



Forebyggende tiltak av obstipasjon hos sykehjemspasienter.

Preventing constipation in nursing home residents.

Kandidatnummer: 163

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: 2019

Antall ord: 9034

Dato: 01.04.2022

### **Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## Abstrakt

Pasientene som i dag kommer på sykehjem blir stadig eldre og har større hjelpebehov. På grunn av aldersrelatert fysiske, fysiologiske og psykiske forandringer, sammen med sykdommer og medisiner, er sykehjemsbeboere utsatt for obstipasjonsplager. Obstipasjon kan være knyttet til en rekke medisinske komplikasjoner og ha negativ påvirkning på pasientens livskvalitet. Hensikten med denne litteraturstudien er derfor å få en oversikt over hvilke bevisbaserte tiltak som er anbefalt for å forebygge obstipasjon blant eldre på sykehjem. Lærebøker beskriver at væsketilførsel, fiberrikt kosthold og mosjon er de vanlige tiltakene. Det er imidlertid begrenset med gode bevis i forskningen for å støtte disse intervensjonene, spesielt blant sykehjemspasienter. Her er anbefalingene i stor grad basert på konsensus og tidligere erfaring. Den høye prevalensen av obstipasjon og høyt forbruk av laksantia tyder på at økt oppmerksomhet rundt problemet kreves og mer forskning må på banen for å forbedre situasjonen. Problemstillingen drøftes i lys av Virginia Hendersons sykepleierteorier om å hjelpe syke så vel som friske pasienter til å dekke sine grunnleggende behov. Det blir også drøftet hvordan Alison Kitsons artikler om «Personal-Focused Fundamentals of Care» kan hjelpe sykehjemspasienten ved hjelp av kontinuitet og nærhet til pasienten individuelt kan tilrettelegge forebyggende tiltak mot obstipasjon.

**Nøkkelord:** obstipasjon, forebygge, sykehjem, eldre, Virginia Henderson, Alison Kitson

## **Abstract**

Nursing home patients today are older and in need of more help. Age-related physical, physiological and psychological changes, along with illnesses and medication, mean that nursing home residents are prone to constipation. Constipation can be associated with a number of medical complications and have a negative impact on the patient's quality of life. The purpose of this literature study is therefore to get an overview of which evidence-based measures are recommended to prevent constipation among the elderly in nursing homes. Textbooks describe that fluid intake, a high-fiber diet and exercise are the usual first-line interventions. However, there is limited good quality evidence in the literature to support these interventions, especially among nursing home patients, and current recommendations are largely based on consensus and experience. The high prevalence of constipation and laxative use suggests that this area needs more attention and research to improve the situation. This issue is discussed in light of Virginia Henderson's nursing theories of helping sick as well as healthy patients to meet their basic needs and connect with others. Alison Kitson's articles on "Personal-Focused Fundamentals of Care" will be referenced when discussing how nurses can offer individually tailored preventive measures against constipation.

**Keywords:** constipation, prevention, nursing home, geriatrics, Virginia Henderson, Alison Kitson

# Innholdsfortegnelse

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Innledning.....  | 1  |
| 1.1   | Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....                    | 1  |
| 1.2   | Problemstilling .....  | 3  |
| 1.3   | Formål og relevans for sykepleie .....                               | 3  |
| 1.4   | Avgrensning av oppgaven.....   | 4  |
| 2     | Metode.....  | 5  |
| 2.1   | Vitenskapelig tilnærming .....                                       | 5  |
| 2.2   | Metode og sykepleiefaglig tilnærming.....                            | 5  |
| 2.3   | Litteratursøk: Selektering og vurdering .....                        | 6  |
| 2.4   | Kildekritikk .....   | 8  |
| 2.5   | Etiske overveielser .....  | 8  |
| 3     | Teori.....   | 10 |
| 3.1   | Virginia Hendersons (1897-1996) definisjon av sykepleiens natur..... | 10 |
| 3.2   | Alison Kitson.....   | 11 |
| 3.3   | Obstipasjon.....   | 12 |
| 3.3.1 | Hva er obstipasjon? .....  | 12 |
| 3.3.2 | Hvorfor blir geriatriske pasienter lett obstipert? .....             | 14 |
| 3.3.3 | Dehydrering.....   | 15 |
| 3.3.4 | Kosthold .....   | 15 |
| 3.3.5 | Kommunikasjon .....  | 15 |
| 3.3.6 | Hvorfor er sykehjemspasienter spesielt utsatt for obstipasjon? ..... | 16 |
| 3.3.7 | Bruk av avføringsmidler.....   | 16 |
| 3.4   | Hvorfor er dette et viktig tema for sykepleier? .....                | 17 |
| 4     | Resultat.....  | 18 |
| 4.1   | Artikler .....   | 18 |
| 5     | Drøfting.....  | 22 |
| 5.1   | Sykehjemspasienten og obstipasjon.....                               | 22 |
| 5.2   | Hva slags tiltak kan anbefales? .....                                | 23 |
| 5.2.1 | Fiber, væske og mosjon.....  | 23 |
| 5.2.2 | Individuelle tilpasninger.....                                       | 24 |
| 5.2.3 | Pasientmedvirkning .....   | 25 |
| 5.2.4 | Sykepleieopplæring.....  | 26 |
| 5.3   | Barriere til best mulig vurdering av tarmproblemer.....              | 27 |
| 5.3.1 | Pasientfaktorer.....   | 28 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 5.3.2 Personellfaktorer ..... | 28 |
| 6. Konklusjon .....           | 29 |
| Litteraturliste .....         | 31 |
| Vedlegg .....                 | 36 |

# 1 Innledning

Obstipasjon er et utbredt og ofte tilbakevennende, kronisk problem og hos skrøpelige gamle mennesker (Skotnes et al., 2016, s. 331). En stor andel av denne pasientgruppen trenger hjelp i det daglige og i 2020 var det 39 200 pasienter som bodde på sykehjem i Norge (SSB, 2021). På sykehjemmene rapporteres ulik forskning om at alt fra 25% til 80% har en form for obstipasjonsproblemer ( Leegaard, 2016; Skotnes et al., 2016, s. 331) og en har funnet at opp til 70,1% av dem står på avføringsmidler (Blekken et al. 2016).

Hos eldre kan symptomer på obstipasjon være vanskelig å avdekke da de kan være uklare og sammensatte (Skotnes et al., 2016, s. 331). Noen får dårlig matlyst, vektreduksjon, smerte i mage eller endetarmen. Andre symptomer kan være følelse av å være kortpustet, urinretensjon, funksjonssvikt eller delirium. Plagene kan variere i intensitet og i noen tilfeller kan pasienten få fekale brekninger med avføringslukt fra ånden (Skotnes et al., 2016, s. 331–332). Ved kronisk obstipasjon kan pasienten få divertikler, hemoroider, ileus, rektal prolaps eller analfissurer. Tilstanden kan skape unødvendige bekymringer for både pasient, pårørende og helsepersonell.

Obstipasjon er for mange et tabubelagt problem å snakke om (Igbedioh, 2021). Dette kan være fordi det er misoppfatninger rundt problemet og behandlingsmetodene som blir tilbudt. Det er også en tilstand som kan gi en følelse av forlegenhet og angst og stor grad kan påvirke pasientenes livskvalitet (Igbedioh, 2021).

Studier som blir henvist til i lærebøkene under sykepleierutdanningen viser at subjektive obstipasjonsplager og bruk av laksantia øker med alderen (Skotnes et al., 2016, s. 332). I tillegg er obstipasjonsproblemer blant de plagene som gir størst negativ effekt på livskvaliteten (Wróblewska et al., 2019). Hvorfor utføres ikke flere forebyggende tiltak når vi vet at det har så stor negativ innvirkning på pasientens helse og velvære?

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

For mange år siden var jeg liten speider på leir i skogen. På ekte speiders vis skulle man gjøre sitt fornøddende sittende på et veltet tre, over et hull i bakken. 10 år gamle meg var ikke

komfortabel med dette og tenkte at jeg kunne vente en ukes tid til jeg kom hjem. Lite viste jeg, hvilke mengder som samlet seg opp i tarmene og hvor smertefullt det kom til å bli når forstoppelsen var et faktum. Jeg kom meg heldigvis raskt ved hjelp av å gå tilbake til en normal hverdag i mine vanlige omgivelser, men jeg husker godt hvor ukomfortabelt og smertefullt det hele var. De senere årene har jeg hatt praksis og jobb både i hjemmesykepleie, sykehus og sykehjem og har her hatt kontakt med en rekke pasienter med obstipasjonsplager. Jeg har nok litt ekstra forståelse og sympati når jeg kommer i kontakt med pasienter som har de samme utfordringene jeg selv hadde for mange år siden.

Under praksis på sykehjem var jeg overrasket over å se hvor mange pasienter som stod på laksantia og andre avføringsmidler. Undersøkelser over bruk av avføringsmidler på sykehjem og i den geriatriske populasjonen støtter mine observasjoner. Blekken et al, (2016) sin doktorgrad fant som sagt at 67% av pasientene i deres studier brukte avføringsmidler. Jeg fikk et annet perspektiv på sykehuset der jeg så at sykehjemspasienter innlagt med obstipasjons-problemer, som krevde undersøkelser, fikk sterkere, mer invasive og ubehagelige behandlinger. Den eldre mannen som var tydelig flau og ba om unnskyldning for lukten og alt stresset i forbindelse med toalettbesøkene, gjorde stort inntrykk på meg. Med en så utbredt og vanlig tilstand, lurer jeg på om obstipasjon og bruk av laksantia er uunngåelig i den eldre pasientgruppen, eller om det er noen bevisbaserte invasjoner som kan forebygge problemet. Dette er problemstillingen som blir undersøkt nærmere i denne oppgaven.

Stadig flere eldre klarer seg lengre hjemme med eller uten hjemmesykepleie (Fjørtoft, 2016, s. 11). Det vil si at det er de mest pleietrengende som kommer til sykehjemene. Det må likevel ikke bli en hvilepute for hverken sykepleiere, pårørende eller pasienten selv at pasienten har fått en plass på sykehjem. Det er viktig å ta vare på hele pasienten og alle de grunnleggende behovene han eller hun trenger å få dekket i den siste perioden av livet (Kirkevold, 2006, s. 101). Så hvorfor er så mange pasienter på sykehjem plaget med obstipasjonsproblemer? Er det manglende kunnskap, ufaglærte arbeidere, dårlig tid eller bryr vi oss ikke nok om pasientene? Jeg tenker at det kan være en kombinasjon av pasient- og personalfaktorer, men vil i denne oppgaven finne ut av hva vi som sykepleiere kan gjøre



for å redusere problemene til det beste for pasientene. For jeg er fremdeles speider i sinnet, og jeg vet hvor hemmende obstipasjon kan være for å leve et normalt og godt liv.

## 1.2 Problemstilling

Hvilken sykepleie kan medvirke til å forebygge obstipasjon hos pasienter på sykehjem?

## 1.3 Formål og relevans for sykepleie

I de etiske retningslinjene presiseres det i 2.1. at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykehjemspasienten har ofte et komplekst sykdomsbilde med varierte hjelpebehov fra et bredt spekter av profesjoner innen helsevesenet. Når pasienten har kommet på sykehjem er det sykepleiers ansvar å påse at alle behovene blir dekket i tilfredsstillende grad med de ressursene som er tilgjengelige til enhver tid (Hauge, 2016, s. 269). En del av sykepleiers funksjon er også å utføre forebyggende og helsefremmende tiltak mot pasienter uansett hvilken alvorlighetsgrad sykdommen har. Dette gjøres primært ved å fremme pasientens egne resurser (Henderson, 1960). Sekundært innebærer det å tidlig identifisere og sette i gang tiltak for å forebygge mulig helsesvikt. Tertiærforebyggende tiltak er de som forhindrer at det oppstår komplikasjoner ved allerede eksisterende sykdom, undersøkelse eller behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Pasientens behov blir også ivaretatt av fysioterapeut, ergoterapeut, lege, helsefagarbeidere og en rekke andre profesjoner og roller. Denne bacheloroppgavens formål er å finne ikke-medikamentelle tiltak som bidrar til å redusere antall pasienter med obstipasjonsproblemer på sykehjem, og dermed redusere den negative effekten disse problemene kan ha på livskvaliteten deres. Obstipasjon er også linket til angst, depresjon, ensomhet, sosial isolasjon og søvnproblemer (Dobarrio-Sanz et al., 2020).

En sekundær effekt av bedre tarmhelse på sykehjemmet kan være at pårørende og helsepersonell opplever å føle mer trygghet og verdighet i møtet med pasienten og situasjonen han er i (Svedas & Wise, 2012).

## **1.4 Avgrensning av oppgaven**

Oppgaven avgrenses til pasienter som bor på sykehjem i kort- eller langtidsopphold.

## 2 Metode

I denne delen presenteres hvilke metodiske tilnærminger som er benyttet i oppgaven. Først presenteres de vitenskapelige alternativene man har, hvordan jeg har samlet inn relevant kunnskap, hvordan det har blitt gitt et kritisk blikk på kunnskapen og hvilke etiske overveielser som har blitt gjort.

### 2.1 Vitenskapelig tilnærming

Vitenskapsteori omhandler forskning som er systematisk, metodisk og kritisk undersøkt (Vitenskap, 2022). Det skilles mellom to ulike retninger innen vitenskapsteorien. Den ene retningen er den naturvitenskapelige, som tar for seg studier av den fysiske naturen. Den andre er humanvitenskapen som setter søkelys på menneskelige fenomener (Dalland, 2019 s. 39-40).

Denne oppgaven bygges opp med både en naturvitenskapelig og en humanvitenskapelig vinkling. Obstipasjon har fysiske utfall som kvalme, smerte, diaré eller vekttap (Skotnes et al., 2016, s.331), men jeg vil også se på hvilke humanvitenskapelige fenomener i form av psykologiske og eksistensielle problemstillinger som gjør seg gjeldende når pasienter får disse plagene. Dette er for å få en dypere forståelse hva pasientene opplever, og hvilken påvirkning det har på dem. Dette vil jeg se på i lys av relevante sykepleierteorier. Jeg ønsker til slutt også å komme frem til noen forslag til hva sykepleiere og annet helsepersonell kan gjøre for å best mulig hjelpe pasienten i den situasjonen han er i.

### 2.2 Metode og sykepleiefaglig tilnærming

Grunnen for å velge en bestemt metode er at den vil belyse spørsmålet og problemstillingen en har valgt på en interessant og faglig måte, samtidig som den sier noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2019, s. 51). Problemstillingen i oppgaven drøftes i lys av Virginia Hendersons teori om sykepleiens grunnprinsipper og hvordan sykepleieren skal bidra til god helse og helbredelse av pasienten. Det vil også settes fokus på Alison Kitsons drøftinger rundt de nyere sykepleiefaglige tilnærmingene som kalles Patient-Centered Fundamentals of Care (PCFOC) (Kitson, 2018).

Denne oppgaven skrives som en litteraturstudie. Det vil si en studie som samler og systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder i form av eksisterende forskning, teori og fagkunnskap. Litteraturstudien gir leseren en oppdatert og god forståelse rundt det spesifikke området problemstillingen setter søkelys på og det oppgaven skal belyse (Thidemann, 2015 s. 79-80). Fordelen med en litteraturstudie er at man unngår de ressurskrevende og strenge etiske retningslinjene man måtte forholdt seg til ved å gjøre en empirisk undersøkelse av pasienter. Leseren vil få en oppdatert og god forståelse for kunnskapen som presenteres og hvordan forfatteren har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 76-80). Den negative siden med litteraturstudiet er at det ikke tilfører noen ny forskning, men kun samler allerede eksisterende informasjon i en ny presentasjon.

Videre vil jeg gå igjennom informasjonen på en kritisk måte. Jeg benytter både kvalitative og kvantitative studier for å dekke et så helhetlig bilde av problemstillingen som mulig. Jeg har brukt faglitteratur fra pensum og funnet frem til andre relevante kilder gjennom biblioteket på VID, Helsebiblioteket, Google Scholar, sykepleien.no og andre relevante tidsskrift. Til slutt vil jeg oppsummere og finne en konklusjon på problemstillingen jeg har satt.

## **2.3 Litteratursøk: Selektering og vurdering**

Arbeidet med å fremskaffe litteratur i en bacheloroppgave kan gjøres ved manuelt søk eller ved å søke i databaser og begge deler benyttes i arbeidet (Thidemann, s. 83, 2015).

Problemstillingen i oppgaven er det som peiler ut retningen i søkene og for å konkretisere hvilken informasjon jeg hadde behov for, utviklet jeg, som Thidemann (2015) anbefaler, en tabell med en PIO (Population, Intervention og Outcome). Dette gjør problemstillingen mer søkbar og presis. Under population skrev jeg opp «beboere/pasienter på sykehjem». Under «Intervention» skrev jeg «kosthold, væske og mobilisering». Under outcome skrev jeg «reduert obstipasjon, økt livskvalitet, bedre bruk av ressurser og mer tilfredse sykepleiere».

Da jeg skulle finne forskningsartikler som var relevante til problemstillingen laget jeg på forhånd en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 1) basert på råd fra Grønseth & Jerpseth (2019, s. 88–89). Populasjonen skulle befinne seg på sykehjem, artiklene skulle være skrevet på nordisk eller engelsk språk og artiklene skulle dekke forhold

som kunne være sammenlignbar med norske forhold. Av denne grunn ble søket begrenset til data fra vestlige land. Artikkene skulle dessuten være skrevet de siste ti årene for å begrense søket til de mest oppdaterte bevisene og artikkene måtte dessuten være fagfelleverderte.

**Tabell 1**

|                  | Inklusjonskriterier  | Eksklusjonskriterier                  |
|------------------|--|---------------------------------------|
| Populasjon       | Eldre pasienter på sykehjem                                | Pasienter som bor hjemme.             |
| Språk            | Norsk, svensk, dansk, engelsk                              | Andre språk                           |
| Tidsavgrensning  | Artikler 2012-2022   | Artikler publisert før 2012           |
| Studiedesign     | Alle studiedesign  |                                       |
| Kvalitetssikring | Fagfellevurdert  | Ikke fagfellevurdert                  |
| Land             | Australia & New Zealand, Canada, Europa, UK & Ireland, USA | Asia, Afrika, sentral and sør-America |

Jeg foretok søk i CINAHL, Pubmed og Google Scholar samt sykepleien.no sin database med forskningsartikler. Når jeg vurdert artikler, brukte jeg tabellen med kriterier for å sjekke om forskning var relevant og dekket problemstillingen.

Jeg begynte mine søk i CINAHL da det er denne databasen som er mest rettet mot sykepleiefaglige artikler. Jeg benyttet søkeordene «Constipation», «Nursing homes» OR «Aged care» og «Intervention» OR «Management». Jeg søkte på disse bolkene med AND og fikk da 43 treff etter å ha begrenset søket med eksklusjonskriteriene. Jeg fant 2 primærstudier fra Australia og USA, og en systematisk oversiktsartikkel av tidligere publiserte randomiserte kontrollertstudier, og en annen oversiktsartikkel.

I søkedatabasen Pubmed brukte jeg det samme søkestrategi, med begrensninger på språk (engelsk og nordiske språk), og utgivelsesdato (etter 2012). Jeg fikk 91 treff som ga to ytterligere relevante primærstudier fra Norge.

Overskrifter og sammendraget til interessante artikler ble lest, og jeg fortsatte med å lese hele teksten til artiklene som så ut til å være mest relevante. Tre av primærstudiene brukte både kvantitativ analyse for å gi resultater i statistikk form, og kvalitative metoder som kan gi rik humanvitenskapelige perspektiver fra deltakerne (Dalland, 2019 s. 39-40). Begge typer av metoder gir nyttig informasjon for å belyse hvordan problemstillingen kan besvares.

## 2.4 Kildekritikk

Denne oppgaven er skrevet med bakgrunn i informasjon fra allerede eksisterende forskningsbasert litteratur. Ifølge Dalland (2017) er det da to sider som er viktig innen kildekritikk. Det første er å kritisk utføre litteratursøkene i forhold til oppgavens problemstilling. Den andre er å dokumentere metodene som er brukt for å finne frem til litteraturen som er brukt. Det er viktig å undersøke kildene i forhold til relevans, kvalitet og gyldighet i forhold til oppgaven (152-159). I denne oppgaven er det brukt fire primærstudier og to oversiktsartikler. Alle artiklene er fagfellevurdert, altså er de sjekket av fageksperter med tanke på kvalitet og relevans. Alle artiklene er skrevet på engelsk, noe som kan gi rom for misforståelser da dette ikke er mitt morsmål. Noen artikler har også opprinnelse fra land med et tredje språk, noe som kan gi ytterligere rom for misforståelser og feiltolkninger i oversettelsesprosessen. For å sikre at oppgaven baserer seg på et troverdig fundament vil det i resultatdelen bli presentert kritiske vurderinger av artiklene i henhold til sjekklister for kritiske vurderinger fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016).

Det er blitt benyttet en rekke lærebøker og fagbøker i skriveprosessen. Mange av disse benytter sekundærkilder, noe som skaper usikkerhet rundt om forskningen bøkene er bygget på er relevant, oppdatert informasjon eller om det kan være mistolkninger fra forfatterne. Noe av litteraturen er fra tidligere studieår, noe som gjør at de ikke alltid er nyeste versjon av bøkene.

## 2.5 Ethiske overveielser

Denne oppgaven er etter beste evne skrevet med tanke på å overholde VID Vitenskapelige Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving (2018 s. 4). Det blir brukt APA 7th som mal i kildehenvisninger. Dette betyr at det skal være lett å søke opp litteraturen som er benyttet i

ettertid. Oppgaven er skrevet med egne ord og personer fra egne erfaringer er anonymisert for å opprettholde taushetsplikten.

Jeg har på forhånd satt meg inn i hva forskningsetikk innebærer, spesielt når det kommer til personvern og etiske overveielser (Dalland, 2017, s. 236). Dette gjelder spesielt at det er frivillig å være med i forskningen, at det er mulig å trekke seg fra prosjektet og at personopplysningene deres er anonymisert. De to utvalgte artiklene fra Norge har gjennomgått en formell etisk vurdering og har blitt godkjent, mens de andre to kvalitetsforbedringsprosjektene fra Australia og USA var godkjent av lokal ledelse. Oversiktsartiklene har ikke nevnt noe om formell etisk godkjenning, men er publisert i anerkjente tidsskrift.

Oppgaven er skrevet i lys av Virginia Hendersons og Alison Kitsons sykepleierteorier. Det må i all ydmykhet understrekes at dette er mine tolkninger av deres syn på hva sykepleie, noe som kan avvike fra hva deres tanker og meninger faktisk er.

## 3 Teori

I dette kapitlet vil det presenteres relevant teori som vil gi grunnlag for drøftingsdelen av oppgaven. Først presenteres Virginia Henderson som en relevant sykepleieteoretiker innen det å utøve helsefremmende sykepleietiltak. Deretter introduseres nyere tanker om sykepleie fra Alison Kitson om «Patient Oriented Fundamentals of Care» (Kitson, 2018). Videre gjøres det rede for hva obstipasjon er, hvorfor geriatrisk pasienter er lettere utsatt for obstipasjon, og hvorfor dette er et viktig tema for sykepleie.

### 3.1 Virginia Hendersons (1897-1996) definisjon av sykepleiens natur

Etter Florence Nightingales bøker fra slutten av 1800-tallet, er Virginia Hendersons tekster blant de første som beskriver sykepleierens spesielle fagområde. I boken hennes «Sykepleiens grunnprinsipper» skriver hun at:

Sykepleiens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelse av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse, noe han hadde gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje og gjøre det på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1960, s. 9).

Teorien fokuserer på tre viktige elementer i behandlingen av syke mennesker: 1. Enkelte handlinger er viktig for helse og helbredelse. 2. Friske personer kan normalt gjøre disse handlingene selv og 3. målet for sykepleier er at pasienten skal kunne gå tilbake til å gjøre disse handlingene på egenhånd (Henderson, 1960, s. 10). Henderson sier videre at alle mennesker har grunnleggende behov som «mat, hus, klær, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og samhørighet til andre» Henderson mener videre at behovene er felles for menneskeheten, men at behovene også blir tolket og tilfredsstilt forskjellig fra individ til individ avhengig av hvilken sosial og kulturell bakgrunn en kommer fra, samt hvilke fysiske og psykiske krefter, vilje og motivasjon eller alder pasienten har (Kirkevold, 2006, s. 101–102). Henderson presiserer at alle mennesker har grunnleggende behov som vi forholder oss til i ulik grad og at vi danner oss vårt eget livsmønster som er best mulig egnet



til å fremme helsen vår. Det er sykepleiers jobb å komme inn og hjelpe pasienten når den ikke evner å opprettholde en helsefremmende eller lindrende måte å leve på og som ivaretar de grunnleggende behovene (Kirkevold, 2006, s. 105). Hendersons syn på mennesker bærer preg av at hun mener at vi er selvstendige individer med et sett grunnleggende behov som vi uttrykker og forstår på vår individuelle måte avhengig av våre sosiale og kulturelle betingelser. Sykepleierens utfordring er da, ifølge Henderson, å evne å oppfatte disse behovene til den enkelte pasient (Kirkevold, 2006, s. 103).

## **3.2 Alison Kitson**

Alison Kitson har etterlyst sykepleieres mulighet og evne til å reflektere over egen sykepleie og sykepleiepraksis, noe som hun mener har ført til mangel på teoretisk informert innsikt om handlinger kan løfte livskvaliteten til pasientene (Kitson, 2018). Det har derfor blitt utarbeidet et teoretisk rammeverk som forklarer, veileder og forutsier sykepleieinteraksjoner med pasienter, omsorgspersoner og deres familier under pleien. Disse nye teoriene kalles «Person Centered Fundamentals of Care» (PCFC), og sikter mot å fange kompleksiteten og flerdimensjonaliteten til sykepleiepraksis ved å beskrive de praktiske handlingene i hverdagen for omsorg og pleie. Teorien gjør dette på en måte som hjelper sykepleieren å utføre meningsfulle møter for både sykepleier og pasient ved å bruke språk og begreper som er kjent for begge parter. I hovedsak fokuserer PCFC-rammeverket på de rutinemessige, hverdagslige, fysiske, psykososiale og relasjonelle behovene til pasienter – som danner grunnlaget for ethvert omsorgsmøte. I tillegg til å understreke viktigheten av forholdet mellom sykepleier og pasient, fokuserer rammeverket på de praktiske omsorgshandlingene som er å hjelpe pasienter med å håndtere sine grunnleggende omsorgsbehov, som å gå på toalettet, personlig hygiene, mobilitet, søvn, hvile og trygghet blir respektert og at pasientene kan ta egne valg. Disse elementene i omsorgsmøtet er avgjørende for å møte pasientenes unike omsorgs- og sikkerhetsbehov (Kitson, 2018).

## 3.3 Obstipasjon

### 3.3.1 Hva er obstipasjon?

Obstipasjon er en tilstand som er til stede når avføringen er så hard eller treg at det oppleves som et problem for pasienten. Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (NKIB) instruerer på sine sider at vi i Norge bruker Roma IV kriteriene for obstipasjon (NKIB, 2019). Dette er et enkelt verktøy der pasientens symptomer må oppfylle to av de diagnostiske kriteriene for obstipasjon.

**Subjektive og objektive symptomer omfatter:**

| Objektive Symptomer  | Subjektive Symptomer   |
|--|--|
| Pressetrang ved mer enn 25% av toalettbesøkene               | Følelse av ufullstendig tømming ved mer enn 25% av avføringene   |
| Knollete hard avføring ved mer enn 25% av avføringene        | Følelse av obstruksjon/blokkering ved mer enn 25% av avføringene |
| Behov for digital stimulering ved mer enn 25% av avføringene |  |
| Mindre enn 3 avføringer per uke.                             |  |

Avføringens form og konsistens kan kartlegges ved hjelp av standardisert og strukturert scoringsverktøy som er kalt Bristol avføringsskjema som rangerer avføringens konsistens fra 1 til 7 ved hjelp av visuelle og skriftlige beskrivelser (vedlegg 1) (Gjerland, 2016, s. 291). Forskning rundt avføringens form og fasong viste at endring i avføringsform korrelerer med endring i intestinal transittid. Tarmpassasjetid er av relevant betydning i tarmfysiologi og er en viktig faktor for tarmsymptomer (Patel et al., 2016).

Rapportering av obstipasjonsproblemer varierer en del mellom de ulike kildene som er tilgjengelig. Dette har med ulike definisjoner å gjøre: om det er selvrapportert eller basert på kriterier (Blekken, 2016). Sykepleieren må hele tiden ta utgangspunkt i hva den enkelte pasient opplever, men likevel gjøre objektive vurderinger underveis og realitetsorientere

pasienten i forhold til hva som er realistiske forventninger for tarmfunksjonen på det aktuelle tidspunktet (Skotnes et al., 2016, s. 332). Helsepersonell definerer vanligvis obstipasjon i henhold til Roma IV kriteriene (NKIB, 2019), mens pasienter oftere definerer det som «vanskelig avføring».

Hos eldre pasienter kan det være spesielt vanskelig å avdekke obstipasjon da symptomene er uklare og sammensatte. Man kan oppleve ubehag og smerte i magen, oppblåsthet og redusert matlyst, funksjonssvikt og ved manglende bedring kan behov for medisiner oppstå (Skotnes et al., 2016, s. 331). Ubehandlet obstipasjon gir fare for en rekke medisinske komplikasjoner, noen som kan være alvorlig og kreve sykehusinnleggelse. Disse inkluderer hemorroider, divertikler og divertikulitt, urinretensjon, subileus, tarmperforasjon og påvirkning på respirasjon ved alvorlig obstipasjon og ileus (Gjerland, 2016, s. 296–297). I tillegg er geriatriske pasienter utsatt for økt fare for å utvikle delir, noe som gjør videre behandling utfordrende (Skotnes et al., 2016, s. 331).

Obstipasjon kan deles inn etter hvor obstipasjonen oppstår, varighet eller årsak (Gjerland, 2016, s. 296). Kolonobstipasjon forekommer når tykktarmens passasje blir redusert. Tarminnholdet bli liggende lenge i tarmen og for mye væske suges opp og det resterende innholdet i tarmen blir hardt og det blir hard avføring i hele tykktarmen. Rektumobstipasjon skjer når en får nedsatt passasjetid i endetarmen og pasienten får hard og knollete avføring i rektum (Gjerland, 2016, s. 296). Akutt, eller forbigående, obstipasjon ser vi når pasienten får brudd på sine daglige rutiner i form av manglende fysisk aktivitet eller ved forekomst av alvorlig sykdom som gir nedsatt inntak av mat og væske. Kronisk, eller vedvarende, obstipasjon har varighet over en måned (Gjerland, 2016, s. 296).

Videre kan en skille tilstanden mellom primær- eller sekundærobstipasjon etter årsakene som fremkaller symptomene. Primærobstipasjon forekommer der avføringstrangen av ulike årsaker undertrykkes over tid (Gjerland, 2016, s. 296). Dette kan være på grunn av redusert mobilitet og sengeleie som ved opphold på institusjon, lite væskeinntak, redusert matinntak eller ugunstig kosthold med lite fiber, sårhet rundt endetarmen som gjør at man «holder seg» eller får dårlige toaletterutiner (Skotnes et al., 2016, s. 332). Sekundærobstipasjon har ofte sammenheng med komplikasjoner fra annen sykdom hos pasienten. Dette kan være knyttet til nevrologiske sykdommer som demens, hjerneslag, multipel sklerose eller

parkinsonisme, endokrine sykdommer, tarmkreft eller psykiske lidelse som depresjon eller anoreksi (Skotnes et al., 2016, s. 332).

### **3.3.2 Hvorfor blir geriatriske pasienter lett obstipert?**

Eldre pasienter er en heterogen gruppe og mange har aldersforandringer som har negative påvirkninger på sykdom, behandling, forløp og prognose. Aldersforandringene kommer gradvis og gir økt disposisjon for sykdom og problemer med å klare seg selv (Ranhoff, 2016b, s. 79). En britisk befolkningsstudie fant at kvinner over 85 år hadde i snitt 5 diagnoser, mens menn i snitt hadde 4 (Ranhoff, 2016b, s. 86). Hos den eldre pasienten gjør aldersforandringene i kroppen og endringer i mage og-tarmkanalen at eliminasjonsprosessene endres og en kan lettere få problemer med å avgi defekasjon. Den peristaltiske funksjonen i tykktarmen reduseres og det suges dermed opp mer væske fra innholdet i tarmen og en får fastere avføring. Tarmen blir dessuten mindre smurt på innsiden da den eldre pasienten produserer mindre mukøs (Skotnes et al., 2016, s. 325). Pasienter med obstipasjon er også utsatt for å utvikle divertikler i tykktarmen, noe som gjør det vanskelig å få tømt tarmen skikkelig. Dette fører videre til økt fare for obstipasjon (Skotnes et al., 2016, s. 325). Redusert muskelstyrke og evne til mobilisering reduserer også tarmenes bevegelser og gir redusert press på tykktarmen, noe som også øker faren for obstipasjon (Skotnes et al., 2016, s. 325). Kvinner har dobbelt så stor sjanse som menn for å bli obstipert. Dette har sammenheng med økt risiko for komplikasjoner i mellomgulvet etter fødsler tidligere i livet (Igbedioh, 2021). Hos den eldre pasienten vet vi også at smerte er et mindre uttalt symptom, og uttrykkes ofte bare som ubehag (Ranhoff, 2016a, s. 226).

For å følge pasientens endringer over tid må situasjonen følges systematisk. Krav om dokumentering av pasientens helsetilstand er nedfelt i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, (1999) §39-47). Studier har vist at dokumentasjon i sykehjem mangler helhet og struktur, noe som kan føre til kontinuitet- og koordineringsproblemer og kan være en trussel mot pasientens helse (Hauge, 2016, s. 272–273). Det er ledelse og det kommunale tjenesteapparatet som har ansvaret for å bygge opp og vedlikeholde et hensiktsmessig dokumentasjonssystem (Hauge, 2016, s. 273).

### **3.3.3 Dehydrering**

Dehydrering betegnes som en av primærårsakene til obstipasjon (Skotnes et al., 2016, s. 332). Dehydrering defineres som væskeunderskudd i kroppen. Kroppen består normalt av 50-70% væske og tørste registreres i hjernen når en har en reduksjon i ca 1% av kroppsvæsken, altså 300-400ml hos en voksen person (Aagaard, 2016, s. 194). Nedsatt tørstefølelse og problemer med å drikke kan gjøre det utfordrende å ta til seg den anbefalte døgnmengden på 1,5-2 liter pr dag (Skotnes et al., 2016, s. 333).

Eldre pasienter har et lavere væskeinnhold i kroppen enn yngre og hos eldre reduseres tørstefølelsen og de kan glemme å drikke tilstrekkelig hver dag (Aagaard, 2016, s. 213; Ranhoff, 2016, s.82). De kan også bevist unngå å drikke tilstrekkelig for å forhindre at de må opp på toalettet om natten, eller at de mangler tørstefølelse på grunn av forvirring (Aagaard, 2016, s. 214). Et tilfredsstillende væskeinntak er med på å forhindre at fiber i tarmen ikke forsteiner seg i tarmen og er en tilstand som kan gi økt forekomst av tarmslyng (Sjøen & Thoresen, 2019, s. 152),.

### **3.3.4 Kosthold**

Et variert kosthold bør inneholde kli, havregryn, frukt og grønnsaker som alle er gode kilder til fiber (Aagaard, 2016, s. 196). Kostfiber er en samlebetegnelse for ufordøyelige karbohydrater som passerer ufordøyd gjennom tynntarmen, og noen brytes ned i tykktarmen (Aagaard, 2016, s. 195). Fiber tiltrekker seg vann og gir næring til tarmbakteriene, som vil øke i mengde. Dette fører til at tarminnholdet vil bli mykere og øke i volum. I tillegg øker kostfibrene tarmbevegelsene og passasjetiden gjennom fordøyelsessystemet forkortes. Anbefalt inntak av kostfiber hos voksne er 25-35 gram per dag (Aagaard, 2016, s. 195).

### **3.3.5 Kommunikasjon**

Det er rapportert at opp til 91 % av sykehjemsbeboerne har en form for demens (Gjøra et al., 2020, s. 5), som kan gjøre kommunikasjon rundt tarmproblemer vanskelig. De eldre pasientene kan ha misoppfatninger rundt problemene med konstipasjon eller kan syntes at det er pinlig å snakke om til personalet på sykehjemmet. Dette kan føre til at symptomene

blir verre, og dermed får større påvirkning på dagliglivet (Igbedioh, 2021). Det viser seg også at noen pasienter ikke vet hva som er normal tarmaktivitet. En undersøkelse utført av Bowel Interest Group i England viste at 11% av hele den voksne populasjonen, ikke viste hva som var normalt og nesten 25% trodde at avføring under en gang per dag var symptom på obstipasjon (Igbedioh, 2021). Når obstipasjonen har inntruffet kan ubehaget og smertene som kommer i forbindelse med tilstanden gjøre at det tar fokus bort fra samarbeidet om behandlingen (Sommer, Christina et al., 2016)

### **3.3.6 Hvorfor er sykehjemspasienter spesielt utsatt for obstipasjon?**

Å flytte fra sitt eget hjem til sykehjem er en stor overgang for den eldre pasienten. En må tilpasse seg nye boforhold, nye rutiner og en annen type mat (Hauge, 2014, s. 270). På sykehjem vil man i større grad få et standardisert kosthold, og ikke et kosthold der pasienten ideelt sett skulle fått sin ønskekost for å opprettholde tilstrekkelig inntak av næring.

Sykehjemspasienter står ofte på mange legemidler som kan interagere med hverandre. I tillegg er geriatriske pasienter mer sårbar for bivirkninger på grunn av alderens effekt på fysiologi og kronisk sykdommer (Brodtkorb & Engh, 2016, s. 186; Ranhoff, 2016, s. 227). Det finnes ulike preparater som kan ha obstipasjon som bivirkning. En studie av sykehjemspasienter i Norge konkluderte med at det var bruk av spesifikke medikamenter som antidepressive, benzodiazepiner, antikolinergiske og opiate preparater som var knyttet til obstipasjonssproblemer, og ikke generell polyfarmasi (Fosnes et al., 2012).

### **3.3.7 Bruk av avføringsmidler**

Hvis pasienten blir obstipert må årsaker og utløsende faktorer undersøkes grundig og allerede nevnte forebyggende tiltak må iverksettes eller trappes opp (Skotnes et al., 2016, s. 333). Hvis der ikke foreligger bakenforliggende sykdom og ikke forebyggende behandling har effekt hos den eldre, må en benytte seg av medikamentell behandling. Det er ganske vanlig å se avføringsmidler på medisinalister hos sykehjemspasienter (Igbedioh, 2021; Leegaard, 2016).

Laksantia deles opp i ulike kategorier, som bulklaksantia, vannbindende, kontaktlaksantia og klyster, som er et legemiddel som sprøytes inn i endetarmen der økt væsketilførsel gjør tarminnholdet mykere (Bakke, 2016, s.188). Laxantia kan påvirke tarminnhold, binding av væske i tarmen og tarmperistaltikken (Wyller, 2014, s. 481). Bruk av avføringsmidler kan føre til kvilme, oppblåsthet, flatulens, diare, inkontinens, elektrolytt-forstyrrelser og eventuell svekkelse av normal tarmfunksjon ved langvarig bruk, der pasienten igjen blir forstoppet hvis preparatene seponeres (Izzy et al., 2016; Wyller, 2014, s. 481). Klystermidler er effektivt men er invasiv og ubehagelig for pasienter.

### **3.4 Hvorfor er dette et viktig tema for sykepleiere?**

Ifølge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har sykepleiere plikt til å fremme helse, delta i forebyggende arbeid og bidra til best bruk av ressurser (Helse- og Omsorgstjenesteloven, 2016. §3-1). I de etiske retningslinjene er det også presisert at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og ivaretar pasientenes verdighet og sikkerhet (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Et annet hensyn er kostnadsbelastningen for helsevesenet ved behandling av obstipasjon. Ifølge Folkehelseinstituttet, ble det i 2020 brukt 35 million kroner på reseptbelagte midler mot obstipasjon blant personer over 70år (Reseptregisteret.no). Dette inkluderer ikke kjøp av reseptfrie midler og andre kostnader knyttet til legetilsyn og sykehusinnleggelse.

Det siste, og kanskje det viktigste punktet, er effekten tilstanden har på pasientens livskvalitet. En rekke studier viser at obstipasjonens symptomer og utfall gir smerter, fysiske og psykiske hemninger og kan i noen tilfeller føre til depresjon, blant pasienter på sykehjem (Norton C, 2006; Wróblewska et al., 2019).

# 4 Resultat

## 4.1 Artikler

Jeg vil her presentere artiklene jeg fant under søkene som ble presentert i kapittel 2.3. Jeg vil se på artiklenes styrker og svakheter og om de følger IMRaD strukturen.

### Artikkel 1

Den første relevante artikkelen i søket var “Non-pharmacological interventions to improve constipation amongst older adults in long-term care settings”, skrevet av spanske forskere og publisert i journalen “*Geriatric Nursing*” (Dobarrio-Sanz et al., 2020). Dette er en systematisk oversikt og kritisk vurdering av randomiserte kontrollstudier om forebyggende tiltak mot obstipasjon på sykehjem. Forskerne fant 7 relevante studier fra PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, Cochrane og EMBASE med totalt 657 pasienter. Forfatterne brukte en validert metode for systematiske søk ved bruk av retningslinjer fra PRISMA og Cochrane. Studien følger IMRaD-modellen og resultatene er presentert på en klar måte, med PIO oppsummert for hver studie. En rekke tiltak ble undersøkt, som kostholdsendringer, mosjon og væskeinntak, individualiserte intervensjoner, pasientopplæring og probiotika. Alle tiltakene var utført av sykepleiere på sykehjem, og er derfor relevant for oppgavens problemstilling.

Svakheten med denne type artikler er at det er ikke en originalstudie, men en gjennomgang av andres arbeid, som kan gi muligheter for feiltolkninger. I tillegg var det ikke nok likhet mellom intervensjonene i de 7 studiene for å kunne utføre videre analyse som for eksempel metaanalyse. Selv om randomiserte kontrollstudier er gullstandarden for intervensjonsstudier som ønsker å påvise effekt av et spesifikt tiltak, var kvaliteten av studiene variert. Forfatterne har vært kritisk til vitenskapelig kvalitet og metodikk i studiene og alt i alt kunne ide ikke konkludere med god nok sikkerhet at noen tiltak kan anbefales.



## Artikkel 2

“Improving Communication About Constipation in a Long-Term Care Setting by Using the Bristol Stool Scale”. Denne artikkelen fra 2016 var publisert i *“Annals of Long-Term Care”* beskriver et pilotprosjekt for kvalitetsforbedring fra et sykehjem i USA, hvor de ønsket å ha bedre kommunikasjon og kartlegging av obstipasjon (Patel et al., 2016). Målet var å bruke Bristol avføringskjema (BSS) som et verktøy for å hjelpe beboerne til selv å rapportere om egen tarmfunksjon. Studiedesignet er beskrevet som en pre- og post- intervensjonsstudie. Intervensjonen var å inkludere skjemaet i sykepleiers journalnotat, gi utdanning til sykepleiere og øke bevisstheten om prosjektet om BSS på sykehjemmet ved å vise informasjon om temaet. Sykepleiere kunne respondere ved å hjelpe pasienter med å øke væske- og fibreinntak eller tilby medikamenter. Resultater viste en høy reduksjon i selvrapportert obstipasjon, fra 70% til 27% etter 1 måned. De fleste spurte sykepleierne mente at programmet var nyttig (82%) og enkelt å gjennomføre (71%).

Det var ikke brukt kontrollgruppe, og alle sykepleierne viste om intervensjon. Under studien i seg selv kan dette ha endret praksis på kort sikt, men det blir interessant å se om forandringene med fokus på kartlegging ble opprettholdt etter studieperioden. Artikkelen er likevel relevant for problemstillingen da den setter fokus på individuell oppfølging av pasientene, og pleiernes syn på behandlingen.

## Artikkel 3

“Improving bowel care in residential aged care facilities” (Svedas & Wise, 2012) var publisert i *“Australian & New Zealand Continence Journal”* i 2012. Som respons på rapporter om utbredt bruk av stikkpiller ved sykehjem i Australia, ble det utført et pilotprosjekt for å se om situasjonen kunne forbedres. På et sykehjem for demente ble det laget retningslinjer for bruk av stikkpiller og i tillegg satte de i gang sykepleietiltak for å forebygge behov for medikamentell behandling av obstipasjon blant 30 beboere.

Intervensjoner som ble igangsatt var servering av pærejuice, per oral laksantia, pasient veiledning om regelmessige toalettbesøk og opplæring av sykepleiere. Det primære utfallet var redusert bruk av stikkpiller. Dette var en pre- og post intervensjonsstudie uten en kontrollgruppe. De brukte ulike metoder for datasamling og analyser av data, samt

fokusgrupper for å evaluere holdninger. Resultatene var både kvantitative og kvalitative. Etter 12 måneder var bruken redusert fra 130 til 20 stikkpiller per måned.

Selv om reduksjon i stikkpillebruk er betydelig, har studien noen viktige svakheter. Totalt antall pasienter var få og det reduserer validiteten av resultatene (Dalland 2017 s. 40). Uten en kontrollgruppe og statistisk analyse kan man ikke si med sikkerhet hva slags forhold det er mellom reduksjon i stikkpillebruk og pilotens intervensjoner. Det kan være at oppmerksomhet på saken i seg selv har gitt sykepleier mindre insentiv for å bruke stikkpiller. Resultatene er kun beskrevet uten vitenskapelig analyse.

#### **Artikkel 4**

“Evidence About the Prevention and Management of Constipation” (Fritz & Pitlick, 2012) publisert i *“Home Healthcare Nurse”* i 2012. Denne artikkelen bruker en casestudie for å demonstrere hva slags forskningsbaserte tiltak som kan anbefales for å forebygge obstipasjon hos eldre. Jeg har valgt å inkludere den fordi den har oppsummert veletablerte forebyggende tiltak og har brukt en bevisnivåskala for å gradere tiltak, basert på SORT-klassifiseringssystemet (Ebell et al., 2004). De anbefalt intervensjoner som fibertilskudd og svsker, mens nytten av aktivitet og væskeinntak ble sådd tvil om. Jeg fant ingen andre relevante studier fra det siste tiåret som har undersøkt basistiltak som fibertilskudd, væskeinntak og mosjon. Derfor er denne artikkelen brukt som en kilde for å oppsummere hva slags bevis vi har for å støtte disse etablerte tiltakene. Konklusjon fra artikkelen var at det var en klart mangel på gode kvalitetsstudier. Svakheten av denne artikkelen er at den ikke har beskrevet hvordan de har søkt og valgt forskningsartikkelen de har presentert, og at de har basert sine anbefalinger for intervensjoner på enkelt- eller få studier.

#### **Artikkel 5**

“Constipation and Laxative Use among Nursing Home Patients: Prevalence and Associations Derived from the Residents Assessment Instrument for Long-Term Care Facilities (interRAI LTCF)” er en norsk tverrsnittstudie som kartlegger forekomst av obstipasjon og bruk av avføringsmidler blant 261 pasienter fra 10 forskjellige sykehjem i Norge (Blekken et al., 2016). Forskerne brukte et standardisert og validert spørreskjema for å studere egenskapene

til pasienter i sykehjem, og brukte statistisk analyse for å avgjøre om det var noen signifikant (med  $p < 0,05$ ) faktorer som hadde sammenheng med obstipasjon eller bruk av laksantia. De fant at tilstanden var rapportert i 23% av beboere og at 67% brukte laksantia regelmessig. Parkinsonisme og hypotyreoidisme var assosierte med obstipasjon, og redusert kommunikasjonsevner og polyfarmasi var knyttet til laksantiabruk. Å være involvert i aktiviteter, men ikke spesifikt fysisk, var forebyggende. Forskerne har selv identifisert at problemer med obstipasjonsdefinisjoner og bruk av sykepleiere til å svare på spørreskjema på vegne av pasientene, var begrensninger i denne studien.

### **Artikkel 6**

“Bowel problem management among nursing home residents: a mixed methods study” fra *“BMC Nursing”* er et annet norsk prosjekt hvor man prøvde å kartlegge sykepleiepraksis rundt tarmhelse på sykehjem ved bruk av en tverrsnittsundersøkelse av 980 beboere og diskusjoner i fokusgrupper med sykepleiere for å komme frem til kvalitative data (Saga et al., 2014). Fokuset var generell tarmhelse og bruk av intervensjoner. Her rapporterte 41% av pasientene om problemer med obstipasjon. Det var hyppig bruk av laksantia og klyster, og en overraskende andel som krevde manuell evakuering (6,3%) og relativt lavt bruk av preventive kostholdstiltak (7,3%). Den kvalitative delen av studien belyste også hvilke utfordringer pleiepersonell står overfor ved håndtering av tarmproblemer hos sykehjemsbeboere. Det var utført både statistisk og tematisk analyse av data. Prevalensdata kom fra et stort datasett, som styrker validiteten til denne studien, men utvalgsstørrelsen for fokusgruppediskusjonene på 8 var liten. Til tross for dette var typen informasjon innhentet i denne metoden svært relevant for å få et bedre perspektiv om sykepleie- og tarmomsorg i Norge.

## 5 Drøfting

«Hvilken sykepleie kan medvirke til å forebygge obstipasjon hos pasienter på sykehjem?»

I dette kapittelet vil denne problemstillingen drøftes i lys av den valgte teorien og de utvalgte artiklene. Fra forskningsartiklene fremkommer det at de «tradisjonelle» forebyggende tiltakene mot obstipasjon som mobilisering, fiber- og væskeinntak ikke så lett lar seg bevise. Dette gjelder spesielt for den aktuelle pasientgruppen. Et individuelt fokus på pasienten og hans behov er kan være en bedre tilnærming til å forebygge obstipasjon på sykehjem. Jeg har sett på hvordan dagens praksis samsvarer med det som er gunstig, og hva slags barrierer som gjør at dette området blir lett neglisjert. Hvilke forutsetninger har sykepleieren i denne prosessen og hvordan sammenfaller det med meningene til sykepleieteoretikerne Henderson og Kitson.

### 5.1 Sykehjemspasienten og obstipasjon

I Norge bor det i dag 39 200 pasientene på sykehjem og snittalderen til disse er 84 år (Romøren, 2014, s. 30). Denne pasientgruppen har til dels sterkt redusert funksjonsevne, mange er multisyke og de fleste har store behov for bistand (Hauge, 2016, s. 266–267).

Aldersforandringene i kroppen og fysiologiske endringer i mage- og tarmkanalen reduserer peristaltikken og redusere produksjon av mukus, som gjør at eliminasjonsprosessene endres og en kan lettere få problemer med å avgi defekasjon og dermed ha økt risiko for å bli obstipert. Fysiske aldersrelaterte forandringer som reduserte muskelstyrke og evne til mobilisering kan også bidra til problemet (Skotnes et al., 2016, s. 325). Den eldre pasienten kan i tillegg, på grunn av aldersforandringer, ha et komplisert sykdomsforhold med fler diagnoser og ha problemer med å ta vare på seg selv (Ranhoff, 2016b, s. 79). Stadig flere tilstander behandles med legemidler, noe som øker faren for bivirkninger eller legemiddelinteraksjoner, som obstipasjon (Brodtkorb & Engh, 2016, s. 186). Polyfarmasi har vist seg å ha en assosiasjon med obstipasjon i denne pasientgruppen (Blekken et al., 2016).

I forskningen er det stor variasjon når det kommer til rapportering av forekomst av obstipasjon. Dette har med ulike definisjoner å gjøre, om det er selv-rapportert eller basert

på kriterier (Blekken, 2016). På sykehjemmene i Norge rapporterer mellom 23% til 80% av pasientene om en form for obstipasjonsproblemer (Blekken et al., 2016; Leegaard, 2016; Skotnes et al., 2016, s. 331). Dette er urovekkende gitt bruken av laksantias uheldige virkning over tid, og at klystermidler er en invasiv behandling. Spesielt kontaktlaksantia bør ikke brukes for lenge da de kan føre til elektrolyttforstyrrelser, buksmerter og i tillegg kan utvikle avhengighet der pasienten lett får obstipasjon igjen, hvis preparatene seponeres (Wyller, 2014, s. 481).

Blekken et al (2016) fant at prevalens av obstipasjon på sykehjem var 23%, mens 67% brukte laksantia regelmessig og en tredjedel av pasientene fikk regelmessig klyx. Likeledes fant Saga et al (2012) lignende rater av avføringsmidlerbruk på norsk sykehjem, med 6,7 % som krevde regelmessig manuelt evakuering. Det er noe usammenheng i disse resultatene som kan peke mot et problem med overforbruk av avføringsmidler på sykehjem. Dette er bekymringsfullt, og bør utforskes nærmere, spesielt i lys av at behandlingen kan ha bivirkninger, og at unødvendige invasive prosedyrer hos eldre pasienter kan være en stor belastning for dem.

## **5.2 Hva slags tiltak kan anbefales?**

### **5.2.1 Fiber, væske og mosjon**

Når man leser om forebygging av obstipasjon i tekstbøker og forskning, er tiltak som fibertilskudd, fysisk aktivitet og økt væskeinntak nevnt regelmessig som etablerte intervensjoner mot obstipasjon (Gjerland, 2016, s. 295; Skotnes et al., 2016, s. 333). Det er derfor overraskende å se at bevisene som styrer vår nåværende praksis mangler streng vitenskapelig forskning av høy kvalitet og at anbefalinger er mest basert på konsensus og ekspertuttalelser (Dobarrio-Sanz et al., 2020; Fritz & Pitlick, 2012).

Tross manglende store gode kvalitetsstudier på dette området, har økt fiberinntak fra mat vist seg som et godt alternativ til laksantia. Mange matvarer som grønnsaker, linfrø, sviske og pærejuice har samme egenskaper som laksantia, med høyt fiberinnhold og sorbitol, noe som kan gjøre dem til et alternativt forebyggende middel (Aagaard, 2016, s. 195; Fritz & Pitlick, 2012). Sammenheng mellom økt væskeinntak, fysisk aktivitet og obstipasjon er noe

uklar, der flere studier har viste at disse faktorene har lite påvirkning på tilstanden (Blekken et al., 2016; Dobbarrio-Sanz et al., 2020; Fritz & Pitlick, 2012).

Er det nødvendig å bruke knappe resurser på å mobilisere en eldre pasient som står i fare for å bli obstipert, når studier ikke har vist at det har en klar fordel? Bør vi være forsiktig med å anbefale økt væskeinntak til disse pasientene, noe som kan føre til andre komplikasjoner som perifert ødem og forverring av hjertesvikt (Eikeland & Haugland, 2016, s. 252–255), når nyere forskningen ikke kan avdekke at dette har en klar forebyggende effekt mot obstipasjon? Det er selvsagt også andre grunner for å opprettholde væskeinntak og mobilisere pasientene, som for eksempel å sikre væskebalansen og ivareta muskelmasse, men kanskje har disse tiltakene mindre innvirkning på normal tarmfunksjon enn tidligere antatt. Eller har forskningen så langt ikke undersøkt tiltakene tilstrekkelig nok? Til tross for manglende ny forskning av høy kvalitet på de innarbeidede forebyggende tiltakene, er sykepleiere nødt til å bestrebe seg på å hjelpe pasienter til å opprettholde sine grunnleggende kroppsfunksjoner, spesielt når de ikke er i stand til det selv (Gjerland, 2016, s. 295; Skotnes et al., 2016, s. 332). Nåværende konsensus støtter normal væskebalanse, fysisk aktivitet og balansert ernæring med nok fiber som forebyggende tiltak mot obstipasjon, men det erkjennes at det er behov for mer forskning på dette området.

### **5.2.2 Individuelle tilpasninger**

Sykepleier kan tilby flere intervensjoner for å forebygge fremtidige obstipasjonsplager. Identifisering av pasienter som er mest sårbar for å utvikle obstipasjon, basert på tidligere forstoppelser, dehydrering og underernæring, bruk av laksantia, polyfarmasi, spesifikke sykdommer som parkinsonisme og hypotyreose, er viktig. Da kan man rette spesifikke tiltak mot de ulike underliggende utløsende faktorer, og være mer oppmerksom på pasientens behov for regelmessig oppfølging av tarmfunksjon (Dobbarrio-Sanz et al., 2020; Fritz & Pitlick, 2012). Vi ser her at en kan følge Hendersons tanker om at sykepleieren må evne å oppfatte behovene til den enkelte pasient og agere deretter. Gjennomgang av medikamentlister anbefales også (Brodtkorb & Engh, 2016, s. 186; Fritz & Pitlick, 2012). Dette må selvfølgelig gjøres i samarbeid med lege, men det er sykepleier som kjenner pasienten og det er dermed deres oppgave å observere ham over tid.

Det samme individuelle behandlingsfokus gav gode resultater i undersøkelsen fra et sykehjem for demente i Australia. Pasientene ble vurdert individuelt og fikk personlig behandling og ble blant annet veiledet til toalettet etter hans individuelle pleieplan, noe som resulterte i signifikant nedgang i bruk av laksantia (Svedas & Wise, 2012). Slik Individualisert kartlegging og tilpasning av intervensjoner for å passe individuelle behov best mulig er sentral i prinsippene om grunnleggende sykepleie og er i tråd med Alison Kitson sine beskrivelser av PCFC (Kitson, 2018).

### **5.2.3 Pasientmedvirkning**

For pasienter som har de kognitive og fysiske evnene til å ta imot informasjon, kan opplæring og undervisning om gode avføringsvaner og Bristol avføringskjema hjelpe med selvrapporing av avføringsvansker og gi sykepleier mer informasjon til å kunne tilrettelegge tiltak for vedkommende (Patel et al., 2016; Svedas & Wise, 2012). For andre pasienter, vil disse tiltakene ikke være hensiktsmessige. Uansett kan det å starte samtaler med sykehjemsbeboere om tarmhelse bidra til å redusere stigma rundt dette emnet og hjelpe pasienter med å søke om hjelp tidlig (Sommer et al., 2016). Livskvaliteten bør ikke kompromitteres på grunn av pasientens eller sykepleierens ubehag ved å snakke om tarmproblemer.

Skriftlig informasjon til pasienter kan hjelpe med å forebygge obstipasjon (Dobarrío-Sanz et al., 2020). Det er en årsakssammenheng i at pasienter, der det er mulig, får anledning til å delta i bestemmelse over egne tiltak og egen helse og de motiverende faktorene dette medfører. I samme tankegang har Fritz et al (2014) anbefalt bruk av avføringsdagbøker for pasienter. Dette gir oversikt og bevissthet rundt avføringsmønsteret for både pasient og sykepleier.

Pasienter har også rett på å få informasjon og involveres i behandlingen, noe som er beskrevet i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) . Her omtales det at en også bør vurdere pasientens kognitive evner i denne prosessen. Dette er også et viktig punkt da de yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til medvirkning og å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2019). Man må selvsagt justere forventninger til hva som er oppnåelig i

lys av pasientens evner. Det at pasient og pleier kommer frem til gode løsninger i fellesskaper er i tråd med Alison Kitsons tanker om "Personal-Centered Fundamentals of Care". Denne teorien vektlegger et mer dagligdags og rutinemessig samarbeid og fokus på pasientpleie. Hennes tanker om at sykepleieren skal ha tid til et forståelig felles språk som gagnar pasienten til bedre heling og helse er også dekket i dette fokuset (Kitson, 2018).

#### **5.2.4 Sykepleieopplæring**

Avføringens form og fasong viser at endring korrelerer med endring i avføringens passasjetid gjennom tarmen (Patel et al., 2016). Denne tiden er av relevant betydning i tarmfysiologi og er en viktig faktor for tarmsymptomer. Det er viktig for pleiepersonalet å kunne gjenkjenne tegn og symptomer på obstipasjon og raskt igangsette behandling, da kronisk obstipasjon kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Et studium viste til at bare 28% av sykepleierne viste hva Bristol avføringsskjema var (Patel et al., 2016). Her ser man at det er behov for flere og mer kvalifisert pleiepersonell på sykehjem, samt opplæring og oppmerksomhet på tarmhelse.

Under egen praksis på sykehjem ble det erfart at bare det å undervise og fortelle pasientene litt om de fysiologiske mekanismene rundt viktigheten av å ha gode toaletttrutiner hadde en positiv effekt. Det ble også kommunisert at det var helt greit å spørre om hjelp i disse situasjonene, noe pasientene da også gjorde hyppigere. Demente ble ideelt sett fulgt til toalettet til faste tider, men dette lot seg ikke alltid gjøre på grunn av stor arbeidsmengde. I egen praksis i hjemmesykepleie hadde en annen pasient fast avtale om toalettbesøk hver morgen og personalet ble pent bedt om å ikke forlate hjemmet hans før han var ferdig, da han viste viktigheten av å ha den daglige defekasjonen.

Det er vesentlig at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og forståelse om hva det innebærer at pleie og behandling tar utgangspunkt i pasientenes egne oppfatning, verdier, ønsker og mål. I en norsk studie forteller sykepleiere at tarmproblemer ikke alltid får den fokus det trenger (Saga et al., 2014). Det ble i samme studie kommunisert at sykepleiere er villige til å fremme sin faglige praksis og motta utdanning når de tilbys. I de tre intervensjonsstudiene jeg har valgt, har sykepleierne selv respondert positivt til økt opplæring rundt obstipasjon og støtte for å kunne utføre kartlegging av pasientenes



tarmfunksjon (Patel et al., 2016; Saga et al., 2014; Svedas & Wise, 2012). Det er positivt å se at sykepleiere har en god holdning til videre faglig utvikling. Dette er i tråd med den plikt vi har til å utføre faglig, kunnskapsbasert og forsvarlig praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Et australsk forskningsprosjekt viste at en tilnærming med et standardisert skjema for kartlegging av tarmfunksjon med regelmessige toalettbesøk og andre intervensjoner kan være effektivt for å redusere bruk av avføringsmidler (Svedas & Wise, 2012). I tillegg ble det brukt en lokal mester ('local champion') for å bidra til en kulturendring, oppmuntre andre sykepleiere til å akseptere endringene og å opprettholde disse endringer over tid.

### **5.3 Barriere til best mulig vurdering av tarmproblemer**

Sykehjemspasienter er en heterogen gruppe med komplekse helseproblemer, og det er kanskje ikke overraskende at forebyggende arbeid, særlig knyttet til tarmfunksjon, blir nedprioritert når sykepleier jobber under hektiske forhold og har mange andre oppgaver som venter. Vi vet at sykepleiere bruker en del tid på å følge pasienter på toalettet og opplever at det er en krevende pasientgruppe som ofte ikke kan gi uttrykk for sine ønsker og behov (Saga et al., 2014). Tidsbegrensninger er identifisert som utfordrende i begge studiene som brukte fokusgrupper (Saga et al., 2014, Svedas & Wise, 2012). Sykepleierne i studien fikk muligheter til å drøfte sine bekymringer om tidsbegrensninger og fysiske forhold på arbeidsplassen som renslighet og lukt, men også følelsen av å krenke verdigheten til pasienten. Dette understreker igjen viktigheten av avstigmatisering av tarmhelsen, og i det forebyggende arbeidet som gjøres av sykepleiere.

Sykepleierne fra fokusgruppen til Saga et al (2014) fortalte videre at obstipasjonsproblemer ikke alltid ble prioritert. Når daglig kartlegging og dokumentasjon ikke prioriteres, er det lett å se hvordan problemer med obstipasjon kan oppstå når en ikke kjenner pasienten. Det er også et problem at det er lite arbeidskraft til stede og at tiden blir en knapp ressurs på sykehjem. Fokusgruppen satte også fingeren på at det er utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft i helsetjenesten og for mange pleiere som rullerte på hver pasient.

Intervjuobjektene sa at det med fordel kunne være mer kontinuitet i pasient-pleierforholdet slik at man kan bli bedre kjent med pasienten og observere avføringsmønsteret og gi bedre og mer tilrettelagt pleie over tid. Dette er noe som er helt i tråd med Personal-

Centered Fundamentals of Care teoriene til Alison Kitson (2018) som beskriver verdien av å ha et personfokusert og rutinemessig samarbeid mellom pleier og pasient over tid. Mine egne erfaringer fra helsevesenet bekrefter at en alltid har for mye å gjøre og ofte er man ett skritt bak i dagens gjøremål, særlig når man ikke kjenner pasienten fra før. Da blir det lett slik at man korter ned på de prosedyrer en kan korte ned på og heller følger en standardisert pleieplan.

### **5.3.1 Pasientfaktorer**

En stor utfordring på sykehjem, særlig i Norge der mange i stor grad får hjelp i eget hjem, er den høye andelen av sykehjemspasienter med kognitiv svikt og demens. Denne pasientgruppen har sterkt redusert funksjonsevne, er multisyke og de fleste har store behov for bistand. Norske sykepleiere har identifisert at geriatrike pasientegenskaper som redusert mobilitet, kognitiv svikt, kommunikasjonsvansker, behov for smertestillende og avhengighet av laksantia, gjør at vurdering av tarmproblemer er vanskelig på sykehjem (Saga et al., 2014). Dette samsvarer også med mine erfaringer fra sykehjemmet. Jeg kunne bruke mange timer på en krevende pasient mens der lå andre pasienter og ventet på meg.

### **5.3.2 Personelfaktorer**

Egen erfaring og inntrykk er også at det ofte er bemanningsproblemer på både sykehjem og hjemmesykepleie. En konsekvensene av dette kan være at sykepleier blir løpende fra pasient til pasient, og at vikarer og ufaglærte blir ansatt for å øke bemanningen. Geriatri og sykepleie på sykehjem er et utfordrende fagfelt, som krever spesifikk kompetanse. Manglende kompetanse og kontinuitet i omsorgen kan føre til redusert pasientsikkerhet.

I Saga et al (2014) sin undersøkelse kommenterte sykepleierne den utstrakte bruken av varierende og ufaglært arbeidskraft på sykehjem som et problem for den kontinuerlige observasjonen og behandlingen av pasientene. Ifølge Alison Kitsons tanker om PFFOC (2018) gjør dette at pleiepersonell ikke fanger kompleksiteten og flerdimensjonaliteten til pasientbehandlingen over tid og dermed ikke får gitt optimal pleie til pasientene.

## 6. Konklusjon

Obstipasjon er en tilstand som rammer en stor andel av pasientene på norske sykehjem. Forebyggende tiltak som mobilisering, fiber- og væskeinntak virker å være veldokumenterte og innarbeidede tiltak, men tilstanden har likevel høy prevalens i pasientgruppen. I lys av nyere teori om forebyggende intervensjoner har jeg i denne oppgaven prøvd å finne komplimenterende tiltak for å forebygge obstipasjon. I studiesøk om obstipasjon og intervensjoner som forebygger dette symptomet, er det få nye relevante artikler siste 10 årene. Det er interessant å observere at små studier som ser på effekten av væskeinntak og mobilisