



# Fordypningsoppgave

**VAE727 Aldring og eldreomsorg**

**Eldre pasienters opplevelser ved opphold i sykehus**

Pauline Kondov og Edith Aae Haga

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 19 mai 2014



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19 mai 2014

**Antall ord: 9556**

## **Forord**

**Truly care for Me**

**I am so vulnerable**

**Handing power to you**

**I need to count**

**I need to feel empowered too.**

**It's scary to be a number, a task, a chore**

**In order to care**

**You must know who you're caring for.**

**Peter Draper et al. 2013**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I Stortingsmelding nr. 47 står det at vi framover vil få en betydelig økning i antall eldre. Antall eldre over 67 år fordobles fram til år 2050. Med bakgrunn i dette utvikles allerede planer for bedret omsorg for eldre i sykehus. I Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012 var det lagt til grunn særskilte innsatsområder innenfor spesialisthelsetjenester for eldre. Innsatsområdene var brukerens mestring av egen sykdom og funksjonssvikt, samt forebyggende og helsefremmende tiltak i forbindelse med sykehusopphold.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleier ivaretar den eldre pasient i akutt fase på sykehus, og på hvilken måte den eldre pasienten opplever dette.

**Metode:** Oppgaven er et systematisk litteraturstudium. Studien bygger på 8 forskningsartikler.

**Resultat:** Eldre pasienter har et stort behov for å bli sett som enkeltindivid, inkludert i samtaler og føle mestring i forhold til egen helsetilstand. Måter dette oppnås på er gjennom gode relasjoner til helsepersonell og tilegnet kunnskap som bidrar til trygghet og økt evne til mestring av egen sykdom og funksjonsnedsettelse.

**Konklusjon:** Det er positivt med større fokus på eldre i sykehus, men vår litteraturstudie viser at det fortsatt er behov for spesifikk tilrettelegging av den eldre pasients opphold i sykehus. Måltrettet og god kommunikasjon basert på den didaktiske relasjonsmodellen og grunnleggende kunnskap om relasjons- og kommunikasjonsstrategier blant helsepersonell, er avgjørende for eldre pasienters opplevelse av å bli møtt og sett som enkeltindivid. Det mest avgjørende punktet for å skape denne gode opplevelsen for pasienten er at helsepersonell har tid nok til å utføre disse tiltakene på en god og gjennomført måte.

**Nøkkelord:** Eldre, hospitaliserte pasienter, helsepersonell, relasjon, mestring, kommunikasjon.

## **Abstract**

**Background:** Parliamentary report nr. 47 state that there will be a significant increase in the number of elderly in the years to come. The number of elderly over 67 years will double by the year 2050. Based on that fact there is already developed plans to improve care for hospitalized older people. The National Strategic Special Health-services for older patients (2008-2012) targeted specific services for the elderly. The focus areas were the users ability to cope with his own illness and disability, prevention and health promoting measures during hospitalization among the elderly.

**Aim:** The purpose of this study was to examine how a nurse took care of the elderly patient in the acute phase in the hospital, and how the older patient experiences this.

**Method:** A literature study based on 8 research articles.

**Result:** Elderly patients have a great need to be seen as individuals, included in conversations and feel that they cope relating to their own health. Ways to achieve this is through good relations with health professionals and acquired knowledge that contributes to the feeling of security and increased ability to cope with their own illness and disability.

**Conclusion:** It is positive with more focus on hospitalized older people, but we believe there is still a need for specific arrangements of elderly patients stay in hospital. Targeted and good information based on the didactic relational model and basic knowledge of relational and communication strategies among health professionals are essential for older patients experience of being met and seen as individuals. The most crucial point for creating this great experience for the patient is that healthcare professionals have enough time to perform these actions in a proper and thorough way.

**Key words:** Elderly, hospitalized patients, health professionals, relationship, coping, communication

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	1
1.2 Hensikt med studien/oppgaven .....	2
1.3 Problemstilling .....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Sykepleie til eldre i sykehus.....	3
2.2 Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring .....	3
2.2.1 Definisjon av psykologisk stress.....	4
2.2.2 Problemfokuset og emosjonelt orientert mestring .....	4
2.3 Kommunikasjon .....	5
2.4 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	6
2.5 Relasjonskompetanse .....	7
2.5.1 Hjelperelasjon .....	7
2.6 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	8
<b>3.0 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>9</b>
3.1 Inklusjonskriterier for artiklene.....	9
3.2 Litteraturstudie .....	10
3.3 Litteratursøk .....	10
3.3.1 Utarbeidelse av PICO-skjema .....	11
3.4 Søkehistorikk.....	11
3.5 Kvalitetsvurdering.....	12
3.6 Etisk vurdering .....	12
3.7 Eksklusjon av artikler.....	12
3.8 Analyse.....	13
3.8.1 Funn av artikler .....	13
3.8.2 Identifisering av nøkkelfunn .....	13
3.8.3 Finne tema på tvers av studiene .....	13
3.8.4 Samle felles funn.....	14
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1 Pasient og helsepersonells opplevelse av kommunikasjon, verbal og nonverbal. .	15
4.2 Relasjon mellom pasient og pleier .....	16
4.2.1 Relasjonskompetanse/relasjonsbygging.....	16
4.2.2 Behov for nære relasjoner .....	16
4.3 Personrettet pleie.....	16
4.3.1 Behov for individrettet tilnærming.....	16
4.3.2 Behov for anerkjennelse.....	17
4.3.3 Behov for kontinuitet .....	17
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>18</b>
5.1 Metodediskusjon .....	18
5.2 Resultatdiskusjon .....	19
5.2.1 Viktigheten av et godt pasientforløp .....	19
5.2.2 Kommunikativt samspill mellom pasient og pleier .....	19
5.2.3 Viktigheten av en tidlig etablert relasjon .....	21
5.2.4 Den etablerte relasjonens betydning for pasientens subjektive opplevelse ....	21
5.2.5 Relasjonens betydning for pasientens evne til mestring .....	23
5.2.6 Viktigheten av en individrettet tilnærming .....	26
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
6.1 Forslag til videre forskning .....	28
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>30</b>

Vedlegg 1: Inkluderte artikler

Vedlegg 2: PICO-skjema

Vedlegg 3: Søkehistorikk



## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

I vår fordypningsoppgave i aldring og eldreomsorg ønsket vi å sette fokus på eldre pasienter som gjennomgår en akutt livsendrende sykdom som fører til innleggelse i sykehus. Innleggelse i sykehus innebærer for mange en stor omveltning i livet, og kan i større eller mindre grad påvirke negativt både rehabiliteringspotensiale, mellommenneskelige forhold og evne til å håndtere en krise.

I Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012 var det lagt til grunn særskilte innsatsområder innenfor spesialisthelsetjenester for eldre. Innsatsområdene var brukerens mestring av egen sykdom og funksjonssvikt, forebyggende og helsefremmende tiltak i forbindelse med sykehusopphold. Videre et godt tjenestetilbud i sykehus og bedre samhandling med kommunene. Og til sist rekruttering av nøkkelpersonell med økt tverrfaglig kompetanse og styrket forskning om Eldres helse og tjenestetilbud.

(Helse og omsorgsdepartementet, Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008 – 2012, 2008).

Eldre mennesker er spesielt utsatt og sårbare under en sykehusinnleggelse. Fysisk vet vi at mange har nedsatt hørsel som kan gi utfordringer i forhold til kommunikasjon og orientering. De fleste eldre har en eller annen form for synssvekkelse som både kan vanskeliggjøre orienteringsevnen og øke risikoen for fall når man er i ukjente omgivelser. Med aldringsprosessen følger også tap av muskelmasse som også kan påvirke balanse og evnen til å bevege seg fritt. Eldre mennesker over 75 år har gjerne tapt en eller flere betydningsfulle nærstående personer i løpet av livet og kan ha et svakere sosialt nettverk enn yngre pasienter.

Det spesielle ved gruppen eldre er at de er særskilt utsatt for å utvikle en akutt forvirringstilstand (delirium), som per definisjon er en klinisk tilstand karakterisert av en akutt fluktuerende forandring av mental status, med uoppmerksomhet og endret bevissthetsnivå. 10-20 % av alle pasienter over 70 år har delirium ved innleggelse og 10-20 % får delirium i løpet av innleggelsen.

Den store andelen eldre pasienter i sykehus dette utgjør belyser derimot hvor viktig det er med god samhandling mellom pasient og pleier for å kunne avdekke om en slik tilstand foreligger eller er under utvikling.

## **1.2 Hensikt med studien/oppgaven**

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleier ivaretar den eldre pasient i akutt fase på sykehus, og på hvilken måte den eldre pasienten opplever dette.

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier samhandle med eldre pasient innlagt i sykehus i akutt fase, slik at pasienten opplever god ivaretagelse?

For å avgrense problemstillingen ønsket vi å fokusere på pasienter over 75 år, men vi inkluderte begge kjønn. Vi ønsket å fokusere på pasienter som var innlagt i sykehus og hvor vi som pleiere kunne bidra med hjelp til krisehåndtering og mestringsstrategier.

## **2.0 Teoribakgrunn**

### **2.1 Sykepleie til eldre i sykehus**

Sykepleie til akutt syke gamle er kompleks og krevende. Sentrale oppgaver vil alltid være observasjon og tolkning av symptomer og tegn på akutt sykdom, vurdering om lege skal tilkalles. God sykepleie skal ivareta både fysiske og psykososiale behov, og ha bevaring av funksjon og lindring av symptomer som hovedfokus. Målsettingen for behandling av akutt syke gamle i sykehus er primært at de skal komme tilbake til den helsetilstanden de hadde før de ble rammet av akutt sykdom. Sykepleieren står sentralt når det gjelder å kunne opprettholde kontinuitet og koordinere tjenestene slik at pasientene oppnår et best mulig behandlingsresultat (Kirkevold et al. 2008).

Eldre pasienter opplever pasientrollen forskjellig. Faglitteraturen fremhever endret kroppsopplevelse, nye tanker og følelser, opplevelser av maktesløshet og usikkerhet, stort behov for informasjon og språkbarrierer med bakgrunn i fagterminologi. Pasientene møter nye krav, men har samtidig reduserte ressurser (Kirkevold et al. 2008).

Det som ofte kompliserer sykehusinnleggelse for den geriatiske pasient er ofte sammensatte lidelser og flere kroniske grunnsykdommer. Akutt funksjonstap på grunn av liten reservekapasitet forekommer også. Det er også en høy risiko for akutt forvirring og demens. Hos de eldre opplever vi ofte diffuse symptomer, uklare og atypiske sykdomstegn. Polyfarmasi og endret respons på legemidler vanskeliggjør behandling (Kirkevold et al. 2008).

### **2.2 Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring**

Psykologen Richard Folkman har utviklet sin teori om stress og mestring gjennom mange tiår. Deler av arbeidet har han utført sammen med kollegaen Susan Folkman. Teorien bygger på en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen en person befinner seg i. Dette betyr at det er personens egne tanker om situasjonen han er i, som utgjør grunnlaget for hans opplevelse av belastning eller stress. Et samspill mellom faktorer i personen selv og den situasjonen han befinner seg i, avgjør hvordan han reagerer og handler, det vil si hvordan han mestrer situasjonen. (Kristoffersen et al. 2006).

