



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-04-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSD440 1 BOPPG 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	226
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	6462
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	14
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Av hele mitt hjerte – et essay om akutt forverring hos eldre pasienter

From the bottom of my heart – an essay about acute deterioration in elderly patients

Kandidatnummer: 226

GRSD19 – Desentralisert sykepleieutdanning kull 2019

Fakultet for helse- og sosialfag

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 09.05.2023

Ord: 6462

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Av hele mitt hjerte.....	4
Meg og mitt hvorfor	5
Den hundre år gamle tjuefem-åringen	6
Kan jeg få et glass melk?	8
Timeglass	10
En genial idiot.....	12
Luftslott	14
Elefanten i rommet	16
Kildeliste	19
Vedlegg 1: søkeprosess i bacheloroppgave	1

Sammendrag

Denne oppgaven er et faglig essay som handler om hvordan jeg som sykepleier kan tilnærme meg akutt forverring hos eldre, skrøpelige mennesker. Dette er en pasientgruppe som ofte har kompleks sammensetning av sykdom, polyfarmasi og naturlige aldersforandringer, som kan gjøre et sykdomsforløp ekstra krevende. En utfordring som er særegent hos skrøpelige eldre er at sykdom ofte presenteres med fraværende, vage eller atypiske symptomer som stiller ekstra krav til faglig kompetanse hos helsepersonell som arbeider med eldre. Jeg presenterer ulike aspekter om sykepleiers tilnærming til akutt forverring, og har til hensikt å gi deg et innblikk i erfarte sammenhenger i et pasientforløp før, under og etter forverringen oppstår. Egne refleksjoner og erfaringer fra arbeid med skrøpelige eldre i sykehjem og hjemmesykepleien, samt erfaringer knyttet til praksisene gjennom studiet, knyttes til sykepleieteori, fagkunnskap og forskning. Essayet har ingen start til slutt struktur, det starter med en innledning og vil videre veksle mellom presentasjon av fagkunnskap, refleksjoner og pasienthistorier. Kari Martinsens omsorgsteori og filosofiske betraktninger om det abstrakte i sykepleien er den grunnleggende sykepleieteorien gjennom alle kapitlene. Hovedpersonen i oppgaven er den svekkede og hjelpetrengende pasienten, som sykepleieren har et særlig ansvar for. Et ansvar som må læres og øves, gjennom utvikling av kunnskap, faglig skjønn og klinisk blikk. Essayet tilsikter å skape refleksjon og undring hos deg som leser, og er samtidig en del av min personlige utvikling som fremtidig sykepleier.

Abstract

This thesis is a professional essay about how I, as a nurse, can approach acute deterioration in elderly, frail people. This is a patient group that often has a complex combination of disease, polypharmacy, and natural age changes, which can make the course of the disease extra demanding. A challenge that is unique to the frail elderly is that illness is often presented with absent, vague, or atypical symptoms, which place additional demands on the professional competence of healthcare personnel who work with the elderly. I present various aspects of the nurse's approach to acute deterioration and intend to give you an insight into experienced contexts in a patient's course before, during and after the deterioration occurs. Own reflections and experiences from work with frail elderly in nursing homes and home nursing, as well as experiences related to the practices throughout the study, are linked to nursing theory, professional knowledge, and research. The essay has no start-to-finish structure, it starts with an introduction and will then alternate between presentation of specialist knowledge, reflections, and patient stories. Kari Martinsen's care theory and philosophical considerations about the abstract in nursing are the basic nursing theory throughout all the chapters. The main person in the task is the weakened and needy patient, for whom the nurse has a particular responsibility. A responsibility that must be learned and practiced, through the development of knowledge, professional judgment and clinical vision. The essay aims to create reflection and wonder in you, the reader, and is at the same time part of my personal development as a future nurse.

Av hele mitt hjerte

Av hele mitt hjerte ønsker jeg at pasientene mine skal ha det bra. Så bra som mulig, på deres egne premisser. Siden sommeren 2016 har jeg jobbet med å hjelpe eldre mennesker med stort og smått. Fra et raskt morgenbesøk med hjelp til støttestrømper i hjemmet, til å holde en hånd ved det siste åndedraget på sykehjemmet. Fra å bli kysset av takknemlighetens tørre lepper som endelig fikk etterlengtet fuktighet, til å bli slått, kløpet og kjeftet på av den livredde kroppen som ikke lenger forstår hvem speilet viser. De har alle sin unike historie fylt av gleder og lidelser, sine levde liv som er proppfulle av erfaring på godt og vondt. De er som meg og deg, men fanget i et skall som raskt eller sakte svikter dem. Den naturlige aldringsprosessen medfører generell forhøyet risiko for akutt forverring i deres helsetilstand, og økt sårbarhet for påkjenninger (Ranhoff, 2014, s. 226). Når situasjonen er avklart og pasient og pårørende er tilfreds, er det godt å være helsepersonell og kunne gi den beste mulige hjelpen. Dessverre skjer det etter min mening altfor ofte at en akutt forverring fører til kaotiske og uoversiktlige situasjoner som medfører stor belastning for de involverte.

I praksis har jeg erfart hva som skjer når eldre sykehjemspasienter legges inn på sykehus. I jobben min ved et sykehjem erfarer jeg hva som skjer før og etter sykehusinnleggelsen. Det jeg ser, skremmer meg. Eldre, skrøpelige mennesker som ofte har komplisert sammensetning av sykdom og aldersrelaterte forandringer i kroppen, sendes frem og tilbake mellom sykehjem og sykehus. De har kort liggetid i sykehus, men hyppige reinnleggelser til tross for at de bor på et sykehjem som kanskje kunne behandlet eller lindret tilstanden de legges inn med (Bruvik et.al., 2017). Hvorfor skjer dette? Hva kan gjøres for å unngå det?

Med dette essayet ønsker jeg å utforske ulike aspekter som kan inngå i hvordan jeg som sykepleier kan tilnærme meg en akutt forverring hos eldre pasienter i sykehjem.

Bakgrunnen for det er at jeg mener riktig tilnærming til akutt forverring krever kunnskap og erfaring. For å kunne utøve god sykepleie til eldre, skrøpelige mennesker ser jeg det som mitt ansvar å tilegne meg den kunnskap og erfaring som kreves. Med riktig tilnærming kan pasienten spares for unødvendig påkjenning, pasientsikkerheten i sykehjem styrkes og belastningen på sykehusene minskes.

