostiseres tre av fire krefttilfeller hos menn og kvinner over 60 år (1). Dette skyldes i stor grad at vi lever lengre enn tidligere og at en økende andel av befolkningen er eldre (1). Dette viser og tall både fra Norge og andre europeiske land (2). Samtidig som andelen eldre øker, har og andelen som har dødd av kreft økt i noen kreftformer (1). De vanligste kreftformer er prostatakreft, brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft (1). Selv om flere og flere får kreft, lever mange lengre med sin sykdom, får senvirkninger av kreftbehandlingen, og blir helt eller delvis uføre etter kreftsykdom. Når kronisk syke kreftpasienter lever stadig lenger, fører det til økende pågang etter helsehjelp både fra hjemmeboende eldre med kreft og kreftpasienter i sykehjem. Kronisk syke kreftpasienter kan også i tillegg ha andre komplekse lidelser som demens. Behandling av kreftrelaterte symptomer som smerte kan i slike tilfeller være ekstra utfordrende på grunn av pasientens sviktende evne til å gi uttrykk for sine plager (3). Kunnskap og kompetanse i kreftomsorg er dermed avgjørende for hvordan eldre med kreft ivaretas. God kreftbehandling, pleie og omsorg er løftet frem som en stor utfordring for helsevesenet i forslag til nasjonal strategi på kreftområdet. Videre er krav til kvalitet og organisering av det kliniske tilbudet omtalt i nasjonale retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (4).

**Til tross for** at flere overlever, er det likevel et betydelig antall hvert år som dør av kreft. I 2009 døde 10 544 personer av kreft. Av disse døde 46 % i sykehus, 40 % i pleie- og omsorgsinstitusjoner, 11 % hjemme og 2 % annet sted eller ikke oppgitt (5). Ifølge Samhandlingsreformen (6) skal pasienten bo lengst mulig hjemme, og hjemmedød er omtalt som klar intensjon. Et godt tilbud når det gjelder kreftomsorg kan bedre situasjonen for den enkelte.

**Sæterstrand og Dragesets** artikkel presenterer utfordringer og praktiske problemstillinger når det gjelder ivaretagelsen av eldre med kreft som bor hjemme, der hensikten var å få økt kunnskap om personer som er rammet av kreft og som bor hjemme. Data ble hentet inn ved bruk av kvalitative intervju med kreftsyepleiere og sykepleiere i hjemmesyepleien i to mindre kommuner. Noen av funnene som sykepleierne rapporterte som viktig for å ivareta eldre med kreft som bor hjemme, var å gi god kroppslig og psykososial omsorg og ivaretagelse og opplæring av pårørende.

**I tillegg til** at det er hjemmeboende eldre med kreftdiagnose, er det og flere eldre med kreft i sykehjem. Noen utvikler kreft

mens de bor på sykehjem og flere flytter dit for å få palliativbehandling i siste del av livet.

**Liv Wergeland Sørbye** sin artikkel handler om hvordan situasjonen er for kreftpasienter i sykehjem i dag og hvilke utfordringer sykehjemsansatte står overfor. Artikkelen tar utgangspunkt i både litteratursøk og data fra to ulike prosjekt i sykehjem. Sørbye fant at pasienter i sykehjem med kreftdiagnose ikke skiller seg vesentlig fra andre pasienter. Samtidig påpekes det at det er viktig å kjenne til pasientenes grunnlidelse for å forebygge komplikasjoner og unødvendige lidelser.

**Når det hvert år dør ca. 4200 pasienter med kreftdiagnose i norske sykehjem (5)** er kunnskap om symptomlindring og behandling hos pasienter med kreft er avgjørende for kunne yte god omsorg og pleie til denne gruppen.

**Artiklene belyser situasjonen** for både hjemmeboende eldre og eldre med kreft som bor på sykehjem. De understreker på ulike måter at det er nødvendig med høy kompetanse hos sykepleiere, slik at de kan legge til rette for at eldre med kreft får best mulig livskvalitet og blir aktivt til at nødvendig intervensjoner og behandling blir iverksatt.

### Referanser:

1. Kreftregisteret. Cancer in Norway 2010: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2012. 134 s. Tilgjengelig fra: [http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/CIN\\_2010\\_with\\_Special\\_Issue\\_clustering\\_of\\_cancer\\_web.pdf](http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/CIN_2010_with_Special_Issue_clustering_of_cancer_web.pdf)
2. Statistisk sentralbyrå [Internett]. Oslo: SSB; 11. april 2013 [hentet 2013-4-11]. Tilgjengelig fra: URL: [www.ssb.no/dode/](http://www.ssb.no/dode/).
3. Duncan, J.G., Forbes-Thompson S., Bott M.J. Unmet symptom management needs of nursing home residents with cancer. *Cancer Nurs*, 2008. 31(4): p. 265-73.
4. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007; revidert utgave 2012. 156 s. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf>
5. Statistisk sentralbyrå [Internett]. Dødsårsaker 2011. Oslo: SSB; 19. oktober 2012 [hentet 2013-06-24]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak/aar/2012-10-19>
6. Sosial- og helsedepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2009. St.meld. nr. 47 (2008-2009).

*Jorunn Drageset*

PHD, SYKEPLEIER OG GJESTEREDAKTØR

# Eldre med kreft som bor hjemme



## Innledning

Å være hjemme og leve med alvorlig kreft er utfordrende for pasientene og deres pårørende. Tall fra Norge og andre europeiske land viser at andelen eldre øker og andelen som dør av kreft øker (1). Flere krefttilfeller utløser større behov for behandling og pleie.

Kunnskap og kompetanse i kreftomsorg er avgjørende for hvordan eldre med kreft ivaretas. Ifølge Samhandlingsreformen (2) skal pasienten bo lengst mulig hjemme. Et godt tilbud om kreftsykepleie i kommunene kan bedre livssituasjonen og gi et helhetlig tilbud til den enkelte. Noe som igjen kan forhindre innleggelse som kan oppleves som slitsomme. Eldre som lider av kreft kan i tillegg ha komplekse lidelser som demens. Dette kan påvirke evnen til å mestre en situasjon der for eksempel smertepumpe og intravenøs ernæring egentlig skal være til hjelp i behandlingen. Forskning viser

at symptombehandling og omsorg påvirker livskvaliteten i positiv retning, og tidlig oppdagelse og intervensjon av fysiske og psykiske symptomer, spesielt fatigue, smerte, angst og depresjon fører til at pasientene får større kontroll over egen lidelse og behandling (3). I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen er krav til kvalitet og organisering av det kliniske tilbudet omtalt. Det palliative pasientforløpet kjennetegnes av komplekse sykdomsbilder, hyppige og raske endringer av symptomer, sviktende organfunksjoner, polyfarmasi, akutte tilstander og komplikasjoner, tap av fysisk funksjon og økende pleie- og hjelpebehov (4).

Rapporten «En naturlig avslutning på livet» fokuserer på mer helhetlige pasientforløp i samhandlingsreformen, palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet (5). Undersøkelsen omhandler pasienter

**Bakgrunn:** Utviklingen i Norge og andre europeiske land viser at andelen eldre øker og andelen som dør av kreft øker. Flere krefttilfeller utløser større behov for behandling og pleie. Kunnskap og kompetanse i kreftomsorg er avgjørende for hvordan eldre med kreft ivaretas. Artikkelens hensikt er å presentere utfordringer og praktiske problemstillinger når det gjelder ivaretagelsen av eldre med kreft som bor hjemme.

**Metode:** Grounded theory var brukt for å samle og analysere data fra feltarbeid og intervju med 11 sykepleiere og 3 kreftsykepleiere i hjemmesykepleien i to mindre kommuner.

**Resultat:** «Å skreddersy behandling og pleie til eldre med kreft» betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme. Dette innebar samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

**Konklusjon:** Det er av stor betydning å få til godt samarbeid med annet helsepersonell for å få til en samordning i tjenesten og å styrke arbeidet med å heve kompetansen blant ansatte. Videre forskning er nødvendig for å få kunnskap om hvordan eldre pasienter med kreft opplever sin situasjon og pårørendes erfaringer.

**Nøkkelord:** eldre, kreft, sykepleie, hjemmesykepleie

**Background:** The development in Norway and other european countries show that the amount of elderly with cancer is increasing, and the amount of elderly dying of cancer is increasing. More cancer cases release more needs for treatment and care. Knowledge and competence in the cancer care is crucial for how the elderly with cancer are treated. The aim of the article is to present challenges and practical problems when it comes to taking care of elderly with cancer living at home.

**Method:** Grounded theory was used to gather and analyze data from the fieldwork and interviews with 11 nurses and 3 cancer nurses in the home care service in two smaller municipalities.

**Result:** «To tailor treatment and care to elderly with cancer» indicates the process the nurses are standing in when they are taking care of elderly with cancer living at home. This involved cooperation in the service, clinical measures in practice, somatic and psycho-social care, arranging in the home, caring for and teaching of the next of kin.

**Conclusion:** It is of great meaning to manage a good cooperation with other health personell in order to achieve cooperation within the service, and to strengthen the work by increasing the competence among the employees. Further research is necessary to get knowledge on how older patients with cancer experience their situation, and the next of kin's experiences.

**Keywords:** elderly, cancer, nursing, home care nursing.

Av Torill Sæterstrand, førstelektor, Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland



Av Jorunn Drageset, Høgskolen i Bergen, Senter for omsorgsforskning Vest og Universitetet i Bergen





**FLERE LIDELSER:** Eldre som har kreft, kan i tillegg ha demens eller andre komplekse lidelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

med behov for lindrende behandling der resultatene fra seks ulike kommuner viser at hvor høy prosentandel som bor hjemme til de dør, avhenger av tilbudet i den enkelte kommune når det gjelder hospice, samarbeid med fastleger, kommunens styring av tiltakskjeden, og om kommunene har en spesialisert eller generalisert tilnærming til pasientgruppen. Resultatene fra undersøkelsene hvor utvalget var pasienter som i utgangspunktet ønsket å være hjemme, viser at 63 % døde hjemme, 22 % ble overflyttet til sykehjem og 15 % til et akutt sykehus. Pasientene bodde gjennomsnittlig seks dager på sykehus, tre dager på sykehjem, tre dager på hospice og 54 dager hjemme, av det totale gjennomsnittsløpet på 63 dager. Siden forløpene varierer og ikke er standardiserte er det ønskelig med samhandling rundt pasient og pårørende fra tjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen i rapporten er at antallet pasienter som dør i eget hjem i dag er relativt lavt. Økning i andelen hjemmedød er en klar intensjon i samhandlingsreformen (2).

Kreft i form av ondartet svulst topper statistikkene over årsak til dødsfall i perioden 2006–2010 ifølge SSB; tallet er 10647. Dødsfall etter dødsårsak og dødssted viser at 11,7 % med ondartet svulst døde hjemme. Bordonaro m. flere (6) har studert aktiv hjemmebasert kreftbehandling der de gjorde en undersøkelse av 30 hjemmeboende pasienter

## «Kompetanseøkningen blant ansatte må styrkes.»

som fikk hjemmesykepleie og behandling oralt med cytostatika. Funnene viser at pasientene var fornøyd med kvaliteten på tjenestene. De kunne være hjemme, få behandling der og tunge reiser til sykehus ble minimert, dette førte til mindre tap av arbeidsinntekter for pårørende og kostet samfunnet mindre. Det ble gjort 321 hjemmebesøk i løpet av et år innenfor aktivt hjemmesykepleieprogram, og alle

pasientene var fornøyd og fullførte behandlingen med oral kjemoterapi. Pasienter med toksitet av grad tre eller fire mottok enten en adekvat smertestilende dose eller hadde opphold fra behandling, men ingen stoppet behandlingen. Kun seks innleggelser til sykehusets kreftavdeling ble foretatt ut fra hensynet til øyeblikkelig hjelp, 98 % av tentative innleggelser ble unngått siden pasientene fikk behandling hjemme.

Resultatene er interessante fordi de viser at majoriteten av pasientene var over 70 år, hadde funksjonshemninger av ulik grad og var avhengige av omsorgsgivere. Rytter med flere (7) viser i sin forskning til at oppfølging av pasienter kort til etter utskrivelsen har vist seg å være effektivt. Hjelmar med flere (8) påpeker at oppfølgingen av eldre personer etter utskrivelse øker motivasjonen i forhold til at pasienten ønsker å bo hjemme på tross av sykdom. Krishnasamy med flere (9) viser til at pasienten har egne forventninger om at det skal skje en oppfølging etter behandling. Galway med flere (10) sammendrag av tidligere forskning f.o.m. 1981 t.o.m. 2008 der 30 studier med til sammen 1249 pasienter ble inkludert, konkluderer med at det ikke er nok evidens til å støtte innføring av individuelle psykososiale tiltak for å bedre livskvaliteten til kreftpasienter. Likevel konkluderer de forsiktig med at disse tiltakene antakelig er positive for kreftpasienters livskvalitet. Det finnes lite forskning om hvordan praksis fungerer og hvilke tiltak som gjøres i kommunehelsetjenesten til eldre som bor hjemme. Av den grunn er derfor behov for mer forskning på området.

Denne aktuelle artikkelen har til hensikt å presentere utfordringer og praktiske problemstillinger når det gjelder ivaretagelsen av eldre med kreft som bor hjemme.

### Metode

Problemstillingens fokus er praktisk handling mellom mennesker, derfor valgte jeg den kvalitative metoden Grounded theory som kjennetegnes av at forskeren avgjør hvilke symbolske meninger som ligger bak symbolsk atferd og språk (11). Fra dette utgangspunktet forsøker forskeren å konstruere det deltakerne ser på som sin sosiale virkelighet. Glaser og Strauss (12) kaller den analytiske prosessen for «the constant comparative method of analysis» som kjennetegnes av 4 stadier; 1) comparing incidents applicable to each category, 2) integrating categories and their properties, 3) delimiting the theory, and 4)

writing the theory. Metoden betyr at man utfører to analytiske prosedyrer; det første er å gjøre sammenlikninger, det andre er å stille spørsmål og disse to prosedyrene gir begrepene i grounded theory presisjon og spesifitet.