### **2.2.1 Definisjon av psykologisk stress**

Kristoffersen (2006) skriver at Lazarus og Folkman definerer psykologisk stress som et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare. Definisjonen innebærer at en situasjon er en påkjenning når personen selv oppfatter den som det. Dette betyr at det er spillet mellom faktorer i personen og situasjonen som er avgjørende for opplevelsen av og reaksjonen på ulike situasjoner. Lazarus og Folkmans definisjon av psykologisk stress innebærer at stressreaksjoner utløses når en person opplever at en situasjon er farlig eller belastende. For de fleste mennesker er vurderingen av stress nært knyttet til at personens grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt. Opplevelsen av stress er sterkere jo mer sentrale de behov eller verdier som er truet, er for personen.

Ved akutt kritisk sykdom opplever verken pasienten og/eller de pårørende verden som meningsfull eller forståelig, og troen på personlig usårbarhet holder ikke lenger. De er i en spesiell situasjon. Avhengig av hvordan denne vurderes, kan det oppleves som psykologisk stress hvis kravene overstiger deres ressurser (Moesmand og Kjøllestad 2004).

Lazarus og Folkman benytter betegnelsen mestring om ulike typer atferd og psykiske prosesser som personen benytter for å fjerne, overvinne, redusere eller tolerere krav som oppstår i situasjoner der personens ressurser stilles på prøve (Kristoffersen et al. 2006). Mestring er det personen føler, tenker og faktisk gjør i den spesielle situasjonen for å endre det aktuelle forholdet mellom personen og omgivelsene, eller for å endre meningen av dette forholdet (Moesmand og Kjøllestad 2004). En persons forsøk på å mestre situasjonen som han befinner seg i, kan være hensiktsmessige og veltilpassete eller uhensiktsmessige og lite egnet. (Kristoffersen et al. 2006).

### **2.2.2 Problemfokuset og emosjonelt orientert mestring**

I boken til Kristoffersen et al. (2006) skiller Lazarus og Folkman hovedsakelig mellom to hovedtyper av strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende. Det er problemfokuset- og emosjonelt orientert mestring.

Problemfokuset mestring omfatter ulike typer aktive og direkte strategier for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. Ved bruk av problemorienterte

strategier forholder personen seg aktivt og direkte til det situasjonen eller problemet gjelder.

Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon framfor å endre selve situasjonen. Strategiene tar primært sikte på å redusere ubehaget i situasjonen ved å dempe de følelsene som ledsager opplevelsen av stress, eller ved å endre situasjonens meningsinnhold. Emosjonelt fokusert mestring er en helt nødvendig strategi i situasjoner som ikke kan endres. I slike situasjoner er emosjonelt fokusert mestring livsnødvendig for å holde ut.

For å fremme mestring må sykepleieren samle data om forhold som innvirker på pasientens kognitive vurdering. Skal man fremme mestring og gi sosial støtte, må pasient og pårørende oppleve å bli møtt som en person. Dette forutsetter blant annet at sykepleieren etablerer kontakt og bruker observasjon, kommunikasjon og gjør seg fortjent til pasientens/pårørendes tillitt (Moesmand og Kjøllestad 2004). Når viktige faktorer i personen og i miljøet er klarlagt, har sykepleieren mulighet til å iverksette konkrete tiltak for å påvirke opplevelsen av trussel og for å styrke pasientens muligheter til å mestre situasjonen på en aktiv og direkte måte (Kristoffersen et al. 2006).

### **2.3 Kommunikasjon**

Begrepet kontaktforhold viser til samhandlingen mellom pasient og omsorgsarbeider. Kontaktforholdet vil bli påvirket av den aktuelle virkeligheten de møtes i, hvilke omsorgsoppgaver som gjør at de møtes, og de forventninger og målsettinger omsorgsoppgavene bringer med seg. I tillegg kompliseres dette kontaktforholdet ytterligere av sosiale, følelsesmessige og/eller helsemessige faktorer som ytterligere spiller inn i helheten.

Ken Heap (2012) skriver i sin bok at det er i sin natur paradoksalt at faglig hjelp skal avhjelpe mottagerens hjelpeløshet på en måte som samtidig styrkes vedkommendes selvfølelse. De fleste eldre mennesker har allerede før de blir brukere av sosial-og helsetjenestene, opplevd endringer og tap av ulike slag , og de er fanget i ulike påtvungne rolleskift som til sammen sterkt truer deres selvbilde.

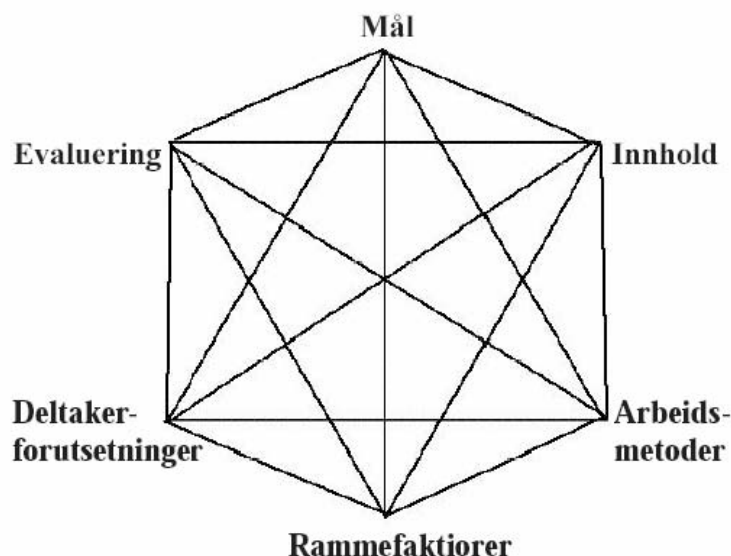
Evnen til aktiv lytting står frem som den viktigste, mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell hjelpende kommunikasjon. Empati er evnen til å lytte, å sette seg inn i andres situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner. Profesjonell empati innebærer at man ”tuner ” seg inn på den andre med sin faglige kunnskap, og at man lytter aktivt og henvendt til den andre. Likeså vil det innebære at man bearbeider den andres følelser og tanker utfra sin faglige kompetanse, opprettholder en konsekvent innlevende holdning til den andre og at man hele veien er seg selv bevisst på hvordan den empatiske prosessen fungerer (Eide og Eide 2004, 38).

En hjelpeprosess eller behandling kan kanskje defineres som det arbeid hjelper og klient utfører sammen over tid med hensyn til klientens problemer.

## 2.4 Den didaktiske relasjonsmodellen

Him og Hippe (1998) beskriver undervisningsprosessen som en didaktisk relasjonsmodell bestående av ulike faktorer. Prosessen med å legge til rette for læring og de vurderinger som gjøres i denne sammenheng. Faktorene i modellen består av mål, innhold, arbeidsmetoder, rammefaktorer, deltaker-forutsetninger og evaluering (Tveiten 2008). Ut ifra disse faktorene ser sykepleieren hvordan hun best mulig kan veilede pasienten med tanke på økt mestring.

“Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier”.  
(Tveiten 2008).



## **2.5 Relasjonskompetanse**

Heap (2012) hevder at et stykke ut i alderdommen kan det skje en uvilkårlig reduksjon av kommunikasjonsferdighetene hos mange mennesker. Energi, hukommelse, konsentrasjonsevne, hørsel og syn kan reduseres, og dermed reduseres evnen til effektiv, nyansert og livsberikende kommunikasjon. Mulighetene for klare og gode samtaler med eldre mennesker er nødvendigvis påvirket av hørsels- og synsforhold. Heap (2012) forteller videre om en kompliserende faktor i forbindelse med hørselstap som er den eldres visshet om at hun eller han går glipp av mye av det som blir sagt. Faren for å gi inadequate responser får pasienten til å trekke seg inn i en taus, men tryggere verden.

Den invitasjonen til kommunikasjon som ligger i blikk-kontakt og omsorgsarbeideres initiativ til å prate, er et virkningsfullt middel når det gjelder å fremme samtale. Det er opp til fagfolkene å bidra til at de eldre pasientene bruker sitt faktiske potensial opp mot det maksimale. Heap (2012) hevder at man grovt sett kan si at synssvekkelse påvirker evnen til å tilpasse seg i omgivelsene, mens hørselssvekkelsen i større grad synes å ramme den psykiske funksjonsevnen og evnen til å investere i og vedlikeholde relasjoner.

Relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og å samhandle med de mennesker vi møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre parten. (Røkenes og Hanssen, 2006, 7).

### **2.5.1 Hjelperelasjon**

Det forholdet pleieren må ha til pasient og hans pårørende, er ikke først og fremst bestemt av særskilte personlighetstrekk ved mottakeren. Forholdet til den syke er et hjelpeforhold. Hjelperelasjonene er avgrenset av tid og sted. Den syke er der en stund, men han skal videre. Det er således mange aspekter ved den profesjonelle rollen og samhandlingen mellom pleier og pasient som er annerledes enn det vi opplever i forholdet til våre nærmeste. Den viktigste forskjellen er kanskje at forholdet ikke primært er skapt og definert av en subjektiv og emosjonell tilknytning, men av et hjelpebehov som er definert av den andres sykdomstilstand og livssituasjon (Kristoffersen et al. 2006).

## 2.6 Joyce Travelbees sykepleieteori

De viktigste begrepene i Travelbees sykepleieteori er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske forhold og kommunikasjon (Kirkevold 2006).

Sykepleierens overordnede mål og hensikt er ifølge Travelbees tenkning å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom.

Travelbees sykepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert. Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut fra dette består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende og finne mening i den situasjonen han gjennomlever. Travelbees ideer er sammenfattet i hennes definisjon av sykepleie:

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kirkevold 2006, 113).

Travelbee hevder at sykepleierens hensikt oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet er en erfaring eller en serie erfaringer mellom mennesket som er sykepleier, og en syk person eller et individ som har behov for sykepleierens tjenester. Det viktigste karaktertrekket ved dette forholdet er at sykepleiebehovene til individet, familien eller samfunnet blir oppfylt (Kirkevold 2006). Et menneske-til-menneske-forhold etableres ifølge Travelbee gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.



### **3.0 Metodebeskrivelse**

#### **3.1 Inklusjonskriterier for artiklene**

Inklusjonskriteriene var at artiklene mest mulig skulle belyse problemstillingen.

Pasientene skulle være fortrinnsvis eldre over 75 år. Vi valgte å ikke fokusere på en spesifikk sykdomstilstand, men generelt på eldre pasienter som på grunn av en akutt forverring i sin helsetilstand hadde behov for døgkontinuerlig pleie og behandling i sykehus. I denne pasientgruppen valgte vi å utelate de med nevneverdig kognitiv svikt, fordi vi ville basere oppgaven på artikler som baserte seg på de eldres uttalte erfaringer. Vi velger å ikke inkludere pasienter med akutt forvirrelsestilstand, da disse er i en akutt krise og ikke kan ha mulighet til å delta i studier utover det å være observasjonskasus for pleierne. Vi erkjenner at det er en veldig viktig pleieroppgave overfor eldre pasienter, men vi går ikke videre inn på å beskrive behandling og observasjoner i forhold til delirium da vi ikke føler det er relevant i oppgaven i forhold til inklusjonskriteriene vi har satt.