Akutt forverring kan være så mangt. Oppgaven avgrensner til sykdommer og tilstander som hyppigst opptrer hos eldre, med særlig blikk på at eldre ofte har fraværende, vage og atypiske symptomer (Ranhoff, 2014, s. 226-231). Administrative, politiske og økonomiske perspektiver er ikke lagt vekt på, men nevnes i korte trekk. Jeg har brukt pensumlitteratur og gjort systematiske søk i ulike databaser for å finne artikler og studier som er brukt i oppgaven, se vedlegg 1 for søketabeller og beskrivelse av metode. Oppgaven består av en blanding mellom forskningsbaserte fakta og erfaringsbaserte refleksjoner. Jeg vil ikke grave dypt i noen av dem, men forsøke å gi et bilde av min erfarte sammenheng mellom dem og sykepleierens kamp for pasientens beste.

Meg og mitt hvorfor

Jeg har alltid hatt en sterk rettferdighetssans. Med et brennende engasjement for at alle mennesker er like mye verdt, skal ha de samme rettighetene og at loven gjelder alle. Det finnes selvsagt mange nyanser, men jeg er opptatt av at grunnlaget skal være det samme uavhengig av et menneskes bakgrunn og personlighet. I løpet av årene jeg har arbeidet med eldre personer, er det flere faktorer i et aldrende menneskes liv jeg opplever som urettferdige. Det kan handle om aldringsprosessen i seg selv, sykdom eller konteksten rundt. Urettferdighet er noe som i ulike situasjoner har trigget sterke følelser hos meg gjennom mitt liv. Mine personlige erfaringer gir meg inspirasjon til å ta ansvar for den urettferdighet som rammer mennesker som ikke kan eller ikke orker å bære byrden selv, og er en pådriver for det jeg kjenner som en sterk oppgave i sykepleien; å være pasientens advokat.

Etter å ha lest en bacheloroppgave som hadde essay som skriveform, skjønte jeg at dette er en måte å skrive på som jeg har brukt mange ganger uten å være klar over det. Jeg har derfor valgt å skrive oppgaven min som et faglig essay. For meg er skriving en prosess der jeg får satt ord på erfaringene mine, og gjennom skrivingen får jeg også bearbeide følelser som er knyttet til erfaringene. Det hjelper meg å reflektere over situasjonene som har møtt meg og se dem i et nytt lys. Gjennom essayet får jeg brukt erfaringene og refleksjonene mine til å undre meg over hvordan noe kan eller kunne foregått på en annen måte. Jeg får en ny forståelse for egne erfaringer, og vil forsøke å dele min forståelse gjennom teksten, slik Jo

Bech-Karlsen (2003, s. 19) beskriver essayets skrivemåte. Jeg ønsker å skape en tekst som vekker interesse, undring og refleksjon hos deg som leser. Samtidig er teksten like fullt en prosess for min egen personlige utvikling som sykepleier. Jeg vil trekke frem to ulike historier der pasienter har opplevd en akutt forverring, og det er gitt sykepleie som på hver sin måte har gjort inntrykk på meg. Disse personene og deres situasjoner som jeg fikk ta del i, har bidratt til å forme meg til den sykepleieren jeg vil være. Jeg håper at du vil kjenne deg igjen i noe, enten du er pleier, pasient eller pårørende.

Den hundre år gamle tjuéfem-åringen

Jeg sitter ved min faste plass i stuen når jeg skriver, og ser rett på et bilde av min oldemor. Min største inspirasjonskilde, som smiler med det smittende smilet på bildet slik hun alltid gjorde i virkeligheten. Hun gjør meg glad og trist på samme tid, men på en fin måte hvis det går an å si det? Trist fordi hun ikke er her mer, men samtidig så rørende glad for å ha fått ha det fantastiske mennesket i livet mitt. Vi har hatt mange gode samtaler, og hennes livserfaring har mang en gang etterlatt meg undrende og reflektert. Hun fortalte meg en gang at selv om kroppen var hundre, så var hjernen fortsatt fem-og-tjue. Det traff meg som en pil inn i sjelen, og var så brutalt treffende beskrevet. For hvordan kjennes det egentlig å være tjuéfem år og fanget i en kropp som brytes ned av aldring og sykdom?

En tanke som har vedvart for meg gjennom arbeid og praksisperioder er at enkelte personer som arbeider i sykehjem har for lite kunnskap om hvordan sykdom arter seg hos eldre. Selv om andelen sykepleierårsverk i institusjon har økt på landsbasis, er det også både helsefagarbeidere og personer uten helsefaglig utdanning som jobber i sykehjem (Abelsen & Gaski, 2015). Helsefagarbeidere har sitt eget viktige arbeid gjennom sitt yrke, som jeg vil påstå er en samarbeidspartner i pleien som er uunnværlig for både pasienten og sykepleieren. Samtidig har de en annen utdanning, og det kan ikke forventes at de skal inneha samme kunnskap og kompetanse som sykepleierne. Personer uten helsefaglig utdanning, assistenter eller pleiemedarbeidere som de ofte benevnes som, er også etter min mening helt nødvendige for at hverdagen i et sykehjem skal gå rundt. Men hvor mye faglig kunnskap kan jeg som sykepleier forvente at disse andre yrkesgruppene skal ha? Når en

avdeling går en dag uten sykepleierdekning, kan jeg forvente at de andre yrkesgruppene fanger opp akutt forverring hos pasientene? Det siste året er det implementert et scoringsverktøy i sykehjemmet jeg jobber ved, som skal hjelpe personalet å systematisere og sette vitale målinger i sammenheng. Hensikten med dette er å tidlig oppdage alvorlige infeksjoner, nærmere bestemt sepsis. Verktøyet kan også brukes for å avdekke andre akutte tilstander, og gir et systematisk bilde av forholdet mellom enkelte vitale parameter som kan indikere at noe foregår i kroppen. Siden eldre mennesker ofte har vage, atypiske eller fraværende symptomer på akutt sykdom, er pasienten prisgitt at personalet også har grunnleggende kunnskap om hvordan den aldrende kroppen fysisk og psykisk fungerer, for å kunne fange opp avvikende adferd og akutt funksjonssvikt (Barker et al., 2020). Det er et godt og nødvendig utgangspunkt, men en boklært helsearbeider med et måleverktøy for hånden, trenger også et øvet klinisk blikk for å kunne ta faglig skjønnsmessige vurderinger.

Kari Martinsen tar den faglige kunnskapen noen nivå videre, og beskriver sykepleien slik jeg gjennom studiet har lært den å kjenne. Hun skriver om rommet og tiden, om sansingen, blikket og faglig skjønn. Hun har satt i gang en refleksjonsprosess hos meg om det abstrakte i sykepleien. Det vi kjenner inni oss som helsepersonell, som ikke alltid kan måles, beskrives og defineres. Det etiske og moralske som er med oss gjennom ord og handling, som hjelper oss å ta avgjørelser og begrunne valgene vi tar.

Jeg tenker at en grunnleggende forutsetning for å forstå sykdom og forverring, er å se mennesket bak sykdommen. Min oldemor er den som for meg gir kronisk og akutt sykdom et ansikt, og minner meg om at det er et menneske bak sykdommen som for alt i verden bare vil bli sett og hørt. Kari Martinsen (2000, s. 9) skriver at å anerkjenne og forstå mennesket er å forstå et vesen som selv er i stand til å forstå og forstå seg selv. Dette tolker jeg som at jeg må se pasienten som et helhetlig menneske. Se den tjuufemåringen som desperat prøver å oppnå kontakt gjennom skallet, og handle i tråd med pasientens ønsker for seg og sin kropp. Visst trenger jeg faglig kunnskap om årsaken til et lavt blodtrykk eller en besværet respirasjon, men det må sees i sammenheng med hele mennesket. Jeg må ha evne til å skape en overordnet situasjonsforståelse som forener faglig kunnskap og medmenneskelighet (Balteskard, 2015, s. 89). Og tiltakene må samstemme med det jeg sammen med pasienten vurderer er til den enkeltes beste. Noen ganger kan det bety å behandle den akutte forverringen av pasientens tilstand, andre ganger kan det bety å hjelpe

pasienten til en smertefri og fredfull død.

Kan jeg få et glass melk?

I Kari Martinsens bok *Øyet og kallet* (2000) leste jeg noen setninger som jeg umiddelbart gjenkjente som min holdning og tilnærming til eldre, skrøpelige mennesker. Et drag i alarmsnoren på et tidspunkt jeg ikke forventer, fra en pasient jeg ikke forventer det fra, får tankene til å kverne på vei til rommet. Hodet forbereder seg på det som skal møte meg i rommet, og sansene skjerpes. Det er ikke sånn at jeg hele tiden tenker at noe dramatisk kan skje, men jeg forsøker å lese mennesket jeg møter og stille meg åpen for det den andres kropp vil fortelle. Jeg erfarer at enkelte mennesker ber om hjelp for sent, fordi de ikke ønsker å være til bry. Derfor tenker jeg at når et menneske som vanligvis ikke vil være til bry strekker ut en hånd, gjelder det å være lydhør med hele seg. Kari Martinsen beskriver det så fint:

Det dreier seg om å kunne se åpent og liketil på den ene siden og faglig utforskende og vurderende på den andre, eller å se uforbeholdent og mottakende og samtidig nytt og utvidet. Hele tiden ut fra det mysterium at det alltid er «noe mer» som knytter seg til personen, og at det er den andre som innbyr meg til å følge med i hans lidelse, smerte og håp. (Kari Martinsen, 2000, s. 10).

Jeg vil fortelle en historie om akutt forverring der faglig kunnskap, erfaring og forebyggende tiltak ble viktige forutsetninger for god sykepleie og riktig tilnærming.

En pasient i sykehjem ringte i alarmsnoren sin. Hun ba om å få et glass melk for svie i øverste del av magen, som hun selv gjenkjente som et symptom på spiserørsbrokk. Dette var noe hun hadde vært plaget med i mange år, og forespørselen om melk var ikke uvanlig. Hun var rolig, vennlig, smilende, som seg selv – slik jeg kjenner henne. Jeg gikk ut for å hente melk, og benyttet samtidig anledningen til å sjekke diagnoselisten hennes og hvilke medisiner hun stod på. Der fant jeg blant annet hjertesvikt, hypertensjon og hypokalemi. Da jeg kom inn

igjen etter noen minutter så jeg straks at noe var forandret. Jeg fikk en følelse av at dette handlet om mer enn sure oppstøt. Hun hadde et bekymret uttrykk i ansiktet. Smilet ble presset frem, og den vennlige tonen skalv. Jeg opplevde henne redd. Hun beskrev at den sviende følelsen hadde flyttet seg bak i ryggen og skuldrene, og det var tungt å puste. Hun hadde ingen smerter, men kjente på et trykkende ubehag i brystet. En blanding av intuisjon og erfaring meldte seg i kroppen min, og med diagnosene hennes friskt i minne fikk jeg en fornemmelse av at dette kunne dreie seg om akutt hjertelatert sykdom. Jeg satte fra meg melkeglasset på nattbordet, og ringte på assistanse. Jeg ville ikke gå fra henne for å hente utstyr selv. Vakthavende sykepleier kom, og foretok fortløpende vitale målinger, som i første omgang var helt normale. Men i løpet av få minutter endret respirasjonen til pasienten seg drastisk. Hun pustet raskt og overfladisk, og ble gradvis mer omtåket. Oksygenmetningen falt, og hun ble cyanotisk. Sykepleier satte raskt i gang tiltak ved å gi henne oksygentilførsel på maske. Jeg snakket med pasienten hele tiden, forklarte henne hva som skjedde og hva vi gjorde. Sykepleieren beholdt roen, men skjønnte at pasienten var kritisk syk og at vi måtte handle raskt. Vi så på hverandre et øyeblikk, og blickene våre var enige: det var ikke sikkert pasienten kom til å overleve. Lege og ambulanse var raskt på plass, og pasienten ble sendt til sykehus.

Det viste seg at pasienten hadde et stort hjerteinfarkt med påfølgende lungeødem. Hun ble stabilisert i intensivavdeling og overlevde uten endringer i helsetilstand og livskvalitet. Den raske oksygentilførselen har sannsynligvis reddet livet hennes. Grundig, kunnskapsrik og helhetlig *sykepleie* reddet livet hennes. Som Kari Martinsen siteres på i forkant av historien, så var det «noe mer» ved denne pasienten. Spiserørsbrokket som hadde plaget henne så mange ganger før, var denne gangen et hjerteinfarkt. Og melkeglasset ble stående urørt igjen på nattbordet.

Det jeg tenker er spesielt med denne situasjonen, er at den ikke er spesiell i det hele tatt. Det er et typisk symptombilde hos et eldre menneske, som samtidig er helt atypisk fra det en ser hos yngre personer. Denne situasjonen synliggjør behovet for at personell som jobber i sykehjem må ha kunnskap om det særegne med akutt sykdom hos eldre. Skrøpelige eldre er sårbare, og har begrenset evne til å tåle ekstra belastninger. Aldringen i seg selv, sykdom og bruk av mange legemidler svekker organkapasiteten og øker risikoen for komplikasjoner. Ved å kunne gjenkjenne symptomer og adferd som kan være avvikende, kan sykepleier

starte med å gi stabiliserende behandling og tilkalle lege og eller ambulanse ved behov. Sykepleiers observasjoner vil være til hjelp i legens diagnostiske arbeid, og tidlig intervensjon vil kunne hindre ytterligere sykdomsutvikling og forebygge komplikasjoner (Ranhoff, 2014, s. 226-228).

Pasienten som fikk hjerteinfarkt hadde betydelig svikt i flere funksjoner fra før, og jeg tenker derfor at det var helt avgjørende at både jeg og sykepleier kjente pasienten i sin habituelle tilstand, og hadde oversikt over diagnoser og medisiner før tilstanden hennes ble kritisk. Utfallet i denne situasjonen er på mange måter en drømmesituasjon for oss som helsepersonell, fordi alt gikk på skinner. Det var personale med riktig kompetanse på jobb, som kjente pasienten, og i riktig tid klarte å identifisere en akutt forverring. Basert på en kombinasjon av klinisk blikk, faglig kunnskap og erfaring. Vi hadde nødvendig akuttmedisinsk utstyr tilgjengelig, og kunnskapen til å bruke dette. Det var også gjort forebyggende arbeid i pasientens journal med avklaring av HLR (hjerte-lunge-redning)- status, avklaring om hvilke situasjoner pasienten skulle innlegges i sykehus og kontaktinformasjon til pårørende var oppdatert og lett tilgjengelig. Jeg tenker på hvordan utfallet kunne blitt dersom bare én av disse faktorene hadde vært annerledes. Alt klaffet denne dagen, men klaffer det neste gang?

Timeglass

Jeg ser for meg at et timeglass symboliserer et liv. Med en tilmålt tid som sakte renner ut. Kanskje fører ytre krefter til at glasset slår sprekker, og sanden renner ut. Eller kanskje belastningen inni glasset blir for stor? Halsen som struper tiden kan bryte, og slippe sanden raskere forbi. Hvordan vet jeg at noens sand renner for fort, og hvordan tilnærmer jeg meg timeglasset? Skal jeg bidra til at noe av sanden renner tilbake, stopper opp, eller kan den noen ganger bare få renne i sitt tempo?

Jeg har en enorm respekt for pasientens autonomi og integritet, og tanken om at jeg i jobben som sykepleier skal stå i situasjoner der jeg må ta avgjørelser som handler om liv og død, er på mange måter helt absurd. Jeg kjenner at jeg får frysninger av å tenke på det. Ja, jeg blir nesten litt uvel. Det ligger så ufattelig mye ansvar og makt i alle handlinger jeg foretar

meg som på en eller annen måte får konsekvenser for pasientens helsetilstand. En makt som ifølge Kari Martinsen (2018, s. 92) må skjønnes og vurderes i situasjonen, hva har jeg i min makt å gjøre noe med? Ordet makt er så hardt, nesten litt skremmende. Det er ingen tvil om at det er et negativt ladet ord. Kan makt være noe bra? Jeg liker å tenke at kunnskap er makt. At jeg tillegges en profesjonell makt som sykepleier, fordi jeg har tilegnet meg kunnskap som gir meg en profesjonell rolle i samfunnet. Og jeg tenker at dersom jeg klarer å bruke kunnskapen min til å gjøre det godt for pasienten, i livet og i døden, er det å forvalte makten min riktig. Men hvordan vet jeg hva som oppleves som det beste for pasienten? Jeg kan bruke kunnskap og erfaring til å vurdere hva jeg faglig mener er best, men med hensyn og respekt for det individuelle liv må pasientens beste også være en skjønnsmessig vurdering.

Vi mennesker er alle sårbare for det akutte og ukjente som kan ramme. Jeg vet ikke hva morgendagen bringer, det vet ikke du heller. Noen synes det er godt å ikke vite, å ta livet og dagene som de kommer. Andre tilstreber å ha en plan for livet, selv om mye ikke kan planlegges. Sykdom og ulykke er noe en ikke kan planlegge, men likevel gjøre seg noen tanker om. Hva ønsker jeg for meg og min kropp dersom ulykken skulle inntreffe, og jeg holdes kunstig i live? Hva ønsker jeg for meg og min kropp dersom jeg rammes av uhelbredelig sykdom? Hva ønsker jeg for mine nærmeste, mine pårørende, og hva ønsker de for meg? Jeg tror de aller fleste av oss har hatt slike tanker, men erfaringsmessig er det ikke så mange som uoppfordret deler tankene med andre. Noen velger også å ikke forholde seg til slike spørsmål før de må. Der jeg jobber tas det initiativ til en forhåndssamtale med pasienter som får innvilget langtids plass på sykehjem. Slike samtaler utføres på bakgrunn av pasientens rett til å bli informert om sin sykdom og sine behandlingsmuligheter, for å kunne ta informerte beslutninger (Nortvedt, 2021, s. 125).

Samtalen er også en kartlegging av pasientens behov og preferanser knyttet til religion og kultur, for å oppnå livskvalitet og kvalitet på døden. Fortrinnsvis utføres samtalen med pasienten selv, sammen med pårørende, eller kun med pårørende til pasienter som ikke selv er beslutningskompetente. Gjennom slike samtaler legger sykepleier og lege til rette for åpen kommunikasjon om pasientens helsetilstand, og legger en plan for helsepersonells tilnærming til ulike tilstander som kan oppstå hos pasienten. Dette omfatter blant annet om pasienten skal gjenopplives ved eventuell hjertestans, mulige sykdomsforløp og

behandlingsvalg i gitte situasjoner. Beslutningene journalføres, slik at de er skriftlige, tydelige og lett tilgjengelige dersom en akutt forverring skulle oppstå (Aasmul et al. (2018); Ranhoff (2014) s. 235).

Den overordnede verdien i sykepleien er å fremme pasientens beste interesser, gjennom å lindre, respektere pasientens egne valg, fremme helse og forebygge sykdom (Nortvedt, 2021, s. 42). Jeg tenker at konteksten rundt en akutt forverring har innvirkning på hvilke handlinger jeg foretar meg, hva jeg vurderer som pasientens beste interesser, og en annen sykepleier ville kanskje vurdert det annerledes enn meg. Med det mener jeg at å fremme pasientens beste interesser vil være personavhengig og situasjonsavhengig, og at forverringens karakter betyr mye for videre handling. Dersom pasienten er våken, klar og orientert, kan han selv fortelle hva han ønsker. Og dersom jeg kjenner pasienten godt eller har kjennskap til pasientens ønsker ved en akutt forverring, kan jeg lettere handle ut fra det *pasienten* selv ville ønske, ikke ut fra det *jeg* vurderer er til hans beste. Jeg tror at dersom det ikke foreligger en plan, så vil det i noen tilfeller være helt åpenbart hva som er det riktige å gjøre, og andre ganger vil det kjennes feil uansett hva jeg gjør.

En genial idiot

Jeg vil fortelle en historie om en pasient fra hjemmesykepleien. Sykdomsforløpet kan relateres til det jeg opplever hos pasienter i sykehjem, og viser viktigheten av å våge å lytte med hele kroppen. Å åpne seg for å bruke sansene til å fange opp og tolke den syke kroppens formidling, og stole på det den forteller. Å ta det praktiske og faglige et nivå videre, til det sanselige, som sammen med erfaring åpner for utviklingen av faglig skjønn.

Du vet den følelsen som slår deg i magen og fester seg i kroppen når du kommer inn i et pasientrom, og du bare vet med hele deg at her er det noe jeg må ta tak i? Martinsen (2000, s. 23) skriver at i sansingen gjøres det umiddelbart krav på meg, og det stilles krav til meg. Dette tolker jeg som at det ligger en uforbeholden forventning til meg som sykepleier om at jeg skal fange opp pasientens behov og gjøre noe med det. Det ubeskrivelige kaller på meg gjennom stemningen, og det er opp til meg å gripe tak i det. Jeg tenker at når sansene er

mottakelige for stemningen i et rom, kan min umiddelbare tolkning utløse en følelse av at jeg må gjøre noe. Erfaringsmessig er det ikke alltid så enkelt å sette ord på akkurat hva som sanses, men følelsen jeg får fører til videre handling. Denne følelsen kjenner jeg som min magefølelse, min intuisjon, og jeg har ennå til gode at den ikke har stemt. Balteskard (2015, s. 88) skriver at i tydingen følger vi den vedvarende bevegelse mellom sansing og forståelse, hvor sansingen har den avgjørende betydning for forståelsen.

En gang rykket jeg ut på alarm hos en pasient som bodde hjemme uten hjelp fra hjemmesykepleien. Han hadde kjent seg svak i beina da han reiste seg fra sengen, satt seg ned igjen og klarte da ikke å komme seg opp. Han beskrev dette som nytt for han, og var normalt en fysisk frisk og sprek mann som kun hadde hypertensjon som diagnose. Dette var han også medisinert for. Jeg hadde ingen andre opplysninger å forholde meg til enn det pasienten selv fortalte, og min egen sansing, min intuisjon. Vitale målinger var stort sett fine, med unntak av respirasjonsfrekvensen som var noe forhøyet, noe som selvsagt kunne forklares med at han var stresset i situasjonen. Jeg fikk heller ikke målt en nøyaktig temperatur, da termometeret jeg hadde med ikke spilte på lag. Hånden min kjente, og vurderte, at huden var varm og tørr, og kanskje en tanke febril. Det kunne være hva som helst, det var ingen kliniske funn som pekte i en spesifikk retning. Uten sykepleier tilgjengelig på vakt, ringte jeg legevakt for å rådføre meg. En sykepleier svarte meg, og jeg beskrev mine sansende betraktninger som bare en annen sykepleier kan forstå. Jeg følte, sanset, tolket, visste, men kunne ikke forklare hva det var. Det var bare *noe*. Og dette noe sa meg at han skulle på sykehus, og at det måtte skje fort.

Ambulansen kom, og personalet hadde et kroppsspråk som tydelig uttrykte at de oppfattet dette oppdraget som totalt unødvendig. Mens de begynte å gjøre nye målinger og stille de samme spørsmålene jeg hadde stilt, var det som om lynet slo ned i meg. Brått fikk jeg en følelse av at han hadde sepsis. Ambulansearbeideren lo, og spurte hvordan i alle dager jeg kom til den konklusjonen, det var da ingenting som tydet på at han hadde sepsis? Jeg kunne ikke svare på det. Jeg følte meg som en genial idiot der jeg stod, fordi jeg kjente så sterkt hva som foregikk i den andres kropp, og jeg bare *visste* at jeg hadde rett, men jeg kunne ikke forklare hvorfor. Kari Martinsen (2000, side 41) skriver om å forsøke å stille seg åpen for det som kommer til seg, å våge og tro hva øyet ser og ha tillit til sine sanser. Hvis jeg ser bort fra det religiøse og hellige som er beskrevet som grunnlaget for at sykepleieren har et kall, så

tenker jeg at det er dette ubeskrivelige *noe* som kjennes som et kall for meg. Pasienten kaller på meg gjennom det ubeskrivelige, og jeg møter han gjennom sansingen. Hva er det jeg sanser? Pasienten hadde urosepsis, og var på vei i septisk sjokk da han ankom sykehuset.

Luftslott

Jeg har vært innom ulike aspekter ved akutt forverring før en pasient legges inn i sykehus, men hvordan er det når pasienten kommer tilbake?

Jeg får en litt rar smak i munnen når jeg leser målene for Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)), som trådte i kraft i 2012. Slik jeg forstår reformens innhold, er den en politisk satsing for å styrke og forbedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Tvert imot har reformen paradoksalt nok på mange områder svekket tjenestene for de eldste (Abelsen & Gaski, 2015; Bruvik et al., 2017). Pasientene sendes i skytteltrafikk mellom sykehjem og sykehus fordi det ofte er uenighet om hvor det er best for dem å få behandling (Romøren et al., 2017). Og ingen har tilsynelatende tid til å behandle mennesket i sin helhet (Abelsen & Gaski, 2015).

Pasientene som kommer fra sykehus til sykehjem er generelt eldre, og har mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende tilstander enn før Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)) ble innført. Det kan være en helt ny og ukjent pasient, eller den samme pasienten som jeg sendte til sykehus i forrige uke. Den pasienten jeg kjente så godt at jeg visste hvor sterk saft han skulle ha, og hvilken skuff han hadde sokkene i. Han kommer gjerne tilbake i en helt annen helsetilstand, med helt endrede behov. Kanskje er han nyoperert, og har behov for smertelindring og mobilisering. Kanskje har han sykdomsrelaterte funksjonsforandringer, og trenger en annen type kommunikasjon. Kanskje bruker han medikamenter som påvirker funksjonsevnen, eller kanskje han har en infeksjon og skal ha intravenøs behandling. Han kan også være i livets siste fase, og kommer tilbake for å få lindrende pleie og omsorg (Abelsen & Gaski, 2015; Bruvik et al., 2017).

Ved overflytting av pasienter fra sykehus til sykehjem opplever sykepleierne i kommunehelsetjenesten at samarbeidet mellom tjenestenivåene er svekket når det gjelder

utskrivningsplanlegging (Bruvik et al., 2017). Mangelfull overføring av vesentlig pasientinformasjon er ikke et nytt problem, men det påvirker pasientsikkerheten mer alvorlig enn før, fordi pasienten skrives ut tidligere i sykdomsforløpet (Abelsen & Gaski, 2015). Sykehjemslegene beskriver også mangelfull eller helt fraværende dialog om utskrivningsklare pasienter. Legene i sykehuset begrunner det med at de ikke har tid til å ta stilling til pasientens helhetlige situasjon. De prioriterer tiden på å skrive epikrise fremfor å kommunisere per telefon (Romøren et al., 2017). Som et resultat erfarer jeg på min arbeidsplass at sykepleieren ofte bruker mye tid på detektivarbeid for å finne ut hvilken behandlingstilnærming pasienten skal ha. Tiden spares altså i sykehuset, men må brukes i sykehjemmet. Jeg tenker at det er svært problematisk, fordi det etter min mening kan gå ut over pleie- og omsorgstilbudet til den aktuelle pasienten, eller tilbudet til andre pasienter dersom den som kom tilbake fra sykehus er mer tid- og ressurskrevende. Jeg erfarer at pasienten ofte er redd og har vært utsatt for store påkjenninger i sykehuset, og at han trenger noen som *ser* han, og har *tid* til han. Pasienten trenger min fulle sanselige oppmerksomhet og tilstedeværelse. Han trenger tiden min, men hvem skal jeg ta den fra?

Kari Martinsen (2018, s. 46) skriver at rytmer og tid i de profesjonelles faglige skjønn og i sykdom settes under press i hastighetskulturen i helsevesenets rom, og de profesjonelle ser ikke mulighetene de har til å gjøre det best mulig. Jeg tolker dette som at i forhastelse og tidsnød forsvinner fornuften i det som er rett foran meg. Jeg ser pasienten, men jeg ser ikke hele mennesket, for det har jeg ikke tid til. Eller jeg tar meg ikke tid, fordi oppmerksomheten har allerede vandret til neste arbeidsoppgave. Jeg lurer på hvordan pasientene har det når kroppene er blitt eldre, treige og skrøpelige, og omgivelsene går raskere enn noen gang? Det er ingen som har tid, ikke pasienten og ikke sykepleieren. Pasientens tid er truet av en akutt forverring. Og sykepleieren må kontinuerlig prioritere hvem som skal få litt av tiden. Hvilken verden er det vi lever i, når vi tilsynelatende ikke har tid til at et menneske fortsatt er et menneske, i alderdom og sykdom?

Jeg vil så gjerne at de skrøpelige eldre skal få en verdig behandling, og jeg vil ha rom for å kunne ta meg tid til å se hele mennesket, for å kunne gi mest mulig helhetlig sykepleie. Med fungerende samhandling ville kanskje tiden handlet om å sikre pasienten et helhetlig og individuelt tilpasset behandlingstilbud, heller enn å drive brannslukking av akutte tilstander. Der har vi etter min mening fortsatt en vei å gå. Drømmen er at samhandlingsreformen skal

fungere slik intensjonen var, men er det en drøm uten rot i virkeligheten, et luftslott?

Elefanten i rommet

Den ligger der og sniker i stemningen, men ingen nevner den. Den kan sanses og føles, som en tyngende sky som legger seg i rommet. Den kan forstås ved at blikk utveksles. Et lite bekræftende nikk fra sykepleier, som møter spørrende øyne hos pårørende. Noen synes at den er vanskelig å snakke om, mens andre snakker om den på samme måte som de forteller hva de skal ha til middag. Jeg synes at den profesjonelle tilnærmingen til den, er nesten like krevende som den personlige tilnærmingen. Den kan være vakker eller kaotisk, og bærer alltid med seg et hav av følelser. Og den stiller store krav til meg som sykepleier og menneske. Elefanten i rommet er døden.

Det er dessverre mange skrøpelige eldre som legges inn i sykehus i livets slutfase, som dør kort tid etterpå på sykehus eller sykehjem. Noen av årsakene til dette er individuelt betinget til hvert enkelt sykehjem, enkelte leger og sykepleiere, og andre årsaker er mer overordnede og gjelder helsevesenets struktur. Det ser ut til at manglende kompetanse, utrygghet, ulikt syn på behandlingsfokus og manglende kommunikasjon og samhandling er sentrale årsaker (Bruvik et al., 2017; Hofacker et al., 2010; Romøren et al., 2017). Etter min mening er dette store og etisk komplekse problemstillinger som det gjerne er utfordrende å finne gode løsninger på, uten at jeg skal gå nærmere inn i disse. Målene for behandling av den akutt syke gamle pasienten er akkurat de samme som for alle andre aldersgrupper, men livsforlengende behandling er ikke alltid meningsfullt (Ranhoff, 2014, s. 230). Det som er viktig for meg er min tilnærming til en pasient med akutt forverring, der det er vurdert og bestemt at pasienten skal ha lindrende behandling. Palliativ omsorg har gjennom sitt idégrunnlag mål om aktiv behandling, pleie og omsorg rettet mot pasienten og dens pårørende, der hovedmålene er symptomlindring og optimalisering av livskvalitet. Og for å gjøre dette trenger sykepleieren mot til å være nærværende og aktivt lyttende når personen i livets slutfase forteller om sin lidelse (Gro, 2014, s. 523-525). Hva betyr det å være nærværende og aktivt lyttende, og hva krever det av meg å gi lindrende sykepleie og behandling?

Kari Martinsen skriver at det menneskelige i sykepleierens faglighet er å komme livet på sanset hold. Og hun står særlig nær den menneskelige gjensidighet i sin egen og pasientens sårbarhet og berørthet (Martinsen, 2000, s. 77). Jeg tenker at som sykepleier er jeg et profesjonelt menneske. Jeg er fortsatt et menneske, som er menneskelig, men rollen som sykepleier krever at jeg også er profesjonell. Et grunnlag jeg har som menneske er evnen til å vise medmenneskelighet, omsorg og empati. Hvordan gjør jeg det på en profesjonell måte? Jeg tror noe av det mest krevende med å være sykepleier er å finne en balansegang mellom det menneskelige og det profesjonelle. Jeg sanser stemningen i rommet og pasientens behov, og berøres av det jeg sanser. Jeg må møte pasienten med fagligheten og kunnskapen min, og samtidig styre hvor mye jeg berøres for å ikke bli uprofesjonell og personlig. Er det greit å vise at jeg berøres, kan jeg felle en tåre eller gi pårørende en klem? Oppfattes jeg som kald og følelsesløs dersom jeg tar meg sammen for å ikke vise at jeg berøres? Er det i det hele tatt menneskelig at jeg ikke skal kunne la meg berøre av noe så sårbart og nært som å ta seg av et døende menneske?

Per Nortvedt (2021, s. 48) skriver at følelser gir oss adgang til andre menneskers virkelighet, en virkelighet som vi uten følelser kanskje ikke hadde forstått betydningen av på samme måte. Jeg vil alltid ha med meg mine egne erfaringer, og erfaringene er knyttet til ulike følelser og stemninger. Ved å ha med meg erfaringer om følelser jeg har kjent på eller observert hos andre i gitte situasjoner, tror jeg at jeg vil ha bedre forutsetninger for å kunne lese pasientens behov gjennom følelsene han uttrykker. På den måten vil jeg også kunne tilpasse meg pasienten og hans pårørende, og gi rom for at de får uttrykke sine følelser. En tåre hos pasienten kan bety smerte eller redsel. Men det kan også bety lettelse over å kjenne lindring. Jeg har møtt pårørende som kjefter og er sinte, som lar frustrasjonen sin gå ut over personalet. Som viser følelser og gir et bilde av deres virkelighet, og kunnskapen min forteller meg at de kanskje er i sjokk. De er redde og i sorg over sin kjære som skal dø. Jeg må møte deres virkelighet som en sykepleier, men også som et medmenneske. Vi er jo alle opptatt av det samme, at mennesket som skal dø skal ha det mest mulig komfortabelt.

I livets slutfase er det de små og nære behov som oftest ønskes ivaretatt, og som tydelig blir satt pris på (Grov, 2014, s. 525). Det er noe helt spesielt å bevitne et ansiktsuttrykk som forteller at pasienten ønsker å snu seg, eller en kroppsstilling som forteller at det er en ujevnhet i lakenet. Tungen som febrilsk forsøker å finne fuktighet i munnhulen som har

pustet inn tørr institusjonsluft i to dager. Øynene som blinker og forsøker å formidle uroen som herjer i kroppen. Tærne som krummer seg i et forsøk på å endre stilling på hælene som har begynnende trykksår. Jeg ser hva du gjør, og jeg tolker hva du trenger. Jeg ser mennesket inni skallet.

Jeg velger å runde av oppgaven med et sitat fra Kari Martinsens bok *Øyet og kallet* (2000) som bokstavelig talt fikk meg til å gråte da jeg leste det. Du husker pasienten med urosepsis? Det føles som at Kari Martinsen var der, at hun så meg og at hun delte øyeblikket med meg. Øyeblikket jeg kjente av hele mitt hjerte, at det var *jeg* som var sykepleieren på vakt.

Sykepleieren har satt fagligheten i sansingens tjeneste. Pasienten får initiativet, han får tre frem i sin lidelse og med sin lidelse. Sykepleieren tror det hun ser, og hun kjenner smerten igjen: et lidende menneske som berører henne og ber om hennes oppmerksomhet, om hennes medfølelse, tanke, tilstedeværelse og handlekraft i forhold til ham og hans situasjon. (Kari Martinsen, 2000, s. 27).

Kildeliste

Aasmul, I., Husebo, B.S. & Flo, E. Description of an advance care planning intervention in nursing homes: outcomes of the process evaluation. *BMC Geriatrics* 18, 26 (2018).

<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0713-7>

Abelsen, B. & Gaski, M. (2015). Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunens pleie- og omsorgstilbud? *Utposten* 44(7), 40 – 44.

<https://www.utposten.no/journal/2015/7>

Balteskard, B. (2015). Rom for alderdommens sårbarhet. I T. A. Kjær & K. Martinsen (Red.), *Utenfor tellekantene: Essays om rom og rommelighet* (s. 77-91). Fagbokforlaget.

Barker, R. O., Stocker, R., Russell, S., Roberts, A., Kingston, A., Adamson, J., & Hanratty, B. (2020). Distribution of the National Early Warning Score (NEWS) in care home residents. *Age and Ageing*, 49(1), 141–145.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afz130>

Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster: essayskriving for begynnere*.

Universitetsforlaget.

Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 60613, e–60613.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utgave).

Gyldendal akademisk.

Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H.

Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 522-537).

Gyldendal akademisk.

- Hofacker, S., Naalsund, P., Iversen, G., & Rosland, J. (2010). Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(17), 1721–1724. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1028>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2018). *Bevegelig berørt*. Fagbokforlaget.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleieetikk* (3. utgave). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. (2014). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 225-237). Gyldendal akademisk.
- Romøren, M., Pedersen, R., & Førde, R. (2017). Én pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137(3), 193–197. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0099>
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s. 212-224). Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1: søkeprosess i bacheloroppgave

Metode

En metode er en fremgangsmåte for å etterprøve påstander og frembringe kunnskap, og forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe kunnskapen (Dalland, 2007, s. 81). Min oppgave har essay som skriveform, og baserer seg i stor grad på egne erfaringer og opplevelser. Bech-Karlsen skriver at essayet er en metode for å søke sannhet, og denne sannheten kjennetegnes ved sin kompleksitet. Essayet er etter min mening en tekst som bearbeider personlig ervervede erfaringer, og ser dem i sammenheng med studier gjort rundt essayets tema. Essayet i seg selv er metoden. Det gir en mangfoldig belysning og er et møtested mellom det saklige og personlige (Bech-Karlsen, 2003, s. 25). Denne oppgaven handler om hvordan sykepleier kan tilnærme seg akutt forverring hos eldre pasienter i sykehjem. Jeg har søkt etter forskningsartikler og faglitteratur med hensikt å supplere og underbygge mine erfaringer fra arbeid med eldre, men også fagstoff som undersøker etablerte praksiser knyttet til akutt forverring i eldreomsorgen.

Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense til artikler skrevet etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012, da jeg tenker at artikler før denne endringen ikke vil være like relevante for oppgaven. Jeg har likevel valgt å inkludere én artikkel fra 2010 (Hofacker et al., 2010) fordi jeg mener at innholdet i denne artikkelen fortsatt er aktuelt og relevant for min oppgave. Det ligger også en naturlig avgrensning i at norske artikler er mest relevante, da oppgaven handler om det norske helsevesens struktur og organisering. Jeg har inkludert en britisk studie fordi den fokuserer en kartleggingsmetode som også er høyaktuell i Norge (Barker et al., 2019).

Søk

Jeg har gjort systematiske søk i databasene CINAHL, Medline Ovid og Svemed+. Det er kun søkene som har ført til valgte artikler som er vedlagt oppgaven. Søkeord brukt for systematiske søk er: nursing home patients, nursing home, acute disease, aged, hospitalization, norway. Ulike kombinasjoner av søkeord er brukt for å avgrense søket, se skjermbilde av søkene lenger nede. Jeg har også foretatt ett manuelt søk i Google Scholar. Her var jeg på jakt etter en spesifikk artikkel som jeg ble tipset om fra en kollega, og søket ble gjort direkte med tittelen på artikkelen. Se skjermbilde også av dette søket.

Søk i Svemed+ 21.03.23



Sök artiklar i SveMed+

Observera: SveMed+ upphör att uppdateras!

Enkel sökning Avancerad sökning Kombinera sökningar

#4 AND #5

Peer reviewed tidskrifter Läs online

Sökningar  

Kombinera sökningarna med boolesk logik med hjälp av kryssboxarna eller direkt i sökrutan, t ex. **#1 AND (#2 OR #3)**

Markera/avmarkera alla

Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
<input type="checkbox"/>	1 aged	27901	2023-03-21 12:38:02
<input type="checkbox"/>	2 hospitalization	9736	2023-03-21 12:38:24
<input type="checkbox"/>	3 nursing home	2257	2023-03-21 12:38:49
<input type="checkbox"/>	4 #1 AND #2 AND #3	212	2023-03-21 12:38:56
<input type="checkbox"/>	5 norway	13355	2023-03-21 12:39:31
<input type="checkbox"/>	6 #4 AND #5	63	2023-03-21 12:39:44

Av resultatet på 63 artikler, ble følgende fire valgt:

1. Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 60613, e–60613. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>
2. Hofacker, S., Naalsund, P., Iversen, G., & Rosland, J. (2010). Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(17), 1721–1724. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1028>
3. Abelsen, B. & Gaski, M. (2015). Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunens pleie- og omsorgstilbud?. *Utposten* 44(7), 40 – 44. <https://www.utposten.no/journal/2015/7>
4. Romøren, M., Pedersen, R., & Førde, R. (2017). Én pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137(3), 193–197. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0099>

Søk i CINAHL 20.02.23

Search History/Alerts

[Print Search History](#) [Retrieve Searches](#) [Retrieve Alerts](#) [Save Searches / Alerts](#)

Select / deselect all

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S4	S1 AND S2	Limiters - Published Date: 20150101-20221231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (13) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S3	S1 AND S2	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (30) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S2	(MH "Acute Disease")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (30,409) View Details Edit
<input type="checkbox"/> S1	(MH "Nursing Home Patients")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (15,480) View Details Edit

Refine Results Search Results: 1 - 13 of 13 Relevance ▾ Page Options ▾ Share ▾

Av resultatet på 13 artikler, ble følgende valgt:

1. Barker, R. O., Stocker, R., Russell, S., Roberts, A., Kingston, A., Adamson, J., & Hanratty, B. (2020). Distribution of the National Early Warning Score (NEWS) in care home residents. *Age and Ageing*, 49(1), 141–145. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz130>

Søk i Google Scholar 27.04.23

The screenshot shows the Google Scholar search interface. The search bar contains the text 'Description of an advance care planning intervention in nursing homes: outcomes of the process evaluation'. Below the search bar, there are several filters on the left side: 'Når som helst' (When), 'Sorter etter relevans' (Sort by relevance), 'Alle typer' (All types), and 'ta med patenter' (Include patents). The main search result is displayed on the right, showing the title, authors (Aasmul, B.S. Husebo, E. Flo), the journal (BMC geriatrics), and the year (2018). The abstract is also visible, starting with 'Abstract Background Advance Care Planning (ACP) is the repeated communication and decision-making process between the patient, family, and healthcare professionals. This study describes an ACP intervention in nursing homes and evaluates the outcomes of the implementation process. Methods The ACP intervention was part of a 4-month complex, cluster randomized controlled trial (COSMOS). 37 Norwegian nursing homes with 72 units (1 cluster= 1 unit) and 765 patients were invited to participate and eligible units were ...'. There are also links for 'Lagre' (Save), 'Referanse' (Reference), 'Sisert av 60' (Cited by 60), 'Beslektede artikler' (Related articles), and 'Alle 11 versjoner' (All 11 versions).

Denne artikkelen ble valgt:

1. Aasmul, I., Husebo, B.S. & Flo, E. Description of an advance care planning intervention in nursing homes: outcomes of the process evaluation. *BMC Geriatrics* 18, 26 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0713-7>