### Deltakere

Det var 20 sykepleiere som var potensielle deltakere til intervju, men tre var sykmeldt, en møtte ikke opp grunnet korttidsfravær og to meldte fra at de ikke ønsket å stille til intervju. Det ble gjort et utvalg på to grupper i hjemmesykepleien i hver kommune. I begge kommunene var hjemmesykepleien delt inn i 5 grupper. Hver gruppe hadde ca. 100 pasienter. Begge kommunene har et sentrum på ca. 4–5000 innbyggere, i tillegg til mindre bygger med lang avstand fra sentrum, opp til 6 mil tur retur. Det var ca. 20 årsverk i hver gruppe, derav 2–3 sykepleiere. Hver gruppe hadde et kontor der de møttes for rapportering og møtevirksomhet. I den ene kommunen der det var to kreftsykepleiere var alle gruppene stasjonert i en felles bygning der de hadde muligheter for å møtes og samarbeide mer om felles pasienter. I den andre kommunen var de fem gruppene lokalisert hver for seg i ulike bygninger, to på tettstedet og tre i bygdene, noe som hemmet samarbeidet. Feltarbeidet pågikk i to måneder i 2012 i den ene kommunen og to måneder i 2013 i den andre. Det var ca. 500 pasienter tilknyttet hjemmesykepleien i hver kommune mens innsamlingen av data foregikk. I kommunen der det var ansatt to kreftsykepleiere ble det ytt kreftsykepleie til 55 pasienter i løpet av et år, i den andre kommunen der det var ansatt en kreftsykepleier var antallet 50. 80 % av pasientene var eldre.

### Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier:

Sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien i to likeverdige kommuner.

### Intervju:

Inklusjonskriterier: sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie.

Eksklusjonskriterier: ansatte uten bachelor i sykepleie.

### Datainnsamling

Datainnsamlingen startet under feltarbeidet i hjemmesykepleien der jeg var til stede under rapporter og møter ca. 2 dager pr. uke med til sammen 290 timer feltarbeid. Feltarbeid innebærer å tilbringe



tid i gruppene, gjøre observasjoner og stille oppklarende spørsmål underveis for å få kunnskaper om aktiviteten i praksis. Feltobservasjoner og uformelle samtaler ble skrevet ned i en notisbok og overført til data. På bakgrunn av funn under feltarbeidet ble det gjort utdypende intervju med sykepleiere og kreftsykepleiere. Dette kalles selektiv sampling (13).

Tema fra feltarbeid og memos (tanker og ideer) dannet grunnlag for intervjuguiden. Det ble brukt åpne spørsmål hvor informantene ble utfordret til å beskrive erfaringer med pasientens smerter, behandling, ernæringsbehov og behovet for nære samtaler. De ble spurt om hvordan de konkret handlet i praksis. Intervjuer var lyttende og stilte reflekterende spørsmål for utdyping av sentrale tema. Samtalene varte fra 45 minutter til vel en time og ble gjennomført på kontoret til de ansatte. En ble intervjuet i eget hjem. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Transkribering av 14 intervju utgjorde 160 sider.

### Analyse

Analysen besto av åpen og selektivkoding, skriving av memos, teoretisk sortering og skriving av teori (13). Analyseprosessen startet allerede under feltarbeidet, fortsatte i samtalene med oppklarende spørsmål og oppsummeringer. Etter at alle intervjuene var gjort ble de analysert og sammenliknet. Å kode data og å sammenlikne kodene med data betyr at man identifiserer kategorier og underkategorier. Datamaterialet kategoriseres og sorteres. Selektiv koding og samplingen er den andre og mer selektive begrepsmessige fasen av kodeprosessen, ifølge Glaser (13) og Charmaz (14). Ved å ta en begrenset del av kodene som ble utviklet i første fase av analyseprosessen, og overføre dem på størsteparten av datamaterialet blir dette en prosess som er selektiv fordi forskeren allerede har gjennomgått materialet sitt for å utvikle kategorier eller begrep. Hensikten med selektiv koding er å bygge opp og utvikle en kategori ved å gå gjennom alle data og kode på nytt. Den teoretiske sorteringen og kodingen som er neste fase betyr at kodene sorteres i passende kategorier ut fra innholdet. Flere temaområder var ulike, men også overlappende. Temaene var samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

Kategoriene ble notert på et ark, det ble tegnet skisser og ble skrevet ideer og tanker i forhold til alle kategoriene. Prosessen innebærer at en løfter seg opp over datamaterialet ifølge Brinchmann (15),

forskeren fjerner seg fra teksten og erfaringene fra feltet. Ved å stille spørsmålene; hvem er aktører, hvilke strategier benyttes og hvilke konsekvenser får de i praksis, hva består dette av? Å sammenlikne alle kodene med hverandre på tvers av temaområdene, kalles for den kvalitative komparative metode, og er nærmere beskrevet av Glaser og Strauss (12).

Det handlet om å skreddersy omsorg til en enkelte pasient ut fra dennes behov for sykepleie i hjemmet. Å skreddersy omsorg er på en måte navet i hjulet som de andre kategoriene dreier seg rundt. Gjennomgangsfenomenet ivaretagelse var ledende for flere av temaområdene. Dette utgjør datamaterialets hovedkategori. Glaser og Strauss (12) kaller det for kjernevariabelen; eller «hertet i materialet.» Denne kan sammenfattes til en setning om den sosiale og strukturelle prosessen som foregår i praksis. Kjernevariabelen er å skreddersy omsorg til en enkelte pasient ut fra dennes behov for sykepleie i hjemmet. Funnene er organisert innenfor organisasjonsnivå og individnivå. Studiens hovedkategori og kjernevariabel er hovedpunktene i det teoretiske rammeverket om det som betegner sykepleiepraksis overfor eldre med kreft som bor hjemme.

### Etiske implikasjoner

Det er søkt REK /Regional etisk komité (saksnr.2011/2457) og NSD/ Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (prosjektnr. 28643) om tillatelse til å gjennomføre prosjektet. Datamaterialet anonymiseres i henhold til Helsinki-deklarasjonens reglement. Tillatelse til å gjennomføre studien ble innhentet fra kommunenes omsorgsledere. Alle sykepleiere som deltok i studien var informert om prosjektet på forhånd og de fikk utdelt og skrev under på en samtykkeerklæring. Det ble gitt tillatelse av REK til å lese hjemmesykepleiens pasientjournaler og vedtak.

### Funn

#### Informantene

Informantene var sykepleiere med erfaring fra kreftomsorg i hjemmesykepleien. Tre var utdannede kreftsykepleiere, mens 11 var utdannede sykepleiere med lang erfaring, totalt 14 informanter. De ble rekruttert av ledere i hjemmesykepleien. Sykepleierne var i alderen 35-65 år og hadde minimum tre års erfaring fra hjemmesykepleien. Kreftsykepleierne hadde arbeidet med pasienter i palliativ fase over 20 år.

Nøkkelkategorien er «Å skreddersy behandling

og pleie til eldre med kreft» beskriver prosessen som foregår i hjemmesykepleien når pasienter i eget hjem ivaretas. Prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme innebærer samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

#### *Samordning i tjenesten*

Kreftsykepleierne arbeidet selvstendig, de gjorde sine egne vurderinger, de dro alltid to sammen til det første møtet der kartleggingen foregikk. De snakket med pasienten om fremtiden og hva som kunne skje i de ulike fasene av lidelsen, hva de måtte forberede seg på og hvilke valg pasienten sto overfor. Dette var nyttig for å trygge pasienten og de pårørende. Siden tjenesten var liten og sårbar og de utførte klinisk sykepleie til mange svært syke pasienter, jobbet de tett opp mot spesialisthelsetjenesten når det gjaldt samhandling, behandling og planlegging. Denne samordningen tok de med seg inn i sykepleiemøtene som var satt opp en gang pr. uke med de ansatte sykepleierne i hjemmesykepleien og orienterte de om behandlingen videre av pasienten, hva som var planlagt av behandling og hva sykepleierne kunne forvente å møte i den praktiske hverdagen hjemme hos pasienten. I den andre kommunen ble disse koordineringsmøtene foretatt ved behov. Kunnskapen og kompetansen som kreftsykepleierne hadde opparbeidet seg kom

de andre sykepleierne til gode. Når nye kompliserte prosedyrer skulle ivaretas av alle hadde de undervisning om dette og veiledet sykepleierne slik at de skulle føle seg trygge når de skulle håndtere dette hjemme hos pasienten. Siden de ytet sykepleie til kompliserte case som krevde tid, samarbeidet kreftsykepleierne tett med hjemmesykepleien og deltok på sykepleiemøtene for å utveksle erfaringer, gi informasjon om endringer i behandlingen og for å veilede sykepleierne.

#### *Kliniske tiltak i praksis*

Hjemmesykepleien samarbeidet med hver enkelt pasients fastlege når de observerte at dette var nødvendig, selv om de syntes det var tungvint å henvende seg til så mange ulike leger når tiden var knapp. De hadde ikke direkte «acsess» til legekantoret, men måtte avtale time som en vanlig pasient. Det hadde imidlertid kreftsykepleierne. De samarbeidet tett med kommunelegene og legene ved de private legekantorene i kommunen, i tillegg til at de når som helst kunne henvende seg til sykehusene hvor pasientene hadde vært behandlet før utskrivelsen og få gode råd om hva de kunne foreta seg av behandling. Behandlingen som lå til grunn for tiltakene ble avtalt over telefon for å skåne pasienten for lange reiser til sykehuset. I noen tilfelle var det likevel nødvendig med sykehusinnleggelse over en kortere eller lengre periode. Opp og nedjustering av cytostatika, næringsbehandling, samt smertebehandling var tiltak som ble iverksatt i praksis hos den enkelte



**HJELPEMIDLER:** Trygghetsalarm og andre hjelpemidler bidrar til at eldre kreftsyke kan bo hjemme. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



pasient. Veneport måtte observeres grundig, og som en følge av nyere behandlingsmetoder ble det nødvendig med opplæring av ansatte. Dette ble gitt ad-hoc av kreftsykepleierne ut fra behov som oppsto rundt den enkelte pasient. Hensikten med opplæringen var å øke kunnskapen og tryggheten hos sykepleierne slik at de kunne opptre med trygghet i forhold til mestring av ulike prosedyrer hjemme hos pasienten.

#### *Kroppslig og psykososial omsorg*

Omsorgen for pasientene ble ivare tatt både av pårørende og av ansatte i hjemmesykepleien i tillegg til kreftsykepleierne. Kreftsykepleierne hadde gjennom sin kartlegging i starten funnet frem til hva som kunne lindre pasientens plager, både fysisk og psykososialt. Å være til stede og lytte til pasienten, være nær og ta innover seg hva pasienten og hans pårørende opplevde var i fokus. Den første samtalen var viktig for resten av forløpet fordi de oppga telefonnummer pasient og pårørende kunne ringe til når tid som helst. I rolige faser av lidelsen hadde de alltid en samtale pr. uke der de ringte opp pasienten og forhørte seg om hvordan tilstanden og behovene var. I mer akutte faser dro de på hjemmebesøk opptil flere ganger pr. dag. De var opptatt av den gode dagen, det å ta seg tid, å kunne forstå og yte hjelp basert på pasientens forventninger. Når pasientene var deprimerede og hadde behov for samtale av psykisk art, tok de seg tid til dette. De var opptatt av at pasientene skulle få hjelp til å bli det de kalte «ferdigbekymret». Med det mente de at å være til stede og lytte til pasientens engstelse kunne medføre at de fikk lettet på trykket og slippe ut noe av engstelsen for hvordan det skulle gå. I hovedsak var det kreftsykepleierne som ivare tok pasientenes behov, de observerte endringer i pasientens tilstand og gjorde hva de kunne for å lindre plager som slapphet og kvalme, åndenød og engstelse. Ensomhet hos pasienter som bodde alene var i fokus, og det var en balansegang mellom å la pasienten bo alene eller tilby ham en plass på sykehjem der han kunne få døgnkontinuerlig omsorg og pleie. De forsøkte å balansere mellom å tilby hjelp så langt det lot seg gjøre slik at pasienten kunne få palliasjon hjemme så lenge han levde, og å leve de siste 2–3 dager i sykehjem. Skulle pasienten få sykepleie i hjemmet de siste dagene måtte pårørende være til stede.

#### *Tilrettelegging i hjemmet*

For at pasienten skulle klare seg best mulig i eget hjem ble det samarbeidet med vaktmestertjenesten og hjel-

pemiddelsentralen for å få installert hjelpemidler basert på behov. Avhengig av lidelsens art og komplikasjoner hadde pasientene behov for å få tilført ulike hjelpemidler til eget hjem, som for eksempel sykeseng, hvilestol, rullestol, gåstol, intravenøsstativ, dråpetellere, stativ for urinposer, oksygenapparat og trykkgghetsalarm. Sykepleierne trakk frem hvor avhengige de var av samarbeidet med vaktmestertjenesten som i enkelte tilfelle hadde laget spesialoppheng til intravenøs på pasientens toalett der han kunne henge opp intravenøst utstyr mens han selv benyttet toalettet. Ulike hjelpemidler tilpasset individuelle behov og pasientens ulike faser var viktig for at pasient og pårørende kunne oppleve mestring.

#### **Ivaretagelse og opplæring av pårørende**

Pårørende ble tatt med i den første samtalen slik at de var orientert om pasientens situasjon og framtidssikter. Spesielt fokus var det på hvilke forventninger de hadde sammen for tiden framover. Kreftsykepleierne tok seg god tid spesielt til denne første samtalen fordi denne avklarte mye. Hensynet til de pårørende som pasientens nærmeste nettverk var i fokus. På grunn av at hjemmesykepleien i de to kommunene var dårlig bemannet måtte de lære opp pårørende i forhold til å passe på dråpetellere, spesielt når pasienten fikk intravenøs ernæring. De ansatte kreftsykepleierne og hjemmesykepleien klarte å veve et sikkerhetsnett som skulle kvalitets sikre denne løsningen. De informerte pårørende om muligheten for å få fri inntil 60 dager pr. år via NAV for ivaretagelse av et sykt familiemedlem, noe flere var blitt oppmerksomme på etter hvert og benyttet seg av. Pårørende som strevde med sin sorg over hvor det bar med deres kjære i lidelsen fikk trøst i det daglige av sykepleierne som var svært vare overfor deres behov.

#### **Diskusjon**

«Å skreddersy behandling og pleie til eldre med kreft» betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme. Dette innebar samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

#### **Samordning i tjenesten**

Andre studier viser at samordning i praksis fører til bedre pasientforløp, ifølge Hjelmar (8) og Rubak (16). Samhandlingsreformen (2) legger klare føringer på samarbeid på tvers av sektorer med den hen-

sikt at pasienten skal ivaretas i ulike nivå og på best mulig måte, og spesielt viktig er dette for pasientene som lider av kroniske lidelser som kreft. Sykepleierne ivareta pasienter beskrives nærmere av Oresland med flere (17). De fokuserer på hvilke metaforer som kan beskrive de normer og verdier som anvendes av sykepleiere innen virksomheten hjemmesykepleie. Metaforen «en endeløs reise» blir brukt for å beskrive virksomheten. Det beskrives slik: pasientene reiser mot en usikker destinasjon, mens sykepleierne står for planlegging, kommunikasjon og kontroll av denne reisen. Utsagn fra sykepleiere som lå til grunn for analysen av Oreslands metaforer var for eksempel; «pasienten har mange lidelser i sin bagasje», «det går nedover med henne nå» og «nå går hun utfor bakke». Sykepleierne tok hensyn til pasientenes uttrykk og endringer helsestilstanden når de planla eller endret «reisen til ukjent destinasjon.» De brukte sin kompetanse når de vurderte hva pasientene trengte der og da og underveis i sin lidelse. Sykepleierne i denne studien viste stor grad av samarbeidsevne, de var motiverte for å kunne bruke sin fagkompetanse, spesielt kreftsykepleierne hadde lang erfaring (opptil 20 år) med ivaretaelse av kreftomsorg utenfor sykehus – deres kompetanse bidro til at hjemmesykepleien mestret å følge opp pasientene.

*Kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg*  
 Sykepleierne var opptatt av at pasientene skulle slippe følelsesmessig ensomhet. De sørget for å foreta hjemmebesøk oftere til de som bodde alene hjemme, og opprettet telefonkontakt med dem slik at de alltid skulle nå noen. I en studie av Drageset med flere (18) framkommer det at følelsesmessig ensomhet samsvarer med høyere dødelighet blant pasienter med eller uten kreft innlagt i sykehjem. Studien er en femårig oppfølgingsstudie der hypotesen om at sosiodemografiske faktorer som lidelse assosieres med dødelighet. Ved å måle følelsesmessig og sosial ensomhet kan det gi pekepinn på om dette medvirker til høyere dødelighet blant pasienter med kreft innlagt i sykehjem. Studien ble gjennomført på 30 sykehjem og relevansen for sykepleie i praksis er å ivareta ensomme pasienters emosjonelle behov. Alan (19) er opptatt av å stimulere helsepersonell i å få mer kunnskap om de vanskeligheter og utfordringer som eldre med kreft synes å slite med. Han påpeker at den psykologiske påvirkningen og utviklingen som kreft har på eldre, er at de tilpasser seg situasjonen lettere enn

hos yngre; det skjer en tilpasningsprosess. Men for øvrig er eldre menneskers behov ikke tilstrekkelig belyst, og det påpekes at kunnskapsbaserte data kan gi klinikere og forskere en bedre forståelse for de mestringsmekanismene eldre mennesker har. I tillegg er intervensjon viktig. Disse intervensjonene og mestringsmekanismene kan spille en rolle i å beskytte pasientene fra emosjonelt stress. Walker et.al (20) påpeker at årsakene til at eldre tilpasser seg bedre og opplever mindre stress med at de har bedre økonomi og at behandling ikke påvirker deres daglige virke på samme måte som hos yngre. Sykepleieperspektivet i omsorgen for eldre med kreft er belyst av Calussi et.al (21) som fokuserer på at kreftsykepleiere er en viktig del av et team som kan ivareta pasientenes helhetlige behov, noe som også kom frem i mine funn. For øvrig kunne kreftsykepleierne med sin tilstedeværelse veilede og trygge de øvrige ansatte i omsorgen for pasientene. Pasetto et.al (22) er opptatt av at pasientene skal få adekvat behandling og oppleve livskvalitet, men påpeker at eldre over 70 år kan ha vansker med å tåle en korrekt behandling. Kreftsykepleierne i min studie var oppmerksomme på dette og observerte symptomer nøye, samarbeidet med legene og justerte dosene ut fra situasjonen i praksis. De tok ansvar for veiledning av sykepleierne i hjemmesykepleien som fulgte opp den behandlingen de iverksatte, og de veiledet andre ansatte i tillegg. Ved å ha øyne for behovet for veiledning og å ta seg tid til det innimellom utviklet de sin personlige erfaringskunnskap. Ifølge Kirkevold (23) vil utvikling av personlig kompetanse både omhandle praktisk, teoretisk og etisk kunnskap samt intuisjon, refleksjon og erfaringer. Tiden til veiledning gikk ikke på bekostning av tiden som sykepleierne brukte på å ivareta pasientenes behov for samtale. Kreftsykepleierne var opptatt av å unngå det Delmar (24) påpeker; at mange pasienter vil tilpasse seg pleierens tidsskjema og hvis de opplever at sykepleier er travel, vil de unngå å forstyrre ved å ta kontakt, og heller undertrykke sitt behov for samtale. Engstelse for hvordan sykdomsforløpet vil utvikle seg og usikkerhet rundt hvordan fremtiden ville bli, var et felleseie for både pasient, pårørende og sykepleierne. Ifølge Benner og Wrubel (25) skal en være bevisst på at mestring er ingen kur mot stress, men en måte å håndtere det på. Ved å hjelpe pasienten og de pårørende til å oppleve å mestre hverdagsutfordringene bedre, kunne det begrense den opplevelsen av usikkerhet og angst som de bærer på.



## Studiens begrensning

Studien har klare begrensninger i den grad at feltarbeidet i hver kommune strekker seg over en to måneders periode, totalt fire måneder. Dersom jeg hadde oppholdt meg i feltet i en annen periode kunne antallet pasienter med kreft vært mindre eller større? Kreftomsorgen til den enkelte varer for øvrig i kort tid. Det var tilfeldig at utvalget var såpass stort spesielt i den ene kommunen der fem pasienter fikk intravenøs behandling i hjemmet, i den andre kommunen var det kun en pasient som fikk denne behandlingen. Det er ikke mulig å generalisere ut fra denne studien som kun omhandler 14 informanter i to mindre kommuner.

## Konklusjon og kliniske konsekvenser

«Å skreddersy behandling og pleie til eldre med kreft» betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme. En slik ivaretagelse av eldre pasienter som bor hjemme krever at der er tilstrekkelig med sykepleiere i hjemmesykepleien for å

få til en døgnkontinuerlig god omsorg. Samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende var hovedfunnene i denne studien. Det er av stor betydning å få til god samarbeid med annet helsepersonell for å få til en samordning i tjenesten og å heve kompetansen i praksis. Videre forskning er nødvendig for å få kunnskap om hvordan eldre pasienter med kreft opplever sin situasjon. For øvrig er det nødvendig å få mer kunnskap om pårørendes erfaringer.

## Prosjektstøtte

Prosjektstøtte på 3 millioner er gitt av Det Regionale Forskningsfond Nord Norge RFFNORD til hovedprosjektet «Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg. «Prosjektnr. 208979. Prosjektet finansierer to doktorgradsstipendiater tilknyttet Senter for Praktisk Kunnskap ved Universitetet i Nordland. ■

## Referanseliste:

1. Statistisk sentralbyrå. Eldre i Norge 1999. Tilgjengelig fra: [http://www.ssb.no/emner/00/02/sa\\_seniorer/sa32/sa32.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa32/sa32.pdf)
2. Storingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
3. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home based palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(5): 524-533.
4. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 2007; revidert utgave. 2012. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf>
5. Agenda Kaupang. En naturlig avslutning på livet. Mer helhetlig pasientforløp i samhandlingsreformen, palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet. Rapport nr. 7543. 31 oktober 2012. På oppdrag fra KS.
6. Bordonaro S, Raiti F, Di Mari A, Lopiano C, Romano F, Pumo V, et al. Active home-based cancer treatment. *J Multidiscip Healthc.* 2012;5:137-43.
7. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholdt F, Hammer AV, Andreassen AH, Nissen A, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2010;28: 146-53.
8. Hjelmar U, Hendriksen C, Hansen K. Motivation to take part in integrated care – an assessment of follow-up home visits to elderly persons. *Int J Integr Care.* 2011 Jul-Sep; 11: e122. Published online 31 August 2011. PMID: PMC3564424.
9. Krishnasamy M, Ugalde A, Carey M, Duffy M, Dryden T. Patient expectations and preferences for follow-up after treatment for lung cancer: a pilot study. *European Journal of Oncology Nursing.* 2011 Jul 15;(3):221-5. [Epub 2010 Feb 16]
10. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012, Nov 14;11: CD007064. doi: 10.1002/14651858.CD007064.pub2.
11. Altvesson M, Sköldberg K. Tolkning og refleksjon. Lund: Studentlitteratur, 1994.
12. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine, 1967.
13. Glaser BG. Theoretical sensitivity. *Advances in the Methodology of Grounded Theory.* California: The Sociology Press, 1978.
14. Charmaz K. The grounded theory method: An explication and interpretation. In *Contemporary Field Research: A Collection of Readings* (Emerson RM, ed.), Waveland Press; Prospect Heights; IL, 1983, pp.109-126.
15. Brinchmann B. Hun nysgjerrige med den grønne boka. Feltforsker og grounded theorist i nyfødtmedisinsk avdeling. *Vård i Norden.* 1998; 18:20-25.
16. Rubak JM. «Shared care» et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorgrensene. Det moderne sundhedsvæsen samarbejder. [Shared care—integrated co-operation across the sector boundaries about patients course. Modern health care system co-operates]. *Ugeskrift for Læger.* 2002;164(45):5256-61.
17. Oresland S, Maatta S, Norberg A, Lutzen K. Home –based Nursing: An endless journey. *Journal Nursing Ethics.* 2011; 18: 408.
18. Drageset J, Eide GE, Kirkeveld M, Ranhoff AH. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *J Clin Nurs.* 2013 Jan; 22(1-2):106-14. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x. Epub 2012 Aug 9.
19. Alon S. Psychosocial challenges of elderly patients coping with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2011 Oct;33 Suppl 2: S112-4.
20. Walker LG, Köhler CR, Heys SD, Eremin O. Psychosocial aspects of cancer in the elderly. *European Journal of Surgical Oncology.* 1998; 24(5): 375-378.
21. Colussi AM, Mazzer L, Candotto D. The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology.* 2001; 39(3): 235-245.
22. Pasetto LM, Falci C, Compastella A, Sinigaglia G, Rossi E, Monfardini S. Quality of life in elderly cancer patients. *European Journal of Cancer.* 2007; 43(10): 1508-1513.
23. Kirkeveld M. *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
24. Delmar C. No recipe for care as a moral practice. *International Journal for Human Caring.* 2008, 12(4): 38-43.
25. Benner P, Wrubel J. *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom.* København: Munksgaard, 2001.

# Når kreft rammer i alderdommen

Mange får kreft når de har passert 80 år. Her er historiene om fire av dem.

Tekst **Eirin Strøm**, kreftsykepleier i Sortland Kommune

**O**ppeles det annerledes å få kreftdiagnose når man har passert 80 år, enn tidligere i livet? Kanskje et dumt spørsmål - som svares best med Olav H. Hauges dikt:

*Du spør meg kanskje  
om det er godt  
eller vondt  
å være menneske?  
Veit du kva  
eg svarer da?  
Eg svarer JA!*

Det er både godt og vondt å være menneske, og vi er heldigvis enestående individer fra vi blir født til vi dør.

## Bernhard kjempet til det siste

Bernhard var i sitt åttisjuende år og ifølge ham sjøl i sin beste alder. Han hadde hatt sine runder med hjertet, nå var et nyre begynt å trøble. Men formen var god, livet var godt å leve. Han var en mann som likte å være i aktivitet, likte å bevege seg. Hadde stor tro på et langt liv, han hadde enda mye ugjort.

På en vanlig kontroll oppdages det kreft i nyret, med massiv spredning til lever. Sykehuslegen ingen i familien har møtt før, konkluderer uten videre nøling at det er ingen behandling å tilby. Han legger til at Bernhard har levd et godt og langt liv, han har mye å være takknemlig for og at i hans alder må han forvente at livet snart skal avsluttes.

Bernhard er knust. Han har store problemer med å godta at det ikke kan gjøres noe. Og det som oppleves mest krenkende, er at en lege som ikke kjenner Bernhard, presenterer ei forventning om at en mann i hans alder bør akseptere døden med en gang den banker på døra.

Familien ber om en second opinion ved et annet sykehus, men Bernhard rekker ikke å motta ei ny vurdering. Han dør før tre uker er gått, fremdeles oppsatt på å kjempe samtidig som han innser at kreftene tar slutt. Den siste morgenen han lever, får han ligge på brisken foran fyringsovnen på kjøkkenet og nyte den gode varmen, mens kona koker morrakaffe. Et langt og godt liv er over.





**GODE DAGER:**

Eldre som får kreftdiagnose takler budskapet og sykdommen på vidt forskjellige måter. Noen gleder seg like mye over livet som før, selv om de vet at det nærmer seg slutten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

**«Vi er heldigvis enestående individer fra vi blir født til vi dør.»**

### Ellen fikk oppfylt ønsker

Ellen plages av svimmelhetsanfall som kommer som lyn fra klar himmel. Ellers er formen ganske god. Hun er aktiv som besøksvenn sjøl om hun snart fyller åtti år.

En dag faller hun om og er borte et øyeblikk. Hun innlegges, sjekkes og får svaret med en gang. En hjerne-tumor plassert i et inoperabelt område. Usikker effekt av mulig behandling. Ellen er klar på at hun vil avvente behandling. Er egentlig klar på at hun ikke ønsker behandling overhodet. Hun vil leve godt, uten behandlingsreising og bivirkninger, de dagene hun har igjen.

«Jeg har bestemt meg for ikke å sitte og deppe. Jeg vil gå på konserter. Være sammen med barn og barnebarn. Jeg har så mye å være takknemlig for,» sier hun med et mildt smil.

Et halvt år går og Ellen får oppfylt mange av sine ønsker. Så begynner det gradvis å krongle seg til. Ord blir borte og ei stor tretthet setter inn. Ellen tar imot også dette med ei stor ro. Hun lindres og dør stille ei lys vårnatt.

## «Jeg ligger her som en prins.»

I begravelsen får vi igjen høre om hennes store kjærlighet som brått døde fra henne for over tjue år siden. Og vi får høre om ei sterk gudstro, sterkere enn vi var klar over. Et bilde av to som treffes igjen ei vårlig natt tar vi med oss ut fra kirka.

### Ragna klarte seg selv

«Over nitti år og så starter de cellegiftbehandling!» Indignasjonen var stor hos enkelte da vår venninne Ragna fikk påvist underlivskreft med spredning til lungene. Ragna var oppegående, bodde i egen leilighet. Så intensjonen til behandlerne var god. Tanken var lindring, bremse utviklinga i lungene for å gi Ragna ekstra dager, med mindre plager.

Sjøl var Ragna skeptisk. Det ble så mye styr. Tur til sykehuset hver tredje uke. En sønn som måtte følge. Sticking og venting. Tabletter med vanskelige navn som skulle tas ved behov. Hun hadde hørt så mange historier om giften og plagene det kunne gi.

Plager meldte seg etter første kur. Og kanskje var tanken på neste tur, og kur, det tyngste. Da tredje kur sto for døra var formen laber. På direkte spørsmål om hun ville avslutte kuren, kom det undrende: «Kan jeg bestemme det?» Vi ringte sønnen, deretter sykehuset og det var opp og avgjort. Et lunt smil og en avslappa kropp vinka meg av gårde da jeg gikk.

Spredningen i lungene var ikke plagsom for Ragna. Men etter ei tid ble blødninger fra underlivet vanskelig

å håndtere. Hun ville så gjerne klare seg sjøl. Nå gikk det over styr.

«Over nitti år og så starte strålebehandling...» Ragna brukte litt tid. Reise førti mil, plage sønn, være borte fra heimen i over tre uker. Men det kunne bety lengre tid som sjølhjelpen hvis blødningene kunne stoppes. Hun bestemte seg for å ta imot tilbudet.

Oppholdet ved universitetssykehuset var en opp-tur. Hun fortalte livlig om trivelig personale, om å bli behandlet som ei dronning og om blødninger som forsvant. Og det beste med alt, fem nye måneder som sjølhjelpen i eget hus.

Fra første møte var Ragna klar på at hennes liv snart var over, et faktum hun forholdt seg til uten de store følelser. Hun hadde et langt liv vært frisk og sjølstendig. Nå hadde alvorlig sykdom tatt plass. De siste fjorten dagene tilbrakte hun på sykehjemmet, etter eget ønske.

### Oddvar fikk dø hjemme

Oddvar hadde levd med sykdom store deler av sitt voksne liv. Regien hadde han allikevel beholdt. Glad i liv og folk. Etter fylte åtti fikk han diagnosen lymfekreft. Og ei endeløs vandring inn og ut av behandling, inn og ut av sykehus startet. Og varte. Det blei en karusell. Stadig nye infeksjoner, nye innleggelses, nye stikk.

Det var en matt mann vi møtte hjemme innimellom de stadig lengre sykehusopphold. En mann som ikke lengre hadde krefter til å ha eller ta kontroll over eget liv. Og ved neste innleggelse hadde han fått nok. Han ba om å få fjernet slange og medikament fra underarmen. Han ville hjem for å dø. Han hadde igjen tatt regien.

Ei kone og to svigerinner tok ham imot i det lille huset i den store fjorden. Med omsorg ble han stelt og pusla om. «Jeg ligger her som en prins,» var det som møtte meg på mitt første besøk. Dagen etter var tonen en annen. Han hadde igjen tatt regi, denne gang i en forvirringstilstand der tidligere levd liv som arbeidsleder igjen var en realitet. Han ville ha alle i arbeid, og blei sjøl sliten av jobben. God lindring mot uro og smerte ga ro. Til hele huset.

Den siste ettermiddagen han levde, ville han sitte på sengekanten. Han var sliten og slapp. Satt i midten, og holdt armene rundt skuldrene til kona og svigerinnen. «Når dette er over, så trur jeg vi må ta oss en fest.» Han hadde enda glimtet i øyet.

Neste formiddag i en solrik juni, døde prinsen og arbeidsformannen.

Det er både vondt og godt å være menneske. Også når en er over åtti. Det er god lindring i fremdeles å være den som bestemmer over eget liv. Og det er kanskje aldri for sent å feire livet, og døden? ■

# Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend.

Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingenten for 2013 kan søke.

NSF FGD deler hvert år ut fire utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

To stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og to på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre (<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>) og sende dette til faggruppas leder på epost ([sovolse@online.no](mailto:sovolse@online.no)) som viderefører søknaden til stipendutvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

1. Utdanningens relevans i forhold til fagområdet geriatri og demens.
2. Hvor langt søkeren er kommet i utdanningsløpet.
3. Ansiennitet i faggruppen.
4. Søkere som har søkt tidligere, men ikke fått tildelt stipend, blir prioritert dersom øvrige kriterier står likt.
5. Søkere som har fått tildelt stipend tidligere vil ikke bli prioritert.



Foto: Colourbox

# Eldre med kreft på sykehjem



Av Liv Wergeland Sørbye, professor, Diakonhjemmet høgskole, institutt for sykepleie og helse

## Innledning

Kreft er en diagnose som for mange er forbundet med lidelse og en altfor tidlig død. Sannsynligheten for å utvikle kreft før fylte 75 år er 35 % hos menn og 28 % hos kvinner (1). Kreft er en sykdom som først og fremst rammer eldre. Likevel omhandler mye av det som er skrevet om kreft mennesker som er midt i livet eller yngre. Dette gjelder både skjønnlitteratur, fagbøker og forskningsartikler.

Samhandlingsreformen forventer at kommunehelsetjenesten skal i vareta kronisk syke og døende pasienter sine behov (2). En eldre person med kreft vil ha behov for pleie og omsorg over lengre tid, i gjennomsnitt 2,4 år (3). I forslag til nasjonal strategi på kreftområdet blir det presisert at det å kunne tilby den eldre pasi-

entgruppen god kreftbehandling, pleie og omsorg er en stor utfordring for helsevesenet (4). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 40 % av alle pasienter med en kreftdiagnose dør i sykehjem (5). Dette innebærer at mange eldre med kreft bor i sykehjem over lengre tid. En tverrsnittstudie av dødsfall ved 13 ulike sykehjem i Norge viste at 14 % hadde kreft som innleggelsesdiagnose (6). Når en eldre person har en kreftdiagnose og i tillegg får behov for heldøgnsomsorg er det nærliggende å tenke «Ja, noe skal en jo dø av». Mange artikler om kreft i sykehjem har derfor palliativ omsorg som tema (7). Det er behov for studier som beskriver ulike sider av det å leve med kreft på sykehjem og hvilke utfordringer dette innebærer. Denne artikkelen vil belyse hva som karakteriserer kreftpasienter i sykehjem i dag og hvilken

**Bakgrunn:** En eldre person med kreft har ofte behov for pleie og omsorg over lengre tid. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 40 % av alle kreftpasientene dør i sykehjem. Denne artikkelen beskriver kreftpasienter i sykehjem og hvilke kompetanse sykepleiere i eldreomsorg bør inneha for å møte deres behov.

**Metode:** Det ble foretatt et litteratursøk av publikasjoner fra de siste 5 år i databasene Ovid Nursing, SweMed og PubMed. Funnene herfra ble sammenholdt med en tverrsnittstudie ved to sykehjem, det ene i 2009 og det andre i 2013. Vi benyttet det internasjonale vurderingsverktøyet Resident Assessment Instrument for langtidspleie.

**Resultat:** Totalt deltok 128 eldre, 12 (10 %) hadde en kreftdiagnose og var 1,2 år yngre enn ikke-kreftpasientene (85,6 år vs. 86,8 år). Liggetiden fra innkomst til vurderingstidspunktet var et halvt år kortere for kreftpasientene. Få pasienter ble utredet eller fikk aktiv behandling for kreftlidelsen. Som andre eldre hadde kreftpasientene lav kroppsmasseindeks og var utsatt for trykksår.

**Konklusjon:** Kreftpasienter i sykehjem skiller seg ikke vesentlig fra andre sykehjemsbeboere. Diagnostiske tiltak er sparsomme og utfordrer etiske valg. Disse konklusjonene kan ikke trekkes på grunnlag av vårt begrensede empiriske materiale, men har støtte i andre undersøkelser. Sykepleierne må kjenne til pasientens grunnlidelse for å hindre unødvendige komplikasjoner.

**Nøkkelord:** Kreft, sykehjem, eldre, etikk

**Background:** An older person with cancer will need treatment and nursing care for a long time. Figures from Statistics Norway show that of all cancer patients, 40 % die in nursing homes. This article describes cancer patients in nursing homes and the expertise in geriatric care that nurses should possess to meet their needs.

**Method:** It was conducted a literature search of publications from the last five years in the databases Ovid Nursing, Swemed and PubMed. The findings here were compared with a cross-sectional study at two nursing homes, one in 2009 and the second in 2013. We used the international assessment tool Resident Assessment Instrument for long-term care.

**Results:** Of a total of 128 elderly, 12 (10%) had a cancer diagnosis and was 1.2 years younger than non-cancer patients (85.6 years vs. 86.8 years). The time from admission to the time of assessment was half a year shorter for cancer patients. Few patients went to control or received active treatment for their cancer disorder. Like other elderly, cancer patients had low body mass index and were exposed to pressure ulcers.

**Conclusion:** Cancer patients in nursing homes do not differ significantly from other nursing home residents. Diagnostic measures are sparse and challenging ethical choices. These conclusions cannot be drawn only on the basis of our limited empirical material, but with the support from other studies. Nurses must recognize the patient's primary disease to prevent unnecessary complications.

**Keywords:** Cancer, nursing homes, elderly, ethics



kompetanse sykepleiere i eldreomsorg bør inneha for å møte deres behov

### Forskningsspørsmål

Hva skiller eldre kreftpasienter fra andre beboere? Hvilke sykepleiefaglige utfordringer bør prioriteres?

### Metode

Artikkelen tar utgangspunkt i a) litteratursøk og b) studie i to sykehjem.

*Litteratursøk:* Det ble foretatt en systematisk litteraturgjennomgang av forskningsartikler publisert siste 5 år i databasene Ovid Nursing, SweMed og PubMed. Ovid Nursing er en database innen sykepleiefag som inneholder fagfelleverderte artikler. SweMed inneholder fag og forskningsartikler fra de nordiske landene. Søkeord var: Search for: (cancer and nursing home). mp. [mp=title, original title, abstract, rare disease supplementary concept, protocol supplementary concept, name of substance word, subject heading word, mesh heading word, keyword heading word]. I PubMed ble søkerordene begrenset til (cancer[Title/Abstract] AND «nursing homes»[MeSH Terms]) AND Norway[Affiliation. Samt separate søk med Sweden and Denmark som affiliation (tilhørighet)

Begrunnelse for valg av inklusjonskriterier. Artiklene skulle omhandle kreftpasienter i sykehjem relatert til sykepleiefaglige utfordringer. For å få gjenkjennbare forhold søkte vi fortrinnsvis erfaringer fra Skandinavia.

Begrunnelse for valg av eksklusjonskriterier. Vi ønsket å vurdere kreftpasienter sin situasjon, derfor måtte forskningsartiklene konkret omhandle kreftpasienter. Forskning angående pasienter innlagt i sykehus eller hjemmetjenesten ble ikke inkludert. Palliativ omsorg blir av flere definert som livets siste 6–12 måneder. Vi valgte likevel å ekskludere disse artiklene, fordi datamaterialet var en tverrsnittsstudie og skulle omhandle å leve med kreft.

### Sykehjemsundersøkelsen

Utvalget vårt er hentet fra to sykehjem i Oslo. I 2009 ble det gjennomført en omfattende vurdering av beboernes situasjon på sykehjem A og en tilsvarende undersøkelse på sykehjem B i 2013. Fra sykehjem A deltok 65 beboere og på sykehjem B 63 beboere (svarprosenten var henholdsvis 44 % og 90 %). På sykehjem A var andel kreftpasienter som deltok i undersøkelsen representative for den totale andelen på sykehjemmet. På sykehjem B var alle kreftpasientene inkludert.

Data ble samlet inn ved bruk av det internasjonale vurderingsverktøyet Resident Assessment Instrument for langtids pleie (RAI-LTCF) (8). Dette skjemaet har fulgt gjeldende regler for oversetting fra engelsk til norsk og fra norsk til engelsk ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)). Norge har også deltatt i reliabilitet og validitetstesting av instrumentet (9).

Viktige variabler er blant annet dokumentasjon angående ernærings- og hydreringsstatus, fysisk og kognitiv fungering, sykdomsdiagnoser, ulike plager og variabler knyttet til velvære og sosialfungering. I denne presentasjonen har vi foretatt et utvalg av variabler relatert til aktuelle tema vi ønsker å belyse.

### Utvalgte variabler

Bakgrunnsdata som ble benyttet var alder, kjønn, antall liggetid i sykehjem fra innkomst til vurderingstidspunktet angitt i år og diagnose: De vanligste sykdomsgruppene var oppført i vurderingsskjemaet, i tillegg var det plass for å supplere med andre sykdommer. Sykepleierne ble bedt om å vurdere på en skala fra 0–3. Sykdomsdiagnoser: 0) Ikke til stede 1) Primærdiagnose/diagnoser for nåværende opphold 2) Diagnose er til stede, personen får aktiv behandling 3) Diagnose er stilt, overvåket men det gis ingen aktiv livsforlengende behandling. Dikotomert: 0 vs. 1–3.

I denne artikkelen illustreres ernæringsstatus med kroppsmasse indeks (KMI). Dikotomert: mindre eller

### KREFTSYK:

Beboere i sykehjem kan ha kreft uten at de får en diagnose. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

større enn 20,5 kg/m<sup>2</sup>. Nasjonale retningslinjer for risiko for underernæring har satt dette som grensesnitt for eldre (10). I tillegg ble det vurdert om det var behov for tilrettelegging av spisesituasjon, konsistens på maten, parenteral ernæring og klinisk vurdering av tegn på dehydrering, kvalme og oppkast, svelgeproblemer og munntørhet. Dikotomert: 0) Ikke til stede 1) Tilstede

Trykksår var definert på en skala 0–5. 0) Intet trykksår, 1) Ethvert område med rød hud 2) Delvis tap av hudlag 3) Dype hudkrater 4) Brudd i hudoverflate med synlig muskel eller bein 5) Ikke kodbar f.eks. nekrotisk vev dominerer. Vi har vurdert enhver form for trykksår som tilstedeværelse av trykksår (1-4). Dikotomert: 01 vs. 2–5.

Det ble også kartlagt om pasienten hadde vært til koloskopiundersøkelse i løpet av de siste 5 år og mammografi eller brystundersøkelse siste 2 år (for kvinner).

I forhold til smertesyntomer og andre plager ble det spesielt lagt vekt på om smerteregimet som ble gitt ga tilstrekkelig smertelindring. Det ble benyttet en skala hvor hvert av de seks variablene var definert: 0) Ingen problemer med smerte 1) Smerdens intensitet akseptabel for vedkommende, ingen behandling eller endring i regime nødvendig 2) Tilstrekkelig kontrollert med behandlingsregime 3) Kontrollert når behandlingsregimet følges, men dette blir ikke alltid fulgt 4) Behandlingsregimet følges, men smertekontroll er ikke tilstrekkelig 5) Intet behandlingsregime følges, smerte ikke tilstrekkelig kontrollert.

Fall, perifere ødemer, åndenød, fatigue, angst og depresjoner. Dikotomert: 0) Ikke til stede 1) Tilstede

### Praktisk gjennomføring

For å få en så ensartet dataregistrering som mulig var det fortrinnsvis to forskere som fylte ut vurderingsskjemaene i samarbeid med pleiere som hadde daglig kontakt med den enkelte pasient. Symptomer og funksjoner skulle ha vært til stede i løpet av de tre siste døgn, dersom ikke annet var spesifisert. Ansvarlig sykepleier sørget for bakgrunnsdata fra medisinsk- eller sykepleiefaglig dokumentasjon. Avdelingene beholdt papirutgaven av det utfylte vurderingsskjemaet. De elektroniske RAI- skjema hadde ingen personidentifiserbare opplysninger, men et kodennummer som den enkelte avdelingsleder skulle kunne identifisere. Avdelingene skulle gi beskjed til forskerne ved overflytting til et annet sykehjem eller ved dødsfall, noe som viste seg problematisk i praksis. Det ble derfor i noen tilfeller gjennomført i ettertid.

### Etiske vurderinger

Kartleggingen som ble gjennomført ved sykehjem A var en del av en større undersøkelse som var godkjent av regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK- S-09052 c 2009/625). Kartleggingen ved sykehjem B var en del av et kvalitetssikringsprosjekt og var derfor ikke framleggspliktig for REK (11). I begge studiene var det innhentet skriftlig informert samtykke fra den eldre selv eller deres pårørende.

### Dataanalyse

Dataanalysen ble utført i SPSS versjon 20. «Kreft» versus «ikke-kreft» ble benyttet som uavhengig variabel. De ulike variablene ble dikotomert slik det er angitt i beskrivelsen av variablene. Et eksempel på dette kan være fall vs. ikke fall. Vi har benyttet kjikvadrattest (krystabellanalyse), men ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kreft og ikke kreft pasienter er påvist. Resultatene blir presentert i frekvenstabeller angitt i antall og prosent. Vi benytter gjennomsnittsverdien, Mean (Mn), det aritmetiske gjennomsnitt. Spredningen fra gjennomsnittet blir oppgitt i Standardavvik (Sd).

### Resultater

#### Litteraturstudie

I Ovid Nursing var det 24 treff i perioden mars 2008-april 2013, søket i SveMed ga to treff og PubMed 4 treff. En av artiklene var inkludert både i OvidNursing og PubMed. Etter gjennomlesing av sammendrag ble 18 artikler fra Ovid Nursing valgt ut og studert videre i fulltekst. Av disse artiklene ble 10 artikler vurdert til å oppfylle inklusjonskriteriene. Alle fire artiklene i PubMed oppfylte inklusjonskriteriene. De to artiklene i SveMed ble vurdert som fagartikler. Se tabell 1.

Flere av undersøkelsene viser bruken av sykehjemsopphold for kreftpasienter og hvor stor andel av kreftpasienter som dør på sykehjem. En spansk undersøkelse (12) kartla forbruk av akutt innleggelser, liggedøgn i sykehus og dødssted av 524 kreftpasienter. I dette utvalget var det 3 % som døde i sykehjem. En retrospektiv gjennomgang av dødsattester i London viste at andel pasienter som døde av kreft i alle sykehjem var i gjennomsnitt 8 % med en variasjon på 5–17 % mellom ulike bydeler (13).

Enkelte studier kan tyde på at sykehjemspasienter som fra før ikke hadde en kreftdiagnose, ikke blir fulgt opp med utredning når mistanke om kreft oppstår. En amerikansk studie viste at 25 % av pasienter som fikk en ny kreftsykdom ble først diagnostisert i løpet av sine siste leveuker, eller diagnosen ble stilt ved obduksjon (14). I Nederland var det 33 % sykehjemsbeboere



Name/year Location	Nursing home residents and research methods	Results
Andel av en kreftpopulasjon som dør i sykehjem		
Alonso-Babarro mfl. (2013) Madrid, Spania	Registerdata av dødssted N = 524	I dette utvalget var det 3 % kreftpasientene som døde i sykehjem
Madden mfl. (2011) London, England	En retrospektiv gjennomgang av dødsattester for å kartlegge hvor kreftpasienter døde i ulike bydeler	Andel pasienter som døde av kreft i sykehjem var 8 % med en variasjon på 5-17 % mellom ulike bydeler
Diagnostisering og behandling		
Clement mfl. (2009) Michigan, USA	Registerdata fra 1997-2000, smertestilende medisiner relatert til diagnose opptil en måned etter den ble stilt N=1.316	Det var 25 % av pasientene som fikk en ny kreftdiagnose ved dødsfallet eller innen en måned før hadde kreft
Hamaker mfl. (2012) Utrecht, The Netherlands	A Web-basert spørreundersøkelse ble sent til alle leger som arbeidet innen eldreomsorgen. N=419 (34 %)	Flere pasienter i sykehjem med mistanke om brystkreft (33 %) ble ikke henvist for videre testing
Sigurdsson mfl. (2009) Stavanger, Norge	En registerstudie av uheldelig endetarmskreft (N=287). Alder, kjønn, bosted, forbruk av ulike helsetjenester	Av de pasientene som ikke fikk større operasjoner, cellegift eller strålebehandling, var 87 % over 77 år. De bodde ofte i sykehjem
Morello mfl. (2009), Italia	Enteral ernæring i sykehjemsbeboere: en fem-årig (2001-2005) epidemiologisk analyse. N=482	Av de sykehjempasienter som ble sondermat hadde få en kreftdiagnose (3.9 %)
Smerter og andre plager		
Carpenter mfl. (2012) Utah, USA	Case studie: En teoretisk drøftelse av smerter hos kreftpasienter som er resistente mot vanlig behandling	Resistente smerter kan være relatert til utilstrekkelig behandlet eller ufullstendig vurdering av helhetlig smerte
Duncan mfl. (2008, 2009) Kansas City, USA	En sammenlignende studie av ulike symptomer, hos. N=1022 kreft, N=9910 ikke kreft	Smerter, åndenød, oppkast, vekttap og diaré var signifikant ( $p < 0.05$ ) mer utbredt i beboere med kreft
Fosnes mfl. (2011) Trondheim, Norge	Et tverrsnittstudie av sykehjemsbeboere (N=647) N= 191 (16 %) har en kreftdiagnose	Kreftpasienter i sykehjem hadde signifikant mer normal tarmfungering enn ikke kreft pasienter
Barca mfl. (2010) Oslo, Norge	En gjennomgang av 902 journaler demensskalaer og en måling av fysisk helse	Det å ha en kreft diagnose var en signifikant predikter for død (0,03)
Dragset mfl. 1. (2012A) og 2. 2012B, 2013A) Bergen, Norge	1) Et tverrsnitts observasjons-studie relatert til livskvalitet og helse samt opplysninger fra journal.  2) Fem års oppfølging N=60 med kreft N=167 uten kreft (kognitive «intakt»)	1) Beboere med kreft dårligere generell helse enn beboerne uten kreft ( $P = 0,04$ ) lavere livskvalitet skåre.  2) Det var ingen forskjell i forhold til depresjon eller emosjonell ensomhet assosiert med høyere dødelighet

**TABELL 1.**  
Litteraturgjennomgang kreftpasienter i sykehjem: Litteratursøk (March 2008- April.2013).

med mistanke om brystkreft som ikke ble henvist for videre testing (15). Sigurdsson mfl. (16) gjennomførte en norsk registerstudie av pasienter med uheldelig endetarmskreft (N=287) hvor alder, kjønn, bosted, forbruk av ulike helsetjenester ble analysert. Av de pasientene som ikke fikk større operasjoner, cellegift

eller strålebehandling, var 87 % over 77 år og de bodde ofte i sykehjem. En italiensk studie viste at andelen av kreftpasienter som ble sondermatet i sykehjem var lavere enn for ikke-kreftpasienter (17).

Smerter hos eldre kreftpasienter kan ha et annet uttrykk enn hos andre pasientgrupper. Carpenter og

kollega (18) illustrerer dette med en kasuistikk. For denne pasienten ble ekspertisen fra et tverrfaglig team avgjørende for god lindring. Resistente smerter som ikke blir lindret av vanlig behandling er spesielt vanskelig for eldre pasienter som er blitt overflyttet fra hjem til sykehus, fra sykehus til sykehjem. Duncan mfl.(19-20) viste at kreftpasienter i sykehjem var hyppigere plaget av diaré enn andre pasienter. En norsk studie (21) viste imidlertid at kreftpasienter i sykehjem hadde signifikant mer normal tarmfungering enn pasienter med andre diagnoser.

Drageset mfl. (22–23) har fulgt kreftpasienter i sykehjem over en femårsperiode. Beboere med kreft hadde dårligere generell helse enn beboerne uten kreft ( $p = 0,04$ ) og lavere livskvalitet skåre. Det var imidlertid ingen forskjell på pasientgruppene i forhold til depresjon eller emosjonell ensomhet assosiert med høyere dødelighet. Kreftpasienter som rapporterte høy grad av angst hadde signifikant høyere dødelighet sammenliknet med pasienter som rapporterte lavere grad av angst. Barca mfl. (24) undersøkte forekomst av utholdenhet, symptomer på depresjonssymptomer og deres risikofaktorer blant sykehjems pasienter i en 12 måneder oppfølgingsstudie. Han fant at depresjon var mer hyppig i høyere alder. Det å ha en kreftdiagnose var en signifikant predikter for død ( $p=0,03$ ).

### Sykehjemsmaterialet – resultat

I tabell 2 presenteres bakgrunnsopplysninger for pasientene som har deltatt i sykehjemsundersøkelsen. Utvalgene er relativt sammenfallende i forhold til kjønn, alder, kreftforekomst og liggetid. For hele utvalget ( $N=128$ ) så er gjennomsnittsalderen for de som har kreft 1,2 år lavere enn pasientgruppen uten kreft (henholdsvis 85,6 år vs. 86,8 år). Andel kvinner er noe lavere blant kreftpasienter enn blant pasienter uten kreft. I forhold til kategorisering av kreftlidelsen (se variabeldefinisjoner) så hadde to pasienter kreft som primærdiagnose for daværende opphold, to pasienter fikk aktiv behandling for sin kreft, mens åtte ble overvåket men fikk ingen aktiv behandling (data ikke vist). Se tabell 2.

I tabell 3 presenteres ulike karakteristika og plager hos kreftpasienter sammenliknet med pasienter som ikke har kreft. I begge gruppene har pasientene en demensdiagnose – Alzheimers eller annen type demens. Angst og eller depresjon forekom hyppigere hos ikke kreftpasienter enn kreftpasienter. En noe større andel kreftpasienter har en Kroppsmasseindeks under  $20,5 \text{ kg/m}^2$ , og kreftpasientene var noe mer utsatt for trykksår. Tre av kreftpasientene trengte spesielt

tilrettelagt diett, tilnærmet samme andel som ikke kreftpasientene. Det var 25 % kreftpasienter som var plaget av tørr munn og eller svelgevansker, tilsvarende tall for ikke kreftpasienter var 17 % (data ikke vist).

Andel med smerter og smertelindring er presentert i tabell 4. Det var en større andel av kreftpasientene som ikke ble vurdert til å ha smerter sammenliknet med ikke-kreftpasienter (henholdsvis 67 % vs. 43 %). Alle kreftpasientene som hadde behov for et smerteregime (fast smertelindringsopplegg) fikk dette, mens 13 % av ikke-kreft pasientene hadde et udekket behov for et slikt regime. Se tabell 4.

Når det gjaldt spesifikke undersøkelser og behandlinger, var det totalt sju pasienter som hadde vært til koloskopi i løpet av de siste fem år, en av dem var en kreftpasient. En av kreftpasientene hadde vært til mammografi i løpet av de siste årene (data ikke vist).

### Drøfting

Denne artikkelen presenterer en litteraturoversikt med 14 artikler som omhandler pasienter med en kreftdiagnose som bor i sykehjem. Tema som blir omhandlet er diagnostikk, behandling, ernæringsstatus, smerter og andre plager samt psykososialforhold. Drøftingen omfatter hvilke sykepleiefaglige utfordringer som bør prioriteres.

### Hvor stor andel kreftpasienter er i sykehjem

Det var sparsomt med studier som beskriver det å leve i sykehjem med kreft. De fleste studier som identifiserer kreftpasienter i sykehjem har fokusert på omsorg ved livets slutt, evaluering av kvaliteten på smertelindring, og risikofaktorer for død (7). Husebø (3) drøfter resultater fra en engelsk undersøkelse hvor en regner med at eldre kreftpasienter i snitt har hatt behov for pleie og omsorg i 2,4 år. Andel kreftpasienter som har fast sykehjemsplass varierer i en rekke studier. En studie fra USA som baserte seg på data fra en nasjonal sykehjemsundersøkelse viste at kreft var primærdiagnosen hos 11 % av beboerne (25). Denne studien benyttet det samme vurderingsverktøyet som i vår studie. De helsepolitiske forhold i USA er sannsynligvis svært forskjellige fra våre norske forhold, så det at prosentandel av kreft i sykehjem var identisk med vårt materiale var nok mer tilfeldig. En europeisk undersøkelse, the Shelter study (26) viser at andel kreftpasienter som bor i sykehjem i snitt er 11 %, med en variasjon fra 6 % i Italia til 17 % i Frankrike (upubliserte data Sørbye & Onder 2013). I skandinaviske land med en relativ god sykehjemsdekning er





Karakteristika	Sykehjem A: 2009		Sykehjem B: 2013		Sykehjem A+B	
	Kreft N (%)	Ikke kreft N (%)	Kreft N (%)	Ikke kreft N (%)	Kreft N (%)	Ikke kreft N (116)
Diagnose, %	7 (11)	58 (89)	5 (8)	58 (92)	12 (10)	116 (89)
Alder: år; Mn* (Sd)**	86 (7,2)	86,5 (7,2)	90,6 (6,3)	87,4 (8,2)	85,6 (7,5)	86,8 (7,8)
Kvinner (%)	57,1	83	100	82	75	83
Liggetid: år; Mn (Sd)	1,6 (1,7)	2,7 (2,4)	2,2 (1,5)	1,9 (1,8)	1,8 (1,6)	2,3 (2,2)

\*Median (gjennomsnitt) \*\* Standardavvik (spredning fra gjennomsnittet)

**TABELL 2.** Tverrsnittstudie: bakgrunnsdata av beboere på sykehjem A og B våren 2010 og våren 2013. N=65, 63 og totalt 128.



Sykehjem A+B N=128		
Karakteristika/plager	KreftN=12	Ikke kreftN=116
Alzheimers/annen demens	9 (75)	70 (60)
Fall siste 30 dager	2 (17)	17 (15)
Perifere ødemer	2 (17)	17 (15)
Trykksår	3 (25)	12 (11)
Åndenød	2 (17)	24 (21)
Fatigue	7 (58)	69 (61)
Angst og/eller depresjon	2 (17)	39 (34)
KMI* (< 20,5kg/m <sup>2</sup> )	4 (33)	25 (25)
Kvalme/oppkast	2 (17)	19 (22)
Diare	1 (8)	16 (14)
Obstipasjon	1 (8)	22 (19)
Dehydrert	0	6 (5)

**TABELL 3.** Karakteristika og plager blant 128 sykehjemspasienter med og uten kreftdiagnose.

Smertelindring	Sykehjem A + B	
	Kreft N (%)	Ikke kreft N (%)
Ingen smerter	8 (67)	49 (43)
Smertenes intensitet akseptabelt	-	-
Tilfredsstillende kontrollert	3 (25)	33 (29)
Kontrollert tilfredsstillende når regimet følges	1 (8)	12 (11)
Følger regime, men ikke tilstrekkelig	-	4 (4)
Intet regime, ikke smertekontroll	0	15 (13)
Totalt	12 (100)	113* (100)

**TABELL 4.** Smertelindring. N=128, angitt i prosent.

\*Ingen opplysninger om tre pasienter

det nærliggende å anta at andel kreftpasienter ville være høyt. Imidlertid er andelen i Finland relativt lav 7 % (ibid).

For å få et mest mulig korrekt bilde av hvor stor andel kreftpasienter som har hatt sitt siste botilbud i sykehjem opplyser Statistisk sentralbyrå at 40 % av kreftpasientene dør i sykehjem (5). Jordhøy mfl. (27) fant i en studie av 395 kreftpasienter døde 55 (14 %) i sykehjem. Denne andelen er sammenfallende med resultatene fra KS-undersøkelsen (6). Sosial- og helsedirektoratets rapport om Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter (28) viser til at mens under 20 % av kreftpasientene dør i sykehjem i bykommunene, er andelen 30–40 % i landkommunene. Til tross for at KS-undersøkelsen hadde inkluderte kommuner med stor geografisk spredning økte ikke prosentandelen nevneverdig (6).

#### Behov for korrekt kreftdiagnose i sykehjem

Eldre har ofte et sammensatt sykdomsbilde og forskning viser at kreftsykdommen blir underbehandlet (20). Mange eldre kan ha en uoppdaget kreftdiagnose. I vårt materielle hadde få av sykehjemsbeboerne gjennomgått koloskopi eller mammografi i løpet av botiden i sykehjem. Sigurdsson mfl. (16) utførte en retrospektiv undersøkelse av colorektalkreft. Av de pasientene som ikke fikk større operasjoner, cellegift eller strålebehandling, var 87 % over 77 år. De bodde ofte i sykehjem. Hamaker mfl. (15) viste at flere pasienter i sykehjem med mistanke om brystkreft (33 %) ikke ble henvist for videre testing. Clement mfl. (14) gjennomførte en retrospektiv gjennomgang av kreftregisterdata. Det viste at 74 % av pasientene som fikk en ny diagnose ved dødsfallet eller innen en måned før hadde kreft. Vi fant flere undersøkelser som viser usikkerhet ved diagnoser som er skrevet på dødsattesten. Hvor stor andel kreftpasienter som bor på sykehjem er kanskje vanskelig å fastslå, spesielt fordi vi mangler kvalitetssikring av dødsmeldinger (29). I Norge blir det bare unntaksvis foretatt obduksjon av sykehjemsbeboere (30).

#### Ernæringsstatus

Mange sykehjemsbeboere har en lav KMI, og kreftpasienten kommer ofte dårligst ut. Det er relativt få ekstraordinære tiltak som blir benyttet for å øke ernæringsstatus. Grunnen til at ikke pasientene spiser, er ikke alltid utredet godt nok. I vårt materiale var det få pasienter hvor det var blitt rapportert svelgeproblemer eller plagsom munntørrethet og hadde mottatt parenteral ernæring eller intravenøs væsketilførsel. Er det en stille

overenskomst blant personalet om at dersom pasienten ikke lengre kan ta til seg mat eller væske, så får det bare være slik?

#### Smarter og annen symptomlindring

En kreftlidelse er ofte assosiert til det å ha mange plager. Duncan og kollegaer (19–20) fant at smerter, åndenød, oppkast, vekttap og diaré var signifikant ( $p < 0.05$ ) mer utbredt hos beboere med kreft. Dette var ikke i samsvar med våre funn. Steindal og kollegaer (31) gjennomførte en sammenliknende studie av kreft og ikke kreft pasienter som døde i sykehus. De fant få signifikante forskjeller på disse to gruppene. Jordhøy mfl. (27) sammenliknet kreftpasienter som døde i sykehjem med kreftpasienter som døde i sykehus eller hjemme. Resultatene viste at kreftpasientene som døde i sykehjem ofte var eldre enslige kvinner, hadde dårligere fysisk fungering, hadde dårligere appetitt og var mer plaget av tretthet enn kreftpasienter som døde andre steder. Et viktig spørsmål blir derfor om disse eldre kreftpasientene har andre behov enn det som er vanlig hos skrøpelige sykehjems pasienter generelt. Det finnes lite kunnskap om de eldres subjektive oppfatninger av opplevelsen av det å ha kreft. I forhold til behandling ikke behandling opplever noen eldre at det er vanskelig å skulle ta beslutninger selv, og de overlater til helsepersonell å bestemme for dem. Andre ønsker å bli konsultert, men kan oppleve at de blir ignorert eller ikke støttes i sin avgjørelse (32). Drageset mfl. (33,23) sammenliknet kognitive klare sykehjems pasienter med og uten kreftdiagnose. Pasienter med kreftdiagnose rapporterte mer smerter, og signifikant dårligere helse ( $p=0,04$ ) sammenliknet med pasienter uten kreftdiagnose. Like ens viste funnene at kreftpasienter som rapporterte høy grad av angst hadde kortere overlevelse sammenliknet med pasienter som rapporterte lav grad av angst ( $p=0,02$ ).

I vårt materiale var det små forskjeller mellom symptomer og plager hos kreftpasientene vs. andre pasienter. Det gjaldt fysiske så vel som psykososiale anliggende.

Det kunne være nærliggende å tenke at livet på sykehjem for en eldre noe dement kreftpasient med et stabilisert sykdomsbilde ikke skulle være så mye annerledes enn for pasienter med andre diagnoser. Kanskje forskjellen kommer tydeligere frem i den palliative fasen? I rapporten *En verdig avslutning på livet* var 13 sykehjem representert fra 7 forskjellige kommuner. Her ble de siste tre levedøgn rekonstruert kort etter dødsfallet i intervju med ansvarlig pleier (vurderings-skjemaet Resident Assessment Instrument for Palliative Care) og opplysninger fra skriftlig dokumentasjon (6).



I denne studien var kreftpasientene i snitt 1,5 år yngre og hadde 1,6 år kortere liggetid enn ikke kreftpasienter. Når det gjaldt symptomer og plager var kreftpasientene oftere avmagret og dehydrert, enn døende med andre diagnoser.

**Hvilke sykepleiefaglige utfordringer bør prioriteres?**  
*Kartlegging.* Mange av pasientene, har fått en kreftdiagnose før innflytting i sykehjem. Ved innkomstsamtalen er det viktig at pasientens forventninger og ønsker til hva sykehjemmet kan tilby kommer tydelig fram. I løpet av de første dagene bør det gjøres en omfattende geriatrisk vurdering hvor hensynet til hvilke spesielle behov pasienten har utfra sykdomsutvikling og fungering blir kartlagt. Dette vil kunne gi den enkelte pasient et personlig tilrettelagt tilbud.

*Overvåking/observasjon.* Dersom en kreftsykdom er til stede, men ikke er gjenstand for aktiv behandling, er det viktig at vedkommende blir nøye observert med tanke på hvilke type kreftform pasienten har. For å hindre unødvendige komplikasjoner bør enhver endring i naturlige funksjoner bli dokumentert, rapportert og fulgt opp med relevante sykepleiefaglige tiltak. Eldre slutter ikke å få nye sykdommer selv om de er i sykehjem. Det er derfor viktig at tegn på redusert allmentilstand kan skyldes utviklingen av en latent kreftlidelse, mange diagnoser blir først avdekket i pasientens siste leueker (14). Det er ofte ikke alltid aktuelt å gjennomføre større kirurgiske inngrep, men det kan være viktig for å unngå unødvendige komplikasjoner og plager.

*Ernæringsstatus.* Flere kreftpasienter enn ikke-kreftpasienter har en lav KMI ved innkomsten i sykehjem. Det er derfor en utfordring å opprettholde vekten, slik at den ikke synker ytterligere. Sykepleier kan be om råd fra ernæringsfysiolog, men ellers legge vekt på hva pasienten selv ønsker å spise og drikke. Måltidene bør foregå i så trivelige omgivelser som mulig. Det å vurdere parenteral ernæring er et vanskelig etisk spørsmål (34). Det kan være aktuelt i de tilfellene en har medisinske grunner til å anta at parenteral ernæring vil gi økt livskvalitet og livslengde (17).

### Psykososiale forhold

Den pasientgruppen som har vært tema i denne artikkelen bærer på to stigma. De er gamle – og de har kreft. Det å ha en kreftdiagnose som gammel er en klar indikasjon for kort forventet levetid, sammenliknet med andre eldre (24). Det er viktig å ivareta forhold som øker livskvaliteten (33). Det er nødvendig å fremelske livsbejaende aktiviteter, samtidig som det gis rom for ettertanke. Minnefortellinger kan være et godt hjel-

pemiddel. Undring omkring døden skal ikke forties, men kanaliseres i de spor som er tilpasset pasientens «føtter». En sykepleier må inneha den trygghet som skal til for å være en god medvandrer.

### Kompetanse

For å kunne gi skreddersydd omsorg til den enkelte pasient, er individuelle pleieplaner avgjørende. Andel fagutdannete sykepleiere i sykehjem utgjør 24 % av den totale bemanningen på hverdager og 15 % i helgene (35). Sykepleiere har derfor en stor pedagogisk oppgave i forhold til kunnskapsformidling. Pleiepersonalet må være kjent med sentrale grunnleggende behov for å vite hva som skal rapporteres videre uansett språk. Alle ansatte må vite hvor de kan få faglig støtte uansett tid på døgnet, hverdag som helg.

### Begrensninger og styrke ved studien

I søk av forskningsartikler har vi fokusert på sykepleiefaglige forskningstidsskrift. Vi har stort sett ekskludert tidsskrift som omhandler palliasjon, selv om flere artikler kunne vært aktuelle undersøkelser for vårt tema. Vi har i denne artikkelen hatt den samme tilnærmingen som vi ser i flere andre studier – kreftpasienter blir behandlet som en ensartet gruppe. Faren vil alltid være at en presenterer data fra gjennomsnittskreftpasienten. En kreftpasients behov kan variere like mye som enhver annen sykehjemsbeboers behov. Det hadde vært hensiktsmessig og gått bredere ut og hatt en lik andel sykehjemsbeboere med kreft som ikke kreft. Samtidig gjenspeiler vår andel den virkeligheten som er på mange sykehjem. Det er relativt få pasienter som har en kreftdiagnose som hovedårsaken til innleggelse som lever mer enn seks måneder på sykehjem. Dette kan endre seg. Det er en styrke at denne artikkelen presenterer to «identiske» datasett fra en tverrsnittsundersøkelse før og etter at samhandlingsreformen ble innført. Foreløpig har ikke andel kreftpasienter i «våre» sykehjem økt etter samhandlingsreformen, men mye tyder på at dette vil skje (4).

### Juridiske og etiske aspekt

Grensen mellom kvalitetssikring og forskning relatert til pasienter kan være uklar (36). Sykehjemspasientene er sårbare og det settes spesielle krav til forskning på denne gruppen. Vurdering av pasientens evne til å gi informert samtykke er viktig (37). Vi erfarte som «forskere» hvor avhengige vi var av de ansatte på sykehjemmet for å innhente samtykke. Der det var et opparbeidet tillitsforhold mellom pasientens pårørende og ansatte ble informert samtykke



uproblematisk. Det må utvises ytterst varsomhet for å ivareta den enkeltes anonymitet.

### Konklusjon

Kreftpasienter i sykehjem skiller seg ikke dramatisk fra andre sykehjemsbeboere. Kreftpasientene er noe yngre og har kortere botid enn ikke kreftpasienter. På grunn av lav kroppsmasseindeks er kreftpasienter usatt for trykksår. Disse konklusjonene kan ikke trekkes på grunnlag av vårt begrensede empiriske materiale, men med støtte i andre undersøkelser. Vi trenger mer forskning i norske sykehjem. Det er viktig å kjenne til pasientenes grunnsykdom for å forebygge komplikasjoner og unødvendige lidelser. Det er den eldre individuelle behov som er avgjørende for kvaliteten på hjelpen som skal gis, ikke standardiserte retningslinjer. ■

### Referanser:

- Kreftregisteret. Cancer in Norway. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Cancer Registry of Norway, 2012.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Helse og omsorgsdepartementet, 2009.
- Husebø S. Verdens beste eldreomsorg? Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin. 2008;25(1):9-21.
- Helsedirektoratet. Forslag til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017 In: Avdeling for sykehus tjenester, 2013.
- Statistisk sentralbyrå. 2012. www.ssb.no
- Agenda Kaupang. En naturlig avslutning på livet – Mer helse og trygghet for pasienter i samhandlingsreformen. Palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet. Oslo: på oppdrag fra KS; 2012 (ansvarlige Forstrøm F, Sørbye LW, Lyngroth S).
- Rodin MB. Cancer patients admitted to nursing homes: what do we know? J Am Med Dir Assoc. 2008;9(3):149-56.
- Grue EV. The minimum data set resident assessment instrument (MDS RAI) – interRAI et dokumentasjons- og vurderingssystem. Geriatrik Sykepleie [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759679/Geriatrik%20Sykepleie%201\\_2011.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759679/Geriatrik%20Sykepleie%201_2011.pdf).3(1):9-12.
- Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DH, Finne Soveri H, Gray L, et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Serv Res. 2008;8:277.
- Smedshaug G. Ernæring til eldre med bakgrunn i de nye nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Geriatrik sykepleie. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens. 2009;1(3):6-9. [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759618/Geriatrik%20Sykepleie%203\\_2009.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759618/Geriatrik%20Sykepleie%203_2009.pdf)
- Brusgaards D. Hva skal fremlegges for regional etisk komité? Brev til redaktøren. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132 (21):2359-60. <http://tidsskriftet.no/article/2926376>
- Alonso-Babarro A, Astray-Mochales J, Dominguez-Berjon F, Genova-Maleras R, Bruera E, Diaz-Mayordomo A, et al. The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. Palliat Med. 2013;27(1):68-75.
- Madden P, Coupland V, Møller H, Davies E. Using maps and funnel plots to explore variation in place of death from cancer within London, 2002-2007. Palliat Med. 2011; 25(4):2323-332.
- Clement JP, Bradley CJ, Lin C. Organizational characteristics and cancer care for nursing home residents. Health Serv Res. 2009;44(6):1983-2003.
- Hamaker ME, Hamelinck VC, van Munster BC, Bastiaannet E, Smorenburg CH, Achterberg WP, et al. Nonreferral of nursing home patients with suspected breast cancer. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(5):464-9.
- Sigurdsson HK, Soreide JA, Dahl O, Skarstein A, Von Hofacker S, Korner H. Utilisation of specialist care in patients with incurable rectal cancer: a population-based study from Western Norway. Acta Oncol. 2009;48(3):377-84.
- Morello M, Marcon ML, Laviano A, Giometto M, Baruffi C, Zulian E, et al. Enteral nutrition in nursing home residents: a 5-year (2001-2005) epidemiological analysis. Nutr Clin Pract. 2009;24(5):635-41.
- Carpenter JG, Berry PH. (2012). Refractory Cancer Pain in a Nursing Home Resident. Journal of Hospice & Palliative Nursing;14(8):516-21.
- Duncan JG, Forbes-Thompson S, Bott MJ. Unmet symptom management needs of nursing home residents with cancer. Cancer Nurs. 2008;31(4):265-73.
- Duncan JG, Bott MJ, Thompson SA, Gajewski BJ. Symptom occurrence and associated clinical factors in nursing home residents with cancer. Research in Nursing & Health. 2009;32(4):453-64.
- Fosnes GS, Lydersen S, Farup PG. Effectiveness of laxatives in elderly-a cross sectional study in nursing homes. BMC Geriatr. 2011;11:76.
- Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Anxiety and Depression and Mortality Among Cognitively Intact Nursing Home Residents With and Without a Cancer Diagnosis: A 5-Year Follow-up Study. Cancer Nurs. 2012 Jul-Aug;36(4):E68-74.
- Drageset J, Eide GE, Kirkevold M, Ranhoff AH. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. J Clin Nurs. 2013;22 (1-2):106-14.
- Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. J Affect Disord. 2010;120 (1-3):141-8.
- Hanlon JT, Perera S, Sevcik MA, Rodriguez KL, Jaffe EJ. Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative care residents. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(8):579-83.
- Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. BMC Health Serv Res. 2012;12:5.
- Jordhøy MS, Saltvedt I, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kåsa S. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics. Palliat Med. 2003;17(5):433-44.
- Sosial- og helsedirektoratet. SAMHANDLING Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter. 4/2007.
- Alfsen GC, Lyckander LG. Does quality control of death certificates in hospitals have an impact on cause of death statistics? Tidsskr Nor Laegeforen. 2013;133(7):750-5.
- Aase S. Obduksjon – fremdeles gullstandard? Tidsskr Nor Legeforen. <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2013/730.pdf> (7):133.
- Steindal SA, Bredal IS, Sørbye LW, Lerdal A. Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. Scand J Caring Sci. 2011;25(4):771-9.
- Hughes N, Closs SJ, Clark D. Experiencing cancer in old age: a qualitative systematic review. Qual Health Res. 2009;19(8):1139-53.
- Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Cancer in nursing homes: characteristics and health-related quality of life among cognitively intact residents with and without cancer. Cancer Nurs. 2012;35(4):295-301.
- Sørbye LW. Cancer in home care: unintended weight loss and ethical challenges. A cross-sectional study of older people at 11 sites in Europe. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Jul-Aug;53(1):64-9.
- ECON. Bemanning i kommunal pleie og omsorg. ECON på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund; 2009.
- Utne PH, Thelle DS. Kvalitetssikring eller forskning? Tidsskr Nor Legeforen 2009; Nov 19; 129 (22): 2385.129 (22):2385.
- Bolling G, Rosland JH, Gjengedal E. Etske og juridiske dimensjoner av forskning på sykehjem. Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. 2013; 30(1):51-5.

# Årets sykepleier

## innen fagfeltet geriatri og demens

**P**risen deles ut til ett enkelt medlem av faggruppen. Prisen er på kr. 5000,- og vil deles ut årlig dersom det foreligger verdige kandidater. Prisen skal fremme sykepleietjenesten i Florence Nightingales ånd tilpasset det moderne samfunnet.

Årets sykepleier jobber innen fagfeltet geriatri og demens og utøver sykepleierfaget på en måte som utpeker seg gjennom pasientrettet arbeid og/eller utvikling av sykepleiefaget på en slik måte at personen:

- fremmer god kvalitet i praksis
- stimulerer til et godt fag – og arbeidsmiljø for studenter og kollegaer
- synliggjør sykepleietjenesten innen geriatri og demens på en positiv måte
- er nytenkende for å heve kvaliteten
- er en sykepleier som er tydelig, modig og stolt

### Informasjon om prisen:

- Kandidater kan foreslås av medlemmer i NSF.

- Kandidaten må være medlem av NSF FGD

- Prisen publiseres på hjemmesiden til NSF og NSF FGD i tillegg til i Geriatriisk sykepleie.

Forslagene sendes leder av NSF FGD innen søknadsfristens utløp 1. oktober hvert år.

Vinneren annonseres med tekst og bilde på NSF FGDs årlige landskonferanse, på hjemmesiden til NSF FGD og i Geriatriisk sykepleie. ■

*Mørketids konferanse om Eldre og psykisk helse*  
Tromsø 28. og 29. november 2013 på Radisson Blu.

Termer: Kultur, Geriatri, Psykisk, Sykepleie, Demens, Livslykke, Eldrebølge, Rus, Fag, Identitet, Faggruppe, Pleie, Livskvalitet, Forskning.

Logos: NSF's FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS, NORSK SYKEPLEIERER FORBUND, SPoR NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.

Foto: Robert Greiner/NRK

# Er virkelig sykehjemsp

Da jeg for ett år siden var ferdig utdannet sykepleier, ble det mye snakk om hvor vi skulle jobbe etter endt utdanning. De fleste ville jobbe på sykehus, noen få i hjemmesykepleien og noen i psykiatrien. Ingen jeg pratet med ville arbeide på sykehjem. Hvorfor det?



Av Kine Bentzen, tidligere studentleder, NSF

**S**om studentleder i Norsk Sykepleierforbund har jeg det siste året hatt muligheten til å snakke med mange sykepleierstudenter. En bekjent av meg sa: «Jeg slutter på sykepleien. Jeg har vært igjennom min første praksis på sykehjem. Jeg fikk ingen veiledning, vi hadde dårlig tid til alt og jeg takler ikke å se at de gamle har det så vondt».

Han avsluttet nylig studiet. I utgangspunktet hadde han gledet seg til å komme ut i sykehjemspraksisen, både for å anvende kunnskapen han hadde tilegnet seg, og for å lære seg å utøve sykepleie til eldre og gamle. Hva han fortalte gjorde inntrykk på meg, men overrasket ikke. Historien er gjenkjennelig, i iallfall hva angår manglende veiledning og tidstyper.

Mange studenter ser ikke poenget med å være i sykehjemspraksis, noen beskriver det som «kjedelig» og uten utfordringer. De ivrer etter spesialisthelsetjenesten, med prosedyrer, tverrfaglig samarbeid og høyt faglig fokus. Disse studentene har ikke forstått det, og det er heller ikke deres skyld.

Mange utdanningsinstitusjoner følger samfunnsutviklingen, og er spesielt opptatt av å

## «Erfaringer fra praksis har betydning for hvor de søker jobb.»

møte samhandlingsreformens behov. Stadig flere høyskoler og universiteter velger sykehjem som studentenes siste praksisperiode, ofte kombinert med ledelsespraksis. Denne utviklingen er utelukkende positiv, og studentene melder tilbake at sykehjemspraksisen i denne delen av studiet er spennende, utfordrende og givende. Som tredjeårsstudent har en større forutsetninger for å forstå kompleksiteten i å jobbe med gamle, syke, enn i starten av studiet.

### Får ikke veiledning

Første praksisperiode skal gi sykepleierstudenter et innblikk i sykepleie, spesielt i forhold til ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov. Dessverre er det mange studenter som forteller at deres første praksis har vært uten veiledning fra verken kontaktsykepleier eller lærer fra skolen. Mange får opplæring av annet helsepersonell, enten faglært eller ufaglært. Studenter forteller at de aldri har fått veiledning av en sykepleier i stell. Det kan en helsefagarbeider like godt.

Det er problematisk at utdanningsinstitusjonene synes denne ordningen er upåklagelig. Sykepleierstudenter skal ikke kun utføre et stell, de skal anvende sykepleieprosessen. De skal lære å observere og iverksette tiltak. En hjelpepleier eller annet helsepersonell kan selvfølgelig være med sykepleierstudenter i stell. Men de skal ikke veilede. Utdanningsinstitusjonene må verdsette forskjellene mellom yrkesfaglig – og høyere utdanning. Ikke fordi det ene er viktigere enn det andre, men fordi det er en forskjell på hvordan helsepersonell utøver sykepleie.

### Påvirker valg av arbeidssted

NSF Rogaland har utført en spørreundersøkelse blant tredjeårsstudenter ved Universitet i Stavanger og Campus Haugesund ved Høgskolen Stord/Haugesund, blant annet om hvor de ønsker å jobbe etter endt utdanning. Over 80 prosent av studentene som deltok på undersøkelsen svarte at erfaringer fra praksis har betydning for hvor de velger å søke jobb, og de ønsker å arbeide i sykehus framfor i kommunen. Nestleder i NSF Rogaland, Solfrid Fuglseth skriver: «Det er nok flere årsaker til dette. Flere skoler legger praksis i kommunehelsetjenesten tidlig i studieløpet. For mange blir det første møte med praksis. De er da usikre og har

# Praksis kjedelig?

behov for relativt tett oppfølging, noe som blir en utfordring i kommuner med relativt liten sykepleierdekning. På sykehuset er studentene over lengre tid og i et fagmiljø som oppleves støttende og trygt. Som nyutdannede er de usikre på hvorvidt de er klar til å påta seg det sykepleiefaglige ansvaret som følger (...)» (1).

Utdanningsinstitusjonene og kommunene må tidlig i studiet gi studentene forutsetninger for å verdsette å jobbe i sykehjem. Videre må det framkomme fra alle instanser at sykehjemspasienter

skal ha sykepleiere med høy faglig kompetanse. En sykepleier som arbeider på sykehjem er like kompetent som andre sykepleiere. Dette må formidles også til førsteårsstudentene, ikke bare for å rekruttere studenter til sykehjem, men for at pasienter også i fremtiden skal få god og riktig sykepleie. ■

#### Referanse:

1. Arild Berland; 27.04.12 <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikel/863507/Erfaringer-fra-praksis-avgjorende-for-studenter-som-soker-jobb>.



**VIKTIG JOBB:** For at pasienter også i fremtiden skal få god pleie på sykehjem, er det nødvendig at studenter gjennom praksis får interesse for å jobbe med eldre. Illustrasjonsfoto: Scanpix.

# Lindrende enhet på sykehjem

De fleste pasientene ved lindrende enhet ved Akerselva sykehjem har kreft. Pasientene har behov for mer avansert lindrende behandling enn hva vanlige sykehjemsavdelinger tilbyr.



**SYKEHJEMMET:** Akerselva sykehjem ligger på Bjølsen i Oslo. Lindrende enhet ved sykehjemmet tar seg av pasienter med større pleiebehov, enn hva som kan ivaretas i vanlige sykehjemsavdelinger.



# «Antall eldre med behov for lindrende behandling vil øke suksessivt med eldrebølgen.»

## Innledning

Akerselva sykehjem er et av i alt 50 sykehjem i Oslo kommune som drives av Sykehjemsetaten. Sykehjemmet sto ferdig i 2002 og ligger idyllisk til med utsikt over Akerselva. I 2009 utlyste Sykehjemsetaten invitasjon til å søke om etablering av hospice/lindrende enheter med til sammen seksten sengeplasser. Ledelsen ved Akerselva sykehjem utarbeidet søknad og vant frem i konkurransen sammen med Lillohjemmet på Grefsen. Hospice/lindrende enhet ved Akerselva sykehjem er et tilbud til pasienter i livets sluttfase uavhengig av diagnose. De tilbyr behandling, pleie og omsorg til mennesker med et mer avansert sykdomsbilde og et større pleiebehov, enn hva som kan ivaretas i vanlig sykehjemsavdeling.

## Bakgrunn

Omsorg for alvorlig syke og døende var lenge et forsømt område innenfor norsk helse- og sosialpolitikk (1). Året 1984 ble vendepunktet med NOU dokumentet *Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende*. Utvalget henviste til England og hospice-bevegelsens rolle i arbeidet med alvorlig syke og døende mennesker. Cicely Saunders utforming av hospicearbeidet og hospicetenkningen dannet grunnlaget for mye av det arbeidet som ble opprettet i lindrende behandling på begynnelsen av 1990-tallet i Norge (2). I 1997 kom NOU dokumentet *Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan* (3), som påpeker at kompetansen i palliativ medisin i Norge er mangelfull. I 1999 kom dokumentet *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hensikten var å utarbeide en helhetlig plan for pleie og omsorgstilbudet til uhelbredelig syke og døende mennesker. Et stort antall mennesker dør i sykehjem og utredningen påpekte minst to forhold det må fokuseres på: «kvalitet og omfang av behandling og pleie, og bygningsmessig tilrettelegging av sykehjem, inklusiv en skjerming av grupper som måtte ha behov for det.»(1). I 2004 ble Standard for palliasjon utgitt av Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) på utfordring fra Den norske legeforening. Palliativ medisin

var nå i ferd med å vokse frem som et eget fagfelt. Dokumentet definerte palliativ enhet på sykehjem: «Enhet innad i sykehjem øremerket for å ta seg av den palliative pasient og hans/hennes pårørende. Enheten skal gi et tilbud til pasienter som trenger palliativ behandling, pleie og omsorg utover det en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby.»(4). Videre defineres oppgaver, tilbud og organisering. Standard for palliasjon dannet grunnlaget for Helsedirektoratets utgivelse av *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer innen for palliasjon i kreftomsorgen* i 2009. Dokumentet legger føringer for hvordan helsetjenesten skal ivareta et særskilt palliativt tilbud på alle nivåer. Palliativ behandling og omsorg defineres i sykehjem med og uten palliative enheter (5). Også i Rapport 15-1521 Samhandling Palliative enheter i sykehjem med fokus på kreftpasienter fra Sosial og helsedirektoratet utgitt 4/2007(6), defineres oppgavene til en palliativ sykehjemsenhet:

- Tilby korttidsplass for justering av symptomlindrende behandling eller for avlastning av pårørende.
- Å tilby korttidsopphold med god symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden.

## Lokale behov

Antall eldre med behov for lindrende behandling vil øke suksessivt med eldrebølgen som forventes i fremtiden (7). Samtidig vil brukergruppen av sykehjem trolig bestå av noe yngre aldersgruppe og ha flere komplekse lidelser.

Sykehjemsetaten så et behov for palliative enheter da et økende antall pasienter ble skrevet ut til sykehjem, med behov for behandling utover det man vanligvis kan tilby. Sykehjemsetaten og bydelene var enig om behovet for egne hospice/lindrende enhet for å ta seg av pasienter og pårørende med uttalt behov for lindrende behandling.

På bakgrunn av dette ble de to hospice/lindrende enhetene etablert ved Akerselva sykehjem og



Av **Berit Hagen**, avdelings- sykepleier lindrende enhet Akerselva sykehjem



Av **Ragnhild Elisabeth Monsen**, sykepleier Hospice Lovisenberg



Av **Stine Thorvaldsen**, sykepleier med videreutdanning i palliasjon, Akerselva sykehjem



Av **Victoria Ystborg Gjerpe**, overlege ved Akerselva sykehjem

Lillohjemmet med til sammen seksten sengeplasser. Den offisielle åpningen var 1. september 2009 ved byråd for eldre og helse i Oslo. Det første halvannet året hadde begge sykehjemmene flere ledige plasser til enhver tid, men etter snart fire år er tilbudet godt kjent og forespørselen har økt.

Avdelingene skal ha en pleiefaktor jf. Nasjonal standard 1:2 på dagtid, og en høyere legedekning enn vanlige sykehjemsavdelinger. Dette er per dags dato ikke oppnådd, men ligger i målsettingene for enhetene.

Representanter fra Lovisenberg Diakonale Sykehus, Hospice Lovisenberg Senter for Lindring og Livshjelp, Oslo universitetssykehus Ullevål og Kompetansesenter for lindrende behandling (KSLB) satt i prosjektgruppen og var sentrale aktører i planlegging, oppstart og videre oppfølging av de to enhetene. Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet var representert i prosjektgruppen.

### Behandlingen

Hva kjennetegner lindrende behandling ved Akerselva sykehjem?

Hospice/lindrende enhet skal gi et helhetlig tilbud hvor pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov skal dekkes, med et særskilt fokus på livskvalitet for den enkelte. Tilbudet er preget av aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer. Inntakskriteriene på disse avdelingene er:

- Pasienter over 18 år
- Inkurabel sykdom
- Kort forventet levetid

Miljøet i avdelingen bærer preg av trygghet, åpenhet og humor - hvor det fysiske miljø oppleves estetisk og hjemmekoselig. Enheten kan blant annet tilby nyoppussede rom, fasiliteter for pårørende med mulighet for overnatting og matlaging, SPA-rom, fine uteområder, fotpleie, frisør og aromaterapi.

Pasientene i avdelingen har ofte veldig ulikt funksjonsnivå ved innkomst, og tilbudet tilrettelegges for den enkelte pasient. Personalet har fokus på symptomlindring og forebygging av nye plager for pasienten. Trygghetsfølelsen er vesentlig i denne fasen.

Pasient og pårørende betraktes som en helhet og skal oppleve helhetlig behandling, pleie og omsorg. Pasienten har stor innflytelse på sin egen hverdag og kan fritt velge når de skal stå opp, spise og delta på aktiviteter, om de ønsker eller er i stand til dette.

Det er stort fokus på samtaler med både pasient og pårørende under hele oppholdet. Innkommstamtalen med lege og tjenesteansvarelig sykepleier utføres så raskt som mulig etter ankomst avdeling. Noe av

hensikten med samtalene er å kartlegge forventninger til oppholdet både fra pasient og pårørende.

Tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å løse mange av de sammensatte problemene til alvorlig syke og døende. Avdelingene har ulike profesjoner som lege, sykepleier, hjelpepleier, prest, ergoterapeut, fysioterapeut, akupunktør og aromaterapeut. For eksempel har ergo- og fysioterapeuten en vesentlig funksjon i smerte- og symptomlindring hos denne pasientgruppen. De innehar viktig kompetanse rundt blant annet bruk av hensiktsmessige hjelpemidler og forflytningsteknikker. De utfører også forskjellig smerte- og symptomlindrende behandling i form av lungefysioterapi og ødembehandling med kompresjonsbehandling og lymfedrenasje. Fysioterapeuten utfører også «velværemassasje» hos pasienter med mye smerter eller uro. Dette har vi sett svært god effekt av.

Ved dødsleiet blir det satt fokus på estetikken rundt pasienten. Cicely Saunders har tidligere sagt: «Hvordan mennesker dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre». Dette har blitt en viktig norm å arbeide etter på avdelingen. Ivaretagelse av pårørende forsetter også etter dødsfall og pårørende inviteres alltid til etterlattesamtale 3-4 uker etter pasientens død.

I personalgruppen er det en sykepleier med videreutdanning i palliasjon og en hjelpepleier med videreutdanning i kreftomsorg og lindrende behandling. Flere ansatte har også hospitert ved Hospice Lovisenberg Livshjelpesenter. Avdelingen krever en synlig og tilgjengelig leder, som i lag med ansatte kan tilrettelegge for nødvendige aktiviteter og se sitt personal og deres behov.

### Pasientene

Hva kjennetegner pasientene som kommer til Akerselva sykehjem?

De fleste pasienter som kommer til avdelingen har en kreftdiagnose, og er i behov av mer avansert lindrende behandling enn hva en vanlig sykehjemsavdeling tilbyr. Det stilles ingen kriterier til type diagnose for opphold. Gjennomsnittsalderen er 68 år og gjennomsnittlig liggetid er 21 døgn. Den yngste pasienten avdelingen har hatt var 25 år og den eldste 95 år. Kvinner er hovedrepresentert.

### Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I oppstartsfasen til hospice/lindrende enhet har det vært viktig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Lindrende enhet på Akerselva sykehjem

har hatt et godt og trygt samarbeid med Hospice Lovisenberg - Senter for Lindring og Livshjelp. Flere i personalstaben hospiterte ved Hospice Lovisenberg, både før og etter oppstart. Samarbeidet med Hospice Lovisenberg har blant annet bestått av undervisning, veiledning, «bed-side teaching», telefonkonsultasjoner og hospiteringsmuligheter. Spesialsykepleier fra Lindrende Team ved Hospice Lovisenberg har hatt en betydelig rolle for enheten gjennom ukentlig direkte veiledning sammen med personal ute hos pasientene, i halvannet år etter oppstart.

For å bygge opp og opprettholde kompetansen på den hospice/lindrende enheten er samarbeidet med spesialisthelsetjenesten sentral. Personalet deltar i forskjellige faglige forum på de forskjellige tverrfaglige nivåer. Hver tredje måned deltar legene i et «palliativt forum» for sykehjemslegene som er under Lovisenberg sektor. Lindrende enhet har også representanter som er med i et palliativt nettverk i regi av kreftforeningen.

### Personalveiledning

Periodevis kan det være hyppige dødsfall på avdelingen og på det meste kan man oppleve tre til fire dødsfall i uken. Personalet har behov for veiledning og muligheter for å bearbeide tunge og vanskelige situasjoner. Annenhver uke holdes det sykepleiefaglig veiledning i regi av spesialisykepleier fra lindrende team (Hospice Lovisenberg Livshjelpsenter). Dette er blitt et viktig samlingspunkt for personalet.

Vi har også etter hvert opprettet et annet samlingspunkt for personalet i regi av sykehjemspresten. Denne samlingen kaller vi «Hvilepuls». Hospice Lovisenberg Livshjelpsenter har hatt samlingen «Hvilepuls» i mange år og ga oss inspirasjonen til å opprette det samme. Her tenner vi lys for hver av de enkelte som er døde og deres etterlatte. Vi lytter på behagelig musikk og skaper «rom» for å minnes de avdøde og deres familier.

Akerselva sykehjem er i 2011 blitt Etikkfyrtårn. Det innebærer at alle avdelinger i sykehjemmet har hatt én representant på opplæring i teknikker for å drive etisk refleksjon på sine respektive avdelinger. Kurset ble avholdt på Etikkverkstedet- Nordpå-UnniK, i Haltdalen på Røros. Etisk refleksjon er nå satt i system i avdelingen, og ledes av etikkansvarlig sykepleier.

### Som ringer i vann

De hospice/lindrende enhetene ved Akerselva sykehjem og Lillohjemmet ble opptakten til et større prosjekt i Sykehjemsetaten, *Som ringer i vann - kompetanseheving i lindrende behandling*. Hovedformålet til prosjektet *Som ringer i vann* er at alle sykehjem i Oslo kommune skal ha

en grunnkompetanse i lindrende behandling. Det skal per dags dato ikke opprettes flere palliative senger eller enheter, nå skal en grunnkompetanse av personalet sikres. Et stort antall mennesker dør på institusjoner i Norge og om lag 43 prosent dør i sykehjem. Alle døende pasienter har behov for kompetanse innen lindrende behandling, ikke bare kreftpasienter under 70 år, en gruppe som har vært prioritert, men som kun utgjør 13 prosent (8).

Hospice/ lindrende enheter ved Akerselva sykehjem og Lillohjemmet er ressursposter i lindrende behandling for sykehjem i Oslo i kommune. Enhetene tar også imot hospitanter, elever, studenter i grunn- og videreutdanning. Avdelingslederne for de Hospice/ lindrende enhetene og én sykepleier, er representert i prosjektgruppen for *Som ringer i vann* og kan bistå med sine erfaringer gjennom opprettelsen og arbeidet på avdelingene. Enhetene har opprettet hospiteringsplasser for deltakere fra pilotsykehjemmene. En ressurspost med høyere kompetanse innen et fagfelt skal kunne bistå med undervisning og veiledning. I 2013 deltar en sykepleier fra hospice/lindrende enhet ved Akerselva i en 20 prosent stilling i prosjektet sammen med prosjektmedarbeider. På den måten begynner Akerselva å arbeide mer utadrettet og knytte kontakter mellom sykehjemmene. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som ble etablert ved oppstarten, videreføres gjennom prosjektet *Som ringer i vann*.

Målet med å være en ressurspost i lindrende behandling må være at kunnskap og erfaring brer seg til andre poster og institusjoner som ringer i vann, slik at pasient og pårørende opplever god behandling og omsorg, og en verdig avslutning på et levd liv. ■

### Referanser:

1. NOU 1999:2, Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Norsk offentlig utredninger, NOU 1999:2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
2. Jørgensen, Sølv. «A bit of heaven for the few? Hospice Lovisenberg – et historisk tilbakeblikk». Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni. Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet. Oslo 2005.
3. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. NOU 1997:20. Oslo 1997.
4. Den norske legeforening. Standard for palliasjon. Norsk forening for palliativ medisin 2004.
5. Helsedirektoratet 15-1529. «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen». Helsedirektoratet 2009. Utskrift fra nettet sep., 2010.
6. Rapport 15-1521. Samhandling. Palliative enheter i sykehjem med fokus på kreftpasienter. Sosial og helsedirektoratet. Utgitt 4/2007.
7. Statistisk sentralbyrå. Dette er Norge: Et eldre samfunn. 2008; www.ssb.no/norge/bef/main (17.08.11)
8. Husebø, B.S. «Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis?». Tidsskriftet for Den norske legeforening nr.10, 2005. Lastet ned 13.05.2011.



# Landskonferanse 2014

## NSF FGD

Helsefremming og forebygging, også i geriatrien?

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens inviterer til innholdsrik landskonferanse neste år. Mer informasjon om konferansen får du i neste utgave av Geriatrisk sykepleie, men sett av datoene allerede nå. Tema for Landskonferansen 2014 er Helsefremming og forebygging, også i geriatrien?

**20. og 21. mars 2014**  
Royal Christiania Hotel i Oslo.

**Målgrupper:**  
Sykepleiere, hjelpepleiere, leger, fagutviklere, forskere, pårørende og allmenhet.