I følge forskningsetisk komité (2009) innebærer god forskningspraksis at det blir innhentet fritt og informert samtykke fra deltagerne i studien. At samtykket er informert innebærer at deltakerne har fått forståelig informasjon om hva forskningen går ut på, hvem som finansierer den og hvilke konsekvenser forskningen kan ha for deltagerne. Og pasienter med kognitiv svikt vil ikke ha mulighet til å gi et informert samtykke. I helseforskningsloven (2008 § 18) fremgår det at det er svært begrenset forskning som kan utføres på personer uten samtykkekompetanse. I tillegg så vi at forskjellige artikler som omhandlet pasienter med kognitiv svikt var i stor grad basert på komparente opplysninger fra pårørende. Da ville vi fått en tredjeparts vurdering i tillegg. Vi valgte også å utelate de med større funksjonshemninger, siden vi antok at denne pasientgruppen allerede var i regelmessig kontakt med helsevesenet, og har funnet sin rolle som pasient.

Studiene skulle i hovedsak være gjennomført i sykehus eller pleieinstitusjoner. Siden vi valgte å fokusere på akutt sykdom, så ville sykehuset og et eventuelt påfølgende opphold på pleieinstitusjon være innen en akutfase. Vi antok da at pasientene ennå var i en krise som stilte krav til økte og/eller nye krav til mestring i forhold til tidligere livssituasjon.

Fokus skulle være på samhandling mellom pleiepersonell og pasientene med bakgrunn i krisehåndtering og mestring. Vi valgte å ikke skille mellom sykepleiere og annet

helsepersonell siden forskningen ikke la nevneverdig vekt på utdanningsnivå på pleierne. Forskningen skulle ha vært presentert i ett vitenskapelig tidsskrift, med enten publiseringsnivå 1 eller 2. Vi har sammen kvalitetsvurdert dem som gode artikler.

Vi valgte å inkludere 3 artikler som baserte seg på pleiernes erfaringer og opplevelser av hva som er god kommunikasjon og hvordan de bygger relasjoner. Dette fordi vi ville se om det helsepersonell lærer om og handler utifra samsvarer med hva pasienten opplever som viktig i samhandling med pleierne. Disse tre studiene artiklene beskrev, hadde til hensikt å bruke funnene til å forbedre undervisningen til studenter og helsepersonell.

### **3.2 Litteraturstudie**

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie er definert som at den går ut fra et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm 2008). I retningslinjene for denne oppgaven stod det at forskningen skulle være presentert i en vitenskapelig artikkel. Litteraturstudiens resultat skulle baseres på minimum 8 forskningsartikler.

Forskningen skulle være presentert i en vitenskapelig tidsskriftartikkel. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) kjennetegnes slike artikler ved tre kriterier. At de er:

1. tilgjengelige for andre forskere og interesserte i ulike databaser,
2. at det er primærpublisering av originalarbeid,
3. at de er fagfellevurdert.

Fagfellevurdert vil si at vitenskapelige granskere studerer forskningsartikler og tilrår eller frarår publisering.

### **3.3 Litteratursøk**

Vi ønsket å bygge oppgaven på så ny forskning som mulig. Derfor valgte vi å fokusere på artikler som var publisert fra år 2008 – 2013. Vi søkte etter kvalitativ forskning siden vi ønsket det levde menneskets erfaringer og opplevelser, ikke en form for statistikk.

Hovedvekten av artiklene vi har valgt å ha med i oppgaven er på engelsk. Dette fordi de skandinaviske artiklene også er publisert i internasjonale databaser og er publisert som engelskspråklig førstegangspublikasjon.

### 3.3.1 Utarbeidelse av PICO-skjema

Når en arbeider kunnskapsbasert, er det viktig å gjøre det man lurer på, om til eksplisitte og fokuserte spørsmål. Dette oppleves ofte som vanskelig og komplisert, og derfor har vi benyttet et rammeverk som ofte er til hjelp i denne prosessen; PICO. PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet ditt på slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene i PICO betegner bestemte momenter som ofte bør være med i et klinisk spørsmål (Nortvedt et al. 2008):

#### **P: Population/problem** (hvem vi vil si noe om)

Forsøkte først med norske søkeord med begrenset utvalg. Måtte da bruke engelske søketermer som elder\*, aged, patient, nurse, geriatric nurse og geriatric.

#### **I: Intervention** (hva vi vil si noe om)

Her valgte vi å legge hovedvekt på søk i utenlandske databaser, grunnet lite treff i norske databaser. Søketermene var communication, treating, health, acute, nurse-patient-relation, care\*, compassion, nursing, cope\* og hospital\*.

#### **C: Comparison** (sammenlignes det med noe)

Dette punktet valgte vi å se bort i fra siden kommunikasjon ikke er sammenlignbart med andre tiltak, fordi kommunikasjon alltid er tilstede i relasjon mellom to eller flere personer.

#### **O: Outcome** (hvilken effekt, hvilket utfall)

Dette punktet valgte vi også å se bort i fra.

### 3.4 Søkehistorikk

I starten av søkeprosessen ønsket vi å søke litt bredt for å se om vi i det hele tatt ville få nok stoff som grunnlag til oppgaven vår. Vi tok utgangspunkt i PICO-skjemaet med fokus på P, I og O. Underveis oppdaget vi lite relevans på søketermene under punkt O og valgte derfor å utelate disse søketermene. Da stod vi igjen med P og I etter en helhetsvurdering. For å finne forskningsartikler konsentrerte vi oss om databasene i OVID (Ovid Medline og Ovid Nursing), PubMed og Svemed+. Videre fant vi også studier som var kort presentert i artikler i tidsskrifter som vi søkte opp manuelt i etterkant. Vi leste konsekvent abstrakter

og valgte å gå videre med artiklene på bakgrunn av disse. Vi fant artikler både fra Skandinavia, Europa og Nord-Amerika. Alle artiklene er skrevet på engelsk.

### **3.5 Kvalitetsvurdering**

Artiklene ble kvalitetsvurdert ved hjelp av kvalitetsvurderingsskjema vi fikk utdelt som en del av undervisningen i vurdering av forskningsartikler høsten 2012. Det aktuelle skjemaet er et vedlegg hentet fra Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – 2011. Artikkelen var hentet fra Kunnskapssenteret. I sjekklisten var det listet opp 10 sjekkpunkt som bidro til kvalitetsvurdering av artiklene. Vi gikk over skjemaet ved hver artikkelgjennomgang. Vi synes det var et godt hjelpemiddel for å kunne se mer objektivt på alle artiklene.

### **3.6 Etisk vurdering**

Innen arbeidet med en systematisk litteraturstudie påbegynnes, bør etiske vurderinger gjøres. Etiske vurderinger ved systematiske litteraturstudier bør gjøres ved valg og presentasjon av resultat. Det er viktig at valgte studier har fått godkjenning fra en etisk komité, eller at det er foretatt noen etiske vurderinger (Forsberg og Wengstrøm 2008). For å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning er det etablert en rekke forskningsetiske komiteer. Samfunnsvitenskapelige undersøkelser dreier seg nesten alltid om å studere mennesker. Hva de tenker, hva de gjør og hvordan de gjør det. Alle som vil gjennomføre studier på andre mennesker, står ovenfor noen etiske dilemma (Jacobsen 2010). Av de artiklene vi valgte å ta med hvor studien har tatt utgangspunkt i lydopptak eller filming av pasienter og/eller intervju som kan spores tilbake til den enkelte, var det innhentet godkjenning fra en etisk komite og samtykke fra deltakerne i studien.

### **3.7 Eksklusjon av artikler**

I arbeid med artiklene ble noen forkastet. Noen på bakgrunn av manglende informasjon fra abstraktet som ikke ga grunnlag for videre bruk. Noen fordi de rett og slett ikke holdt god nok kvalitet. Vi valgte også å endre litt på problemstillingen veldig tidlig i søkeprosessen da vi ikke fant nok relevante artikler og dermed forkastet noen av de få vi først hadde godkjent. To artikler viste seg å være reviewartikler, noen var foreldet, andre ble forkastet grunnet årstall og manglende relevans for oppgaven.

### **3.8 Analyse**

For å få en systematisk analyseprosess valgte vi å ta utgangspunkt David Evans (2002) fire steg i analysen av artiklene i vår oppgave. Evans (2002) deler inn analysen i fire faser:

- Innsamling av artikler,
- Identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie,
- Finne tema på tvers av artiklene
- Samle felles funn.

#### **3.8.1 Funn av artikler**

Når vi startet med søkeprosessen gikk vi ut i fra søkeordene i PICO-skjemaet og kombinerte de. Etter å ha vurdert artiklene ut i fra abstraktene og funnet de interessante, valgte vi å kvalitetsvurdere artiklene hver for oss, og i etterkant analysere de sammen. Noen ble forkastet under arbeidet med analysen. Vi endte opp med åtte artikler som vi mente best kunne underbygge problemstillingen vår. En av de åtte artiklene var et resultat av et manuelt søk. Når vi søkte på en artikkel i databasen Ovid kom det opp en rullegardinmeny som inneholdt forslag til ytterligere artikler som kunne være aktuelle på bakgrunn av våre søkeord. Etter å ha lest abstractet, printet vi ut denne artikkelen og valgte på bakgrunn av kvalitet og relevans å inkludere den i vår oppgave. Denne er listet som artikkel nr. 8 i oversikten av inkluderte artikler.

#### **3.8.2 Identifisering av nøkkelfunn**

Når vi skulle identifisere nøkkelfunn hadde vi alltid problemstillingen i fokus for å prøve å forholde oss til det mest relevante i artiklene som kunne brukes i vår oppgave. Vi skrev ut analyseskjemaene våre og gikk gjennom disse i fellesskap. Vi benyttet post-it lapper i to forskjellige farger som vi skrev ned hvilke hovedfunn hver av oss fant i gjennomgangen. Vi samlet så disse til en felles gjennomgang.

#### **3.8.3 Finne tema på tvers av studiene**

Vi laget en tabell hvor vi skrev ned hovedpunkt og funn, sammenlignet de forskjellige artiklene og vurderte om vi hadde oppnådd svar på hensikten og problemstillingen vi baserte oppgaven vår på.

<b>Artikkelnr.</b>	<b>Kommunikasjon (1)</b>	<b>Relasjon (2)</b>	<b>Personrettet pleie (3)</b>
Artikkel nr.1	X	X	X
Artikkel nr.2	X		
Artikkel nr.3	X	X	
Artikkel nr.4	X	X	X
Artikkel nr.5	X	X	X
Artikkel nr.6	X	X	X
Artikkel nr.7	X		X
Artikkel nr.8	X		X

### **3.8.4 Samle felles funn**

Under hovedfunn 1 har vi samlet delfunn som toveiskommunikasjon og non-verbal kommunikasjon.

Under hovedfunn 2 har vi samlet delfunn som relasjonsbygging, relasjonskompetanse og fra pasientens side, et behov for nære relasjoner.

Under hovedfunn 3 har vi samlet delfunn som behov for å bli sett og behandlet som et enkeltindivid, ønske om kontinuitet i pleiepersonalet og anerkjennelse.

Hovedfunn 1 som omhandler kommunikasjon, hovedfunn 2 som omhandler relasjon og hovedfunn 3 som omhandler personrettet pleie vil i resultatdiskusjonen gli litt over i hverandre. Dette fordi vi ikke kan danne en relasjon uten å kommunisere, og ei heller danne en nær relasjon uten å nærme seg pasienten som enkeltindivid. Vi har funnet det vanskelig å diskutere de enkelte punktene hver for seg, siden de sammen påvirker den helhetlige pasientopplevelsen i så stor grad.

## **4.0 Resultat**

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleier ivaretar den eldre pasient i akutt fase på sykehus, og på hvilken måte den eldre pasienten opplever dette.

### **4.1 Pasient og helsepersonells opplevelse av kommunikasjon, verbal og nonverbal.**

Studien til Koskeniemi et al. 2012 trekker fram respekt som grunnleggende for holdningene, både i tankegang og framturen, som helsepersonell møter pasienter med. Hovedfunnene i studien til Medvene og Lann-Wolcott (2009) fremhever at kommunikasjonsstrategier hos pleiere som kan karakteriseres som positive tilbakemeldinger bidrar til å anerkjenne pasienten og behandle denne med respekt.

Flere av artiklene (Medvene og Lann-Wolcott 2009, Gilbert og Hayes 2009, Baumbusch og Shaw 2011, Sahlsten et al. 2009) belyser kommunikasjonsstrategier helsepersonell må tilegne seg for å skape godt samarbeidsklima mellom pasient og pleier, og viser til at resultatene av studiene skal inkluderes i læringsprogram/undervisning for helsepersonell.

To av studiene bekreftet at pasientene følte seg tryggere på helsepersonell som var betegnet som voksne og erfarne (Medvene og Lann-Wolcott 2009, Gilbert og Hayes 2009). Opplevelsen av god kommunikasjon med pleier gjorde at de følte seg møtt og anerkjent. Dette var veldig viktig for selvfølelsen og opplevelsen av å være delaktig. Robben et al (2012) skriver at de eldre framhevet at for at de kunne motta god informasjon trengte de en omtenksum og tillitsvekkende pleier som de hadde hatt en kontinuerlig kontakt med og som brukte tid sammen med de.

Van der Cingel (2011) fant i sin studie at erfarne pleiere hadde mer fokus på å lytte til pasientenes historie og brukte gjerne personlige opplevelser for å bidra til kommunikasjonsprosessen. Ved at pleieren gjorde dette opplevde pasienten at de hadde en mer felles plattform og følte seg tryggere på å dele mer informasjon. Bridges (2009) fant at helsepersonell som fikk god innsikt i pasientens livshistorie gjennom kommunikasjon ble mer bevisst på sin rolle ovenfor pasienten. Og resultatet av dette ble at pasienten opplevde en mer tydelig og oppriktig sykepleier som de følte viste omsorg og var tillitsvekkende.

## **4.2 Relasjon mellom pasient og pleier**

### **4.2.1 Relasjonskompetanse/relasjonsbygging**

Sykepleierens evne til å bruke sin kunnskap, både sin teoretiske og sine tillærte praktiske ferdigheter i forhold til relasjonsbygging er helt avgjørende for hvordan pasienten opplever å bli møtt og hvilket forhold pleier og pasient kommer til å utvikle.

Van der Cingel (2011) kom i sin studie fram til syv ulike dimensjoner innenfor begrepet medfølelse. Dimensjonene var oppmerksomhet, å lytte, konfrontere, involvere, å hjelpe, å være tilstede og å forstå. Et viktig funn i hennes studie var at medfølelse var en verdifull prosess som motiverte pasientene samt pleierne til å samarbeide for å oppnå gode utfall av omsorg. Dette bekreftes også av Sahlsten (2009) som fremhevet tre kategorier som gikk ut på å bygge tette relasjoner, lære å kjenne pasienten og gjenvinne evne til egenomsorg. Dette bidro til å stimulere og optimalisere pasientdeltagelse i pleiesituasjonen. Pasientene var mer positive til respektfulle pleiere som de hadde tiltro til når det var snakk om endring av livsstil og nye behandlingsmål (Gilbert og Hayes 2009).

### **4.2.2 Behov for nære relasjoner**

Gilbert og Hayes (2009) fant også at eldre pasienter hadde større tiltro til og var mer tilfredse med behandlingen når de opplevde at relasjonen inneholdt en vennskapelig komponent. Robben et al. (2012) viser til at pasientene i studien ønsket et nært forhold til helsepersonell. De følte seg tryggere i møte med helsepersonell som ”kjente” dem og hvor det ikke var behov å informere nye pleiere om sin tilstand.

Koskenniemi et al. (2012) fremhever at pasientens opplevelse av god relasjon innebærer å bli møtt av en lyttende pleier. Og at dette innbyr til at et godt tillitsforhold blir skapt.

## **4.3 Personrettet pleie**

### **4.3.1 Behov for individrettet tilnærming**

Bridges (2009) skriver at pasienter og deres pårørende verdsatte høyt en individuell tilnærming fra helsepersonellet. De identifiserte viktigheten av at personalet ga informasjon som var tilrettelagt for den enkelte, og samtidig opprettholde en respektfull tilnærming. Mangelen på tilrettelagt informasjon bidrar ifølge Robben et al. (2012) sin studie at pasientene neglisjerer sitt eget informasjonsbehov og begrunner at de ikke



etterspør dette med egen alder, funksjonsnedsettelse og helsepersonells travle hverdag. Funn fra studien til Bridges (2009) viser til at helsepersonells manglende evne til å ivareta og støtte opp om pasientens egenverd fører til at pasientene føler seg mindreverdige og dermed tilbakeholder viktig informasjon grunnet mangelen på tiltro til personalet.

#### **4.3.2 Behov for anerkjennelse**

Baumbusch og Shaw (2011) baserte studien sin på bruk av geriatrike sykepleiere i en akuttavdeling. Dette viste seg å være verdifullt for eldre pasienter med tanke på deres behov for informasjon og tilpasset pleie, men svakheten var at kunnskapen ikke ble videreformidlet til annet helsepersonell grunnet tidspress og personalmangel. Koskenniemi et al. (2012) skriver at behovet for å anerkjenne eldre pasienter i helsevesenet er fremhevet både i lovverk, politiske- og etiske retningslinjer for å sikre at de blir verdsatt, at deres autonomi blir ivaretatt og deres personlige behov blir møtt. Dette fordi eldre pasienter er i fare for å bli oversett i en hektisk sykehushverdag.

Van der Cingel (2011) fant at pasientene opplever en større grad av medfølelse i pleien dersom sykepleierne ser dem som enkeltindivider med sin egen personlige livshistorie.

#### **4.3.3 Behov for kontinuitet**

Ett av de seks hovedfunnene til Bridges (2008) var betydningen av personalisert og kontinuerlig pleie. Robben et al. (2012) påpeker at det å ha en kjent pleier som følger de over tid under sykdom er positivt for pasientenes opplevelse av trygghet og forutsigbarhet.

Bridges (2008) nevner at eldre pasienter ofte følte seg mer ubetydelig i et sykehusmiljø. De følte at de kun var en i mengden og at andre pasienter hadde større og mer synlig behov for pleie enn de selv. Dette bekreftes også av Sahlsten et al. (2009) og Koskenniemi et al. (2012) som konkluderer med at disse pasientene ofte reagerer med mer initiativløshet, passivitet og tar mindre kontakt med helsearbeiderne.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

På starten av skoleåret ønsket vi å komme raskt i gang med oppgaveskrivingen. Første steg på veien var å finne en problemstilling vi følte var aktuell og interessant for begge to. Vi startet med søkeprosessen ganske tidlig, men følte at det samtidige arbeidet med en annen eksamen vanskeliggjorde det videre arbeidet med oppgaven. Veiledningen i søkeprosessen med bibliotekar bidro til økt forståelse for vårt videre arbeid. Etter framleggingen av prosjektplanen fikk vi gode innspill fra medelever og lærere som stilte kritiske spørsmål. Dette gjorde at vi innså at vi var litt unøyaktige på formuleringen av problemstillingen, og følte at den første ikke ville gi oss svar på det vi ønsket.

Dermed startet arbeidet med en formulering som svarte bedre til vårt mål med oppgaven. Dette medførte også at vi måtte endre søkefokus, og lete etter mer relevante artikler. Vi brukte høsten aktivt og samarbeidet bra, noe som førte til at når vårsemesteret begynte lå vi foran vårt eget tidsskjema i forhold til prosjektplanen.

Når vi startet å søke forsøkte vi flere forskjellige søkeord, men når vi skulle innsnevre søkene endte vi stort sett opp med 16 forskjellige søkeord, men mange av de var variasjoner rundt samme tema. Så vi valgte å bruke de og heller variere kombinasjonen av disse og søke i flere forskjellige databaser for å forsikre oss at vi traff flest mulig relevante artikler.

Artiklene vi valgte er fra vestlige land som Finland, Sverige, Nederland, Canada og USA. Vi syntes det var positivt ut ifra at helsetilbudet er tilnærmet likt med tanke på utdanningsnivå på pleiere og pasientens rettigheter, med unntak av USA.

Under analysearbeidet følte vi at vi fikk god hjelp av å bruke Evans fire faser. Det forenklet prosessen og gjorde analysearbeidet oversiktlig. For å se med et kritisk blikk på analysen valgte vi å lese alle åtte artiklene for oss selv, for å etterkant å diskutere de sammen. Vi delte inn i hovedtema og undertema for å skille mellom ulike tema. Alle artiklene er skrevet på engelsk. Vi synes det var utfordrende å oversette en tekst som var så preget av faguttrykk og metodebegrep, dette gjorde at vi brukte litt lengre tid enn vi forventet på dette arbeidet.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Viktigheten av et godt pasientforløp**

Det kan virke som om helsepolitikkerne i Norge også er oppmerksomme på de spesielle utfordringene vi har i forhold til eldre i sykehus. I nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012) spesifiseres det fire hovedmål for spesialisthelsetjenester for eldre. Disse innebærer å styrke de eldre pasientenes evne til mestring av egen sykdom og funksjonssvikt. Møte de eldre med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse. Sørge for rask og god diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering. Tjenestene skal utformes med pasientens medvirkning og tilpasset den enkeltes behov. Dette med bakgrunn i at Norge i årene framover vil få en kraftig økning i antall eldre. Vi opplever det som veldig positivt og nødvendig at det vektlegges fra politisk hold å fremme kunnskap om og legge til rette for tiltak for å ivareta denne pasientgruppen.

### **5.2.2 Kommunikativt samspill mellom pasient og pleier**

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Når mennesker møtes, utspiller det seg en kontinuerlig kommunikasjon, der partene kommuniserer både ved hjelp av ord (verbalt) og ved hjelp av mimikk, tonefall, bevegelser og berøring (non-verbalt). Det gjelder også for ethvert møte mellom sykepleier og pasient. I løpet av videreutdanningen har vi blitt mye mer bevisst på å fokusere på den fysiske begrensninger eldre pasienter kan ha. Da tenker vi spesielt på redusert syn og hørsel og kognitive endringer. Kartlegging av disse elementene bør være gjort innen det første døgnet. Samle inn info fra pårørende, andre institusjoner og hjemmesykepleien. Før har dette vært en stor utfordring, men etter samhandlingsreformen ble innført i 2012 opplever vi en stadig forbedring i informasjonsflyten som gagnar pasienten. I Møre og Romsdal fylke er det et samarbeid mellom Helse Midt-Norge, fastleger og kommunesektoren i forhold til utveksling av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO). Dette innebærer at pasienter som blir innlagt i sykehus skal være sikret at viktig informasjon om deres helse er tilgjengelig for sykehuset innen fire timer etter innleggelse.

Gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med pasienten som person (Kristoffersen et al. 2006). Medvene og Lann-Wolcott (2009) fant i sin studie at pasienter som opplevde at de ble anerkjent og behandlet med respekt gjennom positive tilbakemeldinger var mer villige til å følge helsepersonellens råd og delta aktivt i behandling. Robben et al. (2012) fant at noe av det viktigste for pasientene var at helsepersonell var lyttende og respektfulle og viste genuin interesse i de som pasienter. Koskenniemi et al. (2012) viser til at pasienter og pårørende var veldig samstemte i sine respektive intervjuer om hvilke pleiere som behandlet de med respekt eller ikke, og at dette ofte hang sammen med mengden av tid de brukte hos pasientene. Vi innser at mangelen på tid er en viktig faktor som virker inn på samhandlingen mellom pasient og pleier. Vi har flere ganger kjent på følelsen av å ikke strekke til, og gått fra pasienter med mer behov for informasjon enn det vi hadde klart å formidle, og pleie de ikke hadde fått. Vi kan da sitte igjen med en følelse av utilstrekkelighet og som kan skade relasjonen til pasienten. Noen sykepleiere kan reagere på stressende situasjoner ved å bli irritert og avvisende, noe som ytterligere vil skade samhandlingen med pasienten. Faren med dette er at pasienten kan bli innesluttet og passiv. Det kan føre til at pasienten tilbakeholder informasjon og bidra til å øke utryggheten. Koskenniemi et al. (2012) viser i sin studie at forskjellen på hvordan de enkelte sykepleierne greide å ivareta pasientene fremstod tydeligere når det var travelt i avdelingen. Vi innrømmer at vi over årene flere ganger har måttet behandle pasienter uten inngående kjennskap til deres spesielle situasjon. Mye av dette grunnet mangel på personale som gjør at en må utføre spesialiserte oppgaver innen fagfelt en ikke har utdypende kunnskap innenfor. En kan som sykepleier blir satt i situasjoner hvor kravene til ferdigheter innenfor medisinsk -teknisk utstyr er viktigst, slik at en må fokusere på annet enn pasientens unike situasjon. Spesielt i helgene er dette ett problem i avdelingene da en er lavt bemannet i utgangspunktet. Konsekvensen for pasientene hvis pleierne mangler personlig informasjon om den enkelte kan bli at pleierne handler ut ifra den tradisjonelle skolemedisinen hvor en dessverre ennå objektiviserer pasienten og ikke behandler denne som et subjekt. Da handler en ut ifra tro på egne teorier, begreper og yrkeserfaringer som i neste omgang brukes til å definere den andres opplevelser. Fagfolk og andre autoriteter har stor definisjonsmakt, og oppleves ikke alltid like lydhørende og anerkjennende ovenfor pasientene.

Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det som for Travelbee er sykepleierens hensikt, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringene.

### **5.2.3 Viktigheten av en tidlig etablert relasjon**

Det innledende møtet mellom sykepleier og pasient kjennetegnes ved at de ikke kjenner hverandre. Av den grunn vil de basere seg på generaliserte og stereotype oppfatninger når de møtes. Sahlsten (2009) skriver i sin studie at helsepersonell trenger bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger og vante handlingsmønster og tre inn i pasientens verden. Noe også Travelbee framhever som viktig. I det innledende møtet får begge parter et førsteinntrykk av hverandre som personer. Førsteintrykket er basert på observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk, og på en umiddelbar vurdering av disse faktorene. Dette viser hvor viktig det er at vi som sykepleiere tar raskt kontakt med pasienten, på tross av at vi kanskje ikke har mye informasjon, er det viktig at vi blir et navn og et ansikt for å starte prosessen med å danne en relasjon. De fleste negative tilbakemeldingene vi får fra pasienter og deres pårørende går ofte på at vi ikke har møtt pasienten, at vi ikke har presentert oss og sagt hvem vi er. Dette bekrefter at det er veldig viktig for pasienten å bli sett som et enkeltindivid. Vi opplever at dette negative førsteinntrykket gjerne preger relasjonen som videre dannes.

### **5.2.4 Den etablerte relasjonens betydning for pasientens subjektive opplevelse**

Røkenes og Hanssen (2006) sier at fagpersonen må kunne gå inn i en relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forholde seg slik at det som skjer, er til det beste for den andre. Dette forutsetter at du møter den andre som et subjekt – et selvstendig, handlende individ – og viser respekt for den andres integritet og rett til selvbestemmelse.

Sykepleiere i sykehus møter gjerne pasientene i akutfasen, i kriseteori ofte benevnt som sjokkfasen. Det er normalt å reagere på en krise og oppleve en sorgprosess over de tap en opplever, om det går på motorisk funksjon eller å bli hjelpetrengende og avhengig av andre. Å være var for pasientens opplevelser og kunne bidra gjennom kommunikasjon og samhandling med pasienten til det beste for denne er en viktig del av sykepleierens oppgaver. Røkenes og Hanssen (2006) beskriver i sin bok hva det å ha relasjonskompetanse i arbeid med mennesker innebærer. At det er viktig å ha et reflektert

forhold til hvilken betydning konteksten har for samhandlingen, å kjenne seg selv, å kunne leve seg inn i hvordan andre mennesker opplever verden, og å kunne legge til rette for fruktbare relasjoner og samspill. Relasjonskompetanse innebærer også at fagpersonen tåler å være nær andre, for eksempel når de gråter, å kjenne på vanskelige følelser hos seg selv og å være i situasjoner der det er lite hun eller han kan gjøre for å hjelpe den andre. Vi må kunne skape ett samarbeidsklima der pasienten føler seg trygg, selv om situasjonen rundt det akutt oppståtte kan oppleves som skremmende. Vi skal kunne bidra med god og tilrettelagt informasjon slik at pasienten vet hva som skjer, og hvorfor det skjer. Å skape trygge rammer i en ellers uoversiktlig situasjon vil bidra til at pasienten raskere kan begynne og se fremover og kunne bruke sine ressurser til å fokusere på rehabilitering og nyorientering. Hvis pasienten blir møtt av sykepleiere med holdninger som tilsier at de har sett og opplevd pasientens sykdomstilstand tidligere, at det ikke er noe spesielt med denne, så generaliseres pasientens situasjon. Pasientene kan da føle seg nedverdige, ikke tatt på alvor. Dette kan føre til at pasientene holder tilbake informasjon om for eksempel nyttilkomne smerter eller symptomer. I tillegg medfører dette utrygghet og engstelse for pasienten. Og dette øker faren for negativ sykdomsutvikling. Balansegangen er å samtidig vise at en har såpass mye kunnskap, at en kjenner pasientgruppen, uten å objektivisere pasienten. Men at en makter å se pasienten i den store sammenhengen. Formidle til pasient og pårørende at en har erfaring og er trygge i situasjonen, samtidig som en involverer pasienten.

Ifølge Røkenes og Hanssen (2006) oppstår ikke en relasjon av seg selv. Den er et resultat av samhandling mellom bruker og fagperson. En god relasjon hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Når samhandlingen fungerer slik, utvikles det en bærende relasjon. Flere av artiklene (Robben et al. 2012, Medvene og Lann-Wolcott 2009, Sahlsten 2009, Gilbert og Hayes 2009, Koskenniemi et al. 2012, Bridges 2008) legger vekt på eldres ønske om kontinuitet blant pleierne. De understreker sterkt viktigheten av positive relasjoner til sin kontaktpleier. Studiene påpeker at positiv relasjon mellom helsepersonell og pasient bidrar til økt pasientdeltakelse og større egenomsorgsevne. Når vi har klart å bygge en god relasjon med pasienten så står vi bedre rustet som sykepleiere for å hjelpe pasienten til å mestre de utfordringene han står ovenfor. Heap (2012) skriver i sin bok at det er i sin natur paradoksalt at faglig hjelp skal avhjelpe mottagerens hjelpeløshet på en måte som samtidig styrker vedkommendes selvfølelse.

Ikke sjelden er eldre pasienter alene, det vil si mistet ektefelle eller nærmeste pårørende. Dermed har de også mistet den parten som forstår og har bistått ved kriser og tunge stunder tidligere. Å være sårbar alene er vanskelig. Derfor er eldre pasienter gjerne ekstra utsatt hvis det ikke dannes gode relasjoner med sykepleiere. Andre nære pårørende er gjerne barn og i dag er det ikke lenger slik at vi lever i tette generasjonsboliger og følger hverandre gjennom tykt og tynt. Flere bor alene med barn andre steder i landet. Vi opplever at pasientenes barn gjerne overstyrer foreldrene og ønsker at informasjon skal gå gjennom de. At de nærmest har en overordnet myndighet over foreldrene sine. For foreldrenes beste må vi som sykepleiere gjennom dialog forklare viktigheten av aktivitet, hvorfor vi stiller krav til pasienten og at vi mener at informasjon skal gå uavkortet til pasienten. At de skal ha best mulig beslutningsgrunnlag for å ta avgjørelser om egen helse.

### **5.2.5 Relasjonens betydning for pasientens evne til mestring**

Lazarus og Folkmans hevder at det er personens egne tanker om situasjonen han er i, som utgjør grunnlaget for hans opplevelse av belastning eller stress. Et samspill mellom faktorer i personen selv og den situasjonen han befinner seg i, avgjør hvordan han reagerer og handler, det vil si hvordan han mestrer situasjonen. Dette bekrefter ytterligere hvor viktig det er for oss som sykepleiere å bli kjent med pasienten og med dennes tidligere handlingsmønster i forhold til stress og mestring. Da vil vi få et klarere bilde av på hvilken måte vi best kan tilrettelegge for opplevelsen av mestring.

Robben et al. 2012 beskriver at pasienter som har en god relasjon til pleieren følte seg tryggere og modigere og søkte informasjon mer aktivt. Dette bidro til økt mestringsfølelse. Sahlsten et al. (2009) fremhever helsepersonellens viktigste rolle som motivator for å hjelpe pasienten til å finne dennes indre kunnskap, verdier, motivasjon og mål og omsette disse til handling.

Den didaktiske relasjonsmodellen bør ut ifra vårt syn benyttes for at sykepleieren skal fungere som pasientens motivator og veileder. Da vi hadde undervisning om den didaktiske relasjonsmodellen i studietiden følte vi at vi kjente oss igjen de teknikkene som ble benyttet og at vi allerede hadde implementert det i vår arbeidsdag. Det positive for pasientene er at det fører til en gjennomtenkt plan for forløpet. Som følger standardiserte

normer som sikrer opplysninger som er viktige for å danne en god relasjon med pasienten, samtidig som pasientene opplever sykepleierne som strukturerte og ivrige etter å lære de å kjenne.

Lazarus og Folkmans definisjon av psykologisk stress innebærer at stressreaksjoner utløses når en person opplever at en situasjon er farlig eller belastende. For de fleste mennesker er vurderingen av stress nært knyttet til at personens grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt. Opplevelsen av stress er sterkere jo sentrale de behov eller verdier som er truet, er for personen. Vi opplever at pasienter som ikke opplever en god innledende kontakt ofte er mer engstelige og utrygge enn de som har opplevd det motsatte. Det er vanskelig for oss som sykepleiere å komme inn senere i forløpet og endre den opplevelsen de har hatt. Utryggheten vil da følge de under resten av oppholdet. Hvis vi vet at det er travelt og at det er noe mer akutt som skjer, så hjelper det mye å presentere seg og forklare hvorfor ting tar tid. At vi forsikrer pasienten at han ikke er glemt. Gjør vi ikke dette får vi gjerne pasienter som personalet refererer til som krevende og masete. De setter oftest ikke ord på sine følelsesmessige behov, men er ofte veldig kontaktsøkende. De trenger stadig hjelp til trivielle ting. Vi som sykepleiere bør da ha en tanke om at det ligger noe bak ”maset”. En bør da prøve gjennom tilstedeværelse og kommunikasjonsteknikker å utdype om det er noe annet pasienten har behov for.

Kristoffersen et al. (2006) påpeker at den viktigste forskjellen på en personlig relasjon og en hjelperelasjon er at forholdet ikke primært er skapt og definert av en subjektiv og emosjonell tilknytning, men av et hjelpebehov som er definert av den andres sykdomstilstand og livssituasjon. Dette innebærer at hjelperelasjonen er avgrenset av tid og sted.

Som tidligere nevnt skiller Lazarus og Folkman (2006) mellom problemfokusert- og emosjonelt orientert mestring. Som sykepleiere har vi ikke alltid muligheten til å løse et problem. For eksempel om en person ikke får til å late vannet, kan vi avhjelpe med kateterisering for en periode. Da har vi hjulpet pasienten å løse et problem. Men om vi har en pasient med for eksempel høyresidig paralyse etter et hjerneslag, kan vi ikke enkelt løse problemet med lammelsen. Da må vi søke andre måter å gi pasienten en opplevelse av mestring. Vi kan sette delmål i form av trening, målene må være realistiske og må heller søke å bruke emosjonelt orienterende mestringsstrategier. Pasienter har forskjellige



reaksjoner på den gjennomgåtte sykdomsopplevelsen. Vi ser hvor viktig det er med en tilstedeværende sykepleier og god kommunikasjon for å hjelpe pasienten til å se de ulike mulighetene og ikke fokusere på begrensningene. Demper vi opplevelsen av stress, øker vi tilsvarende opplevelsen av mestring. Å fokusere på pasientens beste innebærer at sykepleieren er empatisk.

Empati er ifølge Travelbee (2006) evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå meningen med den andres tanker og følelser, samtidig som personen holder sitt eget atskilt fra den andres. Mens empati er ifølge Travelbee en nøytral forståelse, som ikke er knyttet til handling eller til et ønske om å gjøre noe, er sympati nettopp knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten. Gjennom sympati formidler en at en forstår og deler pasientens fortvilelse, slik at en slipper å bære byrden av den alene. Pasienten opplever at sykepleieren bryr seg om hvordan en har det, og denne opplevelsen av sympati påvirker en både psykisk og fysisk. I mange situasjoner vil opplevelsen av sykepleierens sympati og støtte gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon. Van der Cingel (2011) beskriver pasientenes positive opplevelser av å møte empatiske pleiere som prøver å sette seg inn i deres situasjon. Det å bli lyttet til og forsøkt forstått av pleieren oppleves som betryggende og bekreftende. Vi opplever at det stiller store krav til oss som sykepleiere å få nok tid sammen med pasienten for å tilstrebe å forstå pasientens opplevelse. Samtidig gir det fysiske arbeidsmiljøet begrensninger både i forhold til muligheten å ha personlige samtaler med pasientene alene, likeså mangel på tid. Muligheten til å nærme seg pasienten vanskeliggjøres ved stor arbeidsmengde i form av blant annet flere pasienter og økt dokumentasjonskrav. Det kan være utfordrende å føle at en ikke når fram til pasienten, at en ikke klarer å sette seg inn i pasientens situasjon. En mulighet er å trekke seg ut og la en annen sykepleiere forsøke en annen tilnærming. En må være ærlig i forhold til seg selv og medarbeidere når en føler at samspillet mellom seg selv og pasienten ikke fører frem. Men det er ikke alltid at en har muligheten til å trekke seg ut. Da må en tilstrebe å møte pasienten så godt som en kan.

I en trygg relasjon er det lettere å forstå hverandre. Og når du forstår, kan du også handle på en mer fruktbar måte ovenfor den andre. Når fagpersonens handlinger er forankret i det at hun forstår den andre, vil handlingene igjen virke positivt inn på relasjonen. Det å føle seg forstått skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Å føle seg forstått er også viktig i seg selv for å skape endring.

### **5.2.6 Viktigheten av en individrettet tilnærming**

Interaksjonen som skjer mellom pasient og sykepleier, skjer i stor grad ved hjelp av kommunikasjon (Kirkevold 1998). I denne prosessen er det en utfordring å finne fram til det som skiller nettopp denne pasienten fra alle tidligere pasienter. Å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre en sykepleie som er i samsvar med pasientens behov, hevder Travelbee (Kristoffersen et al. 2006). De fleste artiklene (Robben et al. 2012, Gilbert og Hayes 2009, Bridges 2008, Sahlsten et al. 2009) vi har inkludert i oppgaven viser at det er viktig med en individuell tilnærming til pasienten fra helsepersonellens side for å skape en god relasjon. Pasientene følte seg da anerkjent og respektert. Studien til Baumbusch et al. (2011) viser til gode erfaringer med å bruke geriatriske sykepleiere i akuttmottak i forhold til kartlegging og informasjon av/til geriatriske pasienter. Vi har også sett behov for mer spesialisert tilnærming til denne aldersgruppen. Dette grunnet at de ofte flere sykdommer, flere medisiner og atypiske sykdomstilstander. De kan i tillegg ha problemer med å ta til seg og forstå informasjon gitt ved en akuttinnleggelse. Som tidligere nevnt er dette en pasientgruppe som er veldig utsatt for akutte forvirringstilstander og det øker risikoen for død blant disse pasientene.

Det er viktig for pasienten å oppleve seg selv som kompetent og ansvarlig. Det er viktig at sykepleieren motvirker tendenser som at pasienten føler seg umyndiggjort og blir fratatt ansvar, og i stedet legger til rette for at pasienten skal ha en aktiv rolle. Vi opplever at konsekvensen dersom pasienten ikke ansvarliggjøres ofte ender med passive pasienter som viser lite initiativ og er utrygge og redde i situasjonen. Dette vanskeliggjør mobilisering, øker faren for sengeleiets komplikasjoner, bidrar til lengre liggetid og lengre rehabilitering med de økte ressurser det kreves. Bridges (2008) fant i sin studie at et hektisk sykehusmiljø kan framprovosere angst og stress blant eldre pasienter og deres slektninger. En kombinasjon av oppstått sykdom, ett ukjent og hektisk miljø disponerer veldig for dette.

Travelbee (2006) beskriver en form for målrettet intellektuell tilnærming som sykepleieren bruker for å kunne hjelpe den syke og lidende med å mestre sin situasjon, og eventuelt finne en mening i den. Gjennom en systematisk tilnærming til pasientens situasjon benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne fram til pasientens behov for sykepleie, og til hvordan behovene best skal møtes.

Flere av artiklene (Koskenniemi et al. 2012, Sahlsten 2009, Bridges 2008, Gilbert og Hayes 2009, Van der Cingel 2011) legger vekt på hvordan følelsen av å bli møtt som enkeltperson trekkes frem som positivt av pasientene etter utskrivelse. Disse artiklene (Baumbusch og Shaw 2011, Gilbert og Hayes 2009 og Robben et al 2012) viser til at pasientens opplevelse av å være trygg henger sterkt sammen med erfarne pleiere som viser god kunnskap i sin samhandling med pasienten. Å føle seg ivaretatt og trygg i akutfasen bidrar til en lettere overgang til videre behandling eller hjemreise. Pasientene fremhever behovet for god informasjon og at den er tilrettelagt de ulike stadiene av forløpet. Hvis ikke kan vi oppleve at pasientene vegrer seg for å dra, og uttrykker maktesløshet i forhold til framtidige utfordringer. Disse pasientene opplever vi også kommer raskere tilbake igjen, såkalte reinnleggelser. De kommer med samme sykdomsbilde, samme symptomer og dette innebærer en økonomisk merbelastning. Og ikke minst tyder dette på manglende mestringsevne hos pasienten som føler seg utrygg og søker mot det trygge og gjerne den passive pasientrollen. Har pasientene erfart at sykepleier har bidratt til opplevelse av mestring og føler dette har vært positivt for sin situasjon vil de stå bedre rustet i forhold til disse framtidige utfordringene.

Van der Cingel (2011) fant at helsepersonell gjennom å lytte, konfrontere, involvere og være tilstedeværende bidrar til at pasientene ser muligheter og er motiverte for å finne gode løsninger på både nåværende og framtidige problemer. Robben et al. (2012) framhevet at pasientene satte muntlig informasjon høyere enn skriftlig informasjon. Dette fordi de da hadde muligheten til å spørre mer spesifikt om egen helse. Pasientene følte seg verdsatt og at problemene de har hatt er blitt sett, og at det med bakgrunn i deres sykehistorie er utarbeidet en plan videre som de føler ivaretar de etter utskrivelse. Bridges (2008) fant at god oppfølging og planlegging av utskrivning fra sykehus er viktig med tanke avslutningen av hjelpeforholdet. Hvis en ikke tar med pasienten i planlegging av utskrivelse, så vil en ikke fange opp usikkerhet eller tvil pasienten kan ha om hvordan tiden etter utskrivelse blir. Å informere pasienten gjennom hele prosessen og tidlig bidra til å knytte kontakt med andre hjelpeinstanser vil sikre en mykere overgang. Det optimale er at både pasient og nåværende og framtidige pleier møtes og kan avklare eventuelle spørsmål pasienten har om sin situasjon etter utskrivelse. Det å bli involvert i dialogen vil styrke pasientens egenverd og bidra til en avslutning av hjelperelasjonen på en positiv måte.

## **6.0 Konklusjon**

Hensikten med studien var å belyse eldre pasienters opplevelse av samhandling med helsepersonell i sykehus. Resultatet fra litteraturstudien viser at de eldres opplevelser av å være innlagt i sykehus er sterkt assosiert med den måten de blir møtt av helsepersonell på, og hvordan relasjonen mellom dem får utvikle seg.

Resultatet fra studien peker på hvor viktig det er for eldre pasienter å bli sett som et individ og motta personrettet pleie fra helsearbeiderne. Eldre er en utsatt gruppe da mange av dem faktisk undervurderer egne behov og føler at de ikke har like stor krav på akutt-behandling i sykehus som yngre pasienter. Dette stiller store krav til pleierne som jobber med denne pasientgruppen.

Viktigheten av å ivareta de eldre pasientene på best mulig måte kommer ofte i konflikt med tidsbruken dette krever. Studien viser til at eldre gjerne underrapporterer problemer til pleierne, både på grunn av at de føler selv de trenger gjentatt og grundig informasjon relatert til subjektiv aldersvekkelse, og fordi de opplever pleierne som travle og stressende i avdelingen.

Med bakgrunn i at det bli stadig flere eldre er det viktig at det fokuseres på denne aldersgruppen i sykehus, og for å imøtekomme behovene kreves det en forståelse blant ledelsen og annet helsepersonell om at det kreves økte ressurser. Vi opplever større krav til kartlegging, behandling og diagnostisering som pleiere, men fra pasientens ståsted er det viktigste at vi møter dem som menneske, ett eget individ. For å kunne danne relasjoner kreves tid, man må være sammen og kunne samtale uten store forstyrrelser. Studien viser at pasientene ønsker kontinuitet blant pleierne, og at stress dempes i møte med empatiske og kjente pleiere som greier å videreformidle kunnskap og trygghet. Dermed øker mestringsnivået hos pasientene.

## **6.1 Forslag til videre forskning**

Det eksisterer allerede en del forskning på samhandlingen mellom pleiere og eldre pasienter. Hovedvekten ligger på studier utført blant eldre pasienter i institusjoner som sykehjem og andre tilrettelagte heldøgns omsorgstilbud. Vi mener derfor det bør forskes mer på eldre pasienter i sykehusmiljø da dette er mer og mer spesialisert og krevende både for pasienter og pleiere å forholde seg til.

Samtidig hadde vi ønsket oss studier som ble utført i Norge rundt dette temaet. Vi har ett av verdens beste helsevesen med tanke på de ressurser vi har til rådighet, både økonomisk, teknologisk og faglig. Likevel er faren for å glemme pasientenes egenverd og opplevelse oppi dette tilstede.

Å kunne forske på hvordan eldre pasienter opplever å være en del av dette maskineriet, hvor helsepersonell fjernes mer og mer fra pleien på grunn av dokumentasjonskrav og spesialiserte oppgaver. Det kunne gitt oss den brekkstangen som trengs for å få helsemyndigheter både sentralt og lokalt til å forstå at en for pasientene aldri kan erstatte den gode samtalen med pleiere med tanke på å føle seg ivaretatt og trygg. Ikke minst i debatten om stadig større og spesialiserte sykehus.

Fra helsepersonells side ville videre forskning kunne bidra til at fokus på samhandling med eldre pasienter ble mer vektlagt i utdanningene av helsepersonell i tiden framover, og nye strategier kunne legges i undervisningen for å møte de behov som blir fremhevet.

## Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (2008). *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Baumbusch, Jennifer og Maureen Shaw. (2011). *Geriatric Emergency Nurses: Addressing the needs of an aging population*. Journal of Emergency Nursing vol. 37, issue 4.

Bridges, Jackie. (2008). *Listening makes sense: Understanding the Experiences of older people and relatives using urgent care services in England*. City University London.

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem. (2011). *Aldring og samfunn 2 utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Draper, Peter, Jane Wray og Sandra Burley. (2013). *Exploring nurses use of language with other people*. Nursing older people, Art and Science. Vol 25, hefte 9, år 2013.

Evans, David. (2002). *Systematic reviews of interpretive research. Interpretive datasyntetis of processed data*. Australian Journal of Advanced Nursing (20(2), 22-25.

Forsberg, Cristina og Yvonne Wengstrøm. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfatterna och Bokförlaget Natur Kultur.

Gilbert, Dorothy Ann, Eileen Hayes. (2009). *Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners*. Nursing Research july/august vol 58 , no 4, 283-293

Heap, Ken. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. Oslo: Kommuneforlaget.

Helseforskningloven. 2008. Lov av 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning. <http://www.lovdatab.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008 – 2012. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2008.

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Spesialisthelsetjenestestrategi%20for%20eldre.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – til rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2008.

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Hoyer, William J. Og Paul A. Roodin. (2009). *Adult Development and Aging*. New York: McGraw-Hill.

Jacobsen, Dag Ingvar. (2010). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Kirkevold, Marit. (2006). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb, Anette Hysten Ranhoff. (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Koskienniemi, Jaana, Helena Leino-Kilpi, Riitta Suhonen. (2012). *Respect in the care of older patients in acute hospitals*. *Nursing ethics* 2012, 20, 5-17.

Kristoffersen, Nina J., Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug. (2006). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Kristoffersen, Nina J., Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug. (2006). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Kunnskapssenteret, Kunnskapssenteret, slik oppsummerer vi forskning. Dato: 29.11.12.

[http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/\\_attachment/13439?\\_ts=132c8ffc4c7&download=true](http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/_attachment/13439?_ts=132c8ffc4c7&download=true)

Medvene, Louis J, Hannah Lann –Wolcott. (2009). *An exploratory study of nurse aides' communication behaviours: giving "positive regard" as a strategy*. International Journal of Older People Nursing 2009, 5,41-50.

Moesmand, Anna Marie og Astrid Kjøllestad. (2004). *Å være akutt kritisk syk – om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nordtvedt, Monica. W., Gro Jamtvedt og Birgitte Graverholt, Liv Merete Reinar. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). 2011a. Tema: Lov og regler. [http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler?p\\_dim=3770&lan=2&\\_ikbLanguageCode=n](http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=3770&lan=2&_ikbLanguageCode=n)

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). 2011b. Tema: Alle REK. [http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/komiteerogmoter/alle?p\\_dim=34677&ln=2&\\_ikbLanguageCode=n](http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/komiteerogmoter/alle?p_dim=34677&ln=2&_ikbLanguageCode=n)

Robben, Sarah. (2012). *Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study*. Family Practice, Oxford Journals April 2012; 29 742-747.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sahlsten, Monika J M, Inga E Larsson, Bjørn Sjøstrøm, Kaety A E Plos. (2009). *Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences June 2009.

Tveiten, Sissel. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis 2 utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

Van der Cingel, Margreet. (2011). *Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses*. Nursing Ethics 18(5) 672-685.



**Inkluderte forskningsartikler****Vedlegg 1:****Artikkel nr. 1**

Forfattere	Monika J.m Sahlsten, Inga E.Larsson, Bjørn Sjøstrøm, Kaety A.E.Plos 2009
År	Sverige
Land	Scandinavian Journal of caring sciences
Tidsskrift	
Tittel	Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care
Hensikt	Målet med studien var å utforske hvilke kommunikative strategier offentlig godkjente sykepleiere brukte for å stimulere til optimal grad av delaktighet hos pasienter i pleiesituasjonen
Intervensjon	Tre fokusgrupper hvor to av gruppene var fra to forskjellige sykehus. Den siste fokusgruppen bestod av sykepleiere som tidligere hadde deltatt i ett års systematisk klinisk gruppeveiledning. Alle var kvinner.  1,5t – 2t varighet på intervjuene, som ble tatt opp på bånd og nedskrevet.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Åpne intervju der pleierne reflekterte over sine erfaringer og viktigheten av optimal deltagelse for pasientene.
Deltakere	14 fra fokusgruppen i sykehus - 2 av disse frafalt grunnet sykdom.
Frafall	6 var utplukket til telefon intervju - 2 av disse trakk seg grunnet endring i arbeidssituasjonen. Totalt 16 deltagere fullførte.
Hovedfunn	Tre hovedpunkter ble funnet som nødvendige for optimal pasientdeltagelse. 1: Bygge en nær og god relasjon for optimalt samarbeid. 2: Bli kjent med personen bak pasienten. 3: Forsterke pasientens evne til å ivareta egne interesser.  Disse strategiene bidrar til en prosess hvor pasientens samlede kunnskap, verdier, motivasjon og mål resulterer i handling hvor pasient er deltagende i egen omsorg.
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid Nursing

## Artikkel nr. 2

Forfattere	Louis J. Medvene, Hannah Lann-Wolcott
År	2009
Land	USA
Tidsskrift	International Journal of Older People Nursing
Tittel	An Exploratory study of nurse aide's communication behaviours: giving positive regard as a strategy
Hensikt	Målet med studien var å identifisere kommunikasjonsvaner og strategier brukt blant godt kvalifiserte geriatriske pleiere som jobbet med pasienten som hadde behov for lang tids pleie og omsorg.
Intervensjon	Personlige intervju med 90 minutters varighet. Ni forskjellige behandlingsinstitusjoner.  Ledelsen ved de forskjellige behandlingsinstitusjonene ble bedt om å plukke ut sykepleiere som var spesielt gode på samhandling og kommunikasjon.  Intervjuene ble tatt opp på bånd, så skrevet over på papir.  15 av 16 deltagere var kvinner.
Metode Instrument	Kvalitativt Semi-strukturerte intervju.
Deltakere	16, hvor 12 av de jobbet ved "assisted living"-enheter, 4 jobbet ved sykehjem.
Frafall	Ingen
Hovedfunn	Kommunikasjon ble brukt i størst mulig grad fremme det positive, gi gode tilbakemeldinger. Definert videre som det å anerkjenne pasienten, behandle denne med respekt. Kommunikasjonsmåter som fremmet dette kan brukes videre som innhold til undervisning for pleiere innen geriatri
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Ja
Database	Pubmed

### Artikkel nr. 3

Forfattere	Dorothy Ann Gilbert. Eileen Hayes
År	2009
Land	USA
Tidsskrift	Nursing research Vol. 58 No 4
Tittel	Communication and Outcomes of Visits Between Older Patients And Nurse Practitioners
Hensikt	Målet med studien var å se hvordan kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier påvirket pasientens helse i kortere og lengre tid, og hvilken rolle relasjonen mellom dem spilte inn. Fokus både på verbal, non-verbal og samspill/ relasjonsbygging mellom pasient og pleier
Intervensjon	To trente observatører gikk gjennom segmenter av opptakene i normal- og sakte film.  Tolkning av disse ut ifra RIAS på verbal kommunikasjon, eget skjema for nonverbal, og eget skåringskjema for vurdering av relasjon og samspill.
Metode Instrument	Kvalitativ Opptak av intervju i hjemmet med videokamera.
Deltakere	31 sykepleiere
Frafall	155 pasienter 25 sykepleiere 13 pasienter
Hovedfunn	God kommunikasjon mellom pleiere og pasienter bidrar til at pasientene i større grad tar til seg informasjon som kan bidra til ønsket helsegevinst. Spesielt gjelder dette i større grad hvis pleieren er erfaren, og hvis pasientene opplever at samtalen er positivt preget. Likeverdighet i forholdet gir større tiltro til pleieren og en følelse av å bli avholdt.
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid

#### Artikkel nr. 4

Forfattere	Janna Koskenniemi, Helena Leino-Kilpi, Riitta Suhonen
År	2012
Land	Finland
Tidsskrift	Nursing Ethics 20,5-17
Tittel	Respect in the care of older patients in acute hospitals
Hensikt	Målet med denne studien var å beskrive de opplevelser eldre pasienter og deres nærmeste pårørende hadde med tanke på om respekt for pasienten var godt integrert i pleien, og hvilken betydning dette har for pasientens opplevelse av situasjonen.
Intervensjon	Intervjuer foretatt 3 uker den akutte situasjonen som krevde sykehusinnleggelse oppstod. Intervjuene ble tapet, og senere analysert. Flestparten av intervjuene ble foretatt i samme lokalitet, dette var avhengig av om pasienten var utskrevet eller ikke
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Semi-strukturerte intervju.
Deltakere	10 pasienter
	10 nærmeste pårørende.
Frafall	Ingen
Hovedfunn	Studien fremholder respekt som den grunnleggende basis for å tilegne seg holdninger og kunnskaper blant sykepleiere som videre gjør at eldre pasienter føler seg ivaretatt. De føler seg sett som enkeltindivid, og sette bidrar til økt trygghet og forståelse både blant pasient og pårørende
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid

## Artikkel nr. 5

Forfattere	Sarah Robben, Jannke Von Kempe, Maud, Heinen, Sytse Zujdema, Marcel Olde Rikkert, Henk Schers, Ren'e Melis
År	2012
Land	Nederland
Tidsskrift	Family Practice, Oxford Journals
Tittel	Preferences for receiving information among frail older adult and their informal caregivers: a qualitative study
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut hvilke erfaringer skrøpelige eldre mennesker og deres pårørende har med å motta informasjon fra profesjonelle helsearbeidere, og hvilket ståsted/ erfaringsbakgrunn har de for å kunne motta denne informasjonen
Intervensjon	Intervju foretatt i hjemmet. 2 uavhengige forskerne som ikke hadde kjennskap til pasientene. Intervjuene var basert på spørsmål som var inndelt i forhåndsbestemte emner.
Metode Instrument	Semi-strukturerte intervjuer,
Deltakere	11 eldre pasienter mellom 65 og 90 år, gjennomsnittsalder på 83.
Frafall	11 av deres nærmeste pårørende Ingen
Hovedfunn	Deltagerne følte at profesjonelle helsearbeidere grunnet dårlig tid og stort arbeidspress kunne møte utfordringer i forhold til informasjon av eldre pasienter. En av grunnene til dette var at pasientene selv følte de måtte bruke lenger tid på å forstå og motta informasjon. Derfor var de forsiktige med på søke etter utdypende informasjon, og satt for en stor del igjen med ubesvarte spørsmål. Flesteparten av pasientene ønsket informasjon gitt av en pleier som de hadde ett tillitsforhold til, og at denne skulle være muntlig. Mindretallet ønsket skrevet informasjon.
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Ja
Database	Ovid

## Artikkel nr. 6

Forfattere År Land Tidsskrift	Margreet van der Clingel 2011 Nederland Nursing ethics
Tittel	Compassion in care: A qualitative study of older people with a cronic disease and nurses.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å forstå nytten av medfølelse for sykepleiepraksis innenfor rammen av langsiktig omsorg.
Intervensjon	Dataene ble samlet inn fra mars 2008 til juni 2009. To semi-strukturerte intervjuer ble dannet: ett for sykepleiere og ett for pasientene.  Intervjuene ble gjennomført av en sykepleier og tre sykepleierstudenter.  Intervjuene ble tatt opp, så skrevet over til skriftlige dokumenter.  Kvalitativ analyse av dybdeintervju.
Metode Instrument	Kvalitativ Data ble innsamlet ved bruk av dybdeintervju med sykepleiere og pasienter i tre ulike institusjoner (et rehabiliteringssenter for kronisk syke, hjemmesykepleie og poliklinikker med sykepleiere for rådgivningstimer).
Deltakere Frafall	31 pasienter ( 14 menn og 17 kvinner) 30 sykepleiere Ikke opplyst om noen.
Hovedfunn	I denne artikkelen kom de fram til syv ulike dimensjoner innenfor medfølelse. De er oppmerksomhet, å lytte, konfrontere, involvere, å hjelpe, tilstedeværelse og å forstå.  Hovedfunnet er at medfølelse er en verdifull prosess som motiverer pasientene samt sykepleiere til å samarbeide for å oppnå gode utfall av omsorg.
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Hentet samtykke fra pasienter og sykepleiere som deltar i studien.
Database	Ovid og Pubmed (Fant samme artikkel i begge databasene).

## Artikkel nr. 7

Forfattere	Jennifer Baumbusch, Maureen Shaw.
År	2011
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of emergency nursing
Tittel	Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive en innovativ geriatrisk sykepleier-rolle som har blitt iverksatt for å adressere de unike behovene til eldre mennesker i et akuttmottak.
Intervensjon	Dataene ble samlet inn fra april 2008 – mars 2009.  Personene i studien ble spurt om å forklare med egne ord om ulike hendelser. Intervjuene ble tatt opp og overført til et dataprogram hvor dataene ble organisert og kodet. Dataene ble så delt inn i ulike tema.  En utforskende, beskrivende studie.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Data ble innsamlet ved bruk av semi-strukturerte intervju hvor forskeren stilte forskjellige åpne spørsmål. Data ble analysert ved en tematisk analyse.
Deltakere	5 GEN (geriatriske akutt sykepleiere)
Frafall	15 informanter ved avdelingen 0
Hovedfunn	Resultatene fra studien har ført til ytterligere betraktninger om rollen i forhold til kommunikasjon om eldre pasienter i akuttmottaket. Det er behov for ytterligere integrering av geriatrisk kunnskap og kompetanse innen en akuttavdeling utover en spesialisert rolle.
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Ja
Database	Pubmed

## Artikkel nr. 8

Forfattere År Land Tidsskrift	Jackie Bridges 2008 England University City London (study report)
Tittel	Listening makes sense: Understanding the experiences of older people and relatives using urgent care services in England.
Hensikt	Behov for en større forståelse for hvordan gi best mulig personlig pleie til eldre mennesker på en måte som ikke bare adresserer det primære problemet, men også adresserer til det bredere spekter av behov eldre mennesker kan ha.
Intervensjon	22 stykker intervjuet pasientene. 56% av intervjuene fant sted hjem til pasientene eller de pårørende. 44% av intervjuene fant sted hvor pasientene har mottatt behandling.  55% av intervjuene fant sted 7 dager etter de hadde mottatt behandling. 11% fant sted 8-14 dager etter endt behandling.  Resten av intervjuene ble foretatt 6-12 måneder etter endt behandling.  Intervjuene varte mellom 1 – 37 minutter. Intervjuerne tok opp intervjuet og skrev så av etter å hørt på båndet.
Metode Instrument	Kvalitativ. Data ble innsamlet ved bruk av en-til-en semi strukturerte intervju hvor intervjueren fikk pasienter/pårørende til å fortelle om sine opplevelser med øyeblikkelig-hjelp avdelinger. Intervjudataen ble samlet fra eldre pasienter og deres pårørende fra 31 ulike steder i England.
Deltakere Frafall	153 pasienter og pårørende (96 pasienter og pårørende gjennomførte) 57 pasienter og pårørende
Hovedfunn	Hovedfunnene ble delt inn i seks forskjellige tema: <ul style="list-style-type: none"><li>- tilbakeholdenhet eldre har for å søke hjelp</li><li>- at eldre kan føle at de ikke betyr noe</li><li>- redsel for å komme inn i et ukjent sykehusmiljø</li><li>- betydningen av personalisert og kontinuerlig pleie</li><li>- betydningen/viktigheten av å ha med pårørende ved kontakt med øyeblikkelighjelpsavdeling.</li></ul>
Kvalitet	God
Etisk vurdering	Ja
Database	Manuelt søk



**PICO-skjema****Vedlegg 2:**

<b>Population</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Elder* Aged Patient Nurse Geriatric Geriatric nurse	Communication Nurse-patient- relation Care* Nursing Hospital* Compassion Acute Health Treating	Ingen	Ingen

**Søkehistorikk**

**Vedlegg 3:**

**Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nursing and older persons	20.11.13	PubMed Ovid	14729 1108	0 0	0 0	0 0
Nursing and older persons and care	20.11.13	PubMed Ovid	9211 787	1 2	0 0	0 0
Nursing and care and older persons and compassion	20.11.13	PubMed Ovid	125 2	2 2	1 1	1 1 (samme artikkel)
Geriatric and older adults	15.01.14	PubMed	16079	0	0	0
Geriatric and older adults and nurse*	15.01.14	PubMed	2190	1	1	0
Geriatric and older adults and nurse* and hospitalized	15.01.14	PubMed	135	2	1	0
Geriatric and older adults and nurse* and hospital	15.01.14	PubMed	648	3	2	1
Aged and nurses	06.02.14	Ovid	5191	0	0	0
Aged and nurses and nurse-patient relations	06.02.14	Ovid	479	2	0	0
Aged and nurses and nurse-patient relations and communication	06.02.14	Ovid	185	3	2	1
Kommunikasjon and pasient	20.01.14	SveMed+	131	1	0	0
Kommunikasjon and pasient and nurse	20.01.14	SveMed+	37	1	1	0
Kommunikasjon and pasient and nurse and nurse-patient relation	20.01.14	SveMed+	23	2	1	0
Care and older people and acute	10.02.14	Ovid	685	2	0	0
Care and older people and acute and hospital*	10.02.14	Ovid	496	1	1	0
Care and older people and acute and hospital*	10.02.14	Ovid	165	2	2	1

<b>and nurse*</b>						
<b>Care and older and health</b>	<b>10.02.14</b>	<b>PubMed</b>	<b>39545</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Patients and nurse and relation</b>	<b>08.01.14</b>	<b>PubMed</b>	<b>11620</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Care and older and health and patients and nurse and relations</b>	<b>08.01.14</b>	<b>PubMed</b>	<b>269</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Care and patient and nursing and participation</b>	<b>08.01.14</b>	<b>Ovid</b>	<b>5078</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Care and patient and nursing and participation and nurse*</b>	<b>08.01.14</b>	<b>Ovid</b>	<b>3029</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Nurse and communication and geriatric nurse</b>	<b>13.01.14</b>	<b>Ovid</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Older adults and care and nurses</b>	<b>13.01.14</b>	<b>Ovid</b>	<b>1461</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Older adults and nurses and treating</b>	<b>13.01.14</b>	<b>Ovid</b>	<b>41</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Totalt</b>				<b>40</b>	<b>22</b>	<b>7</b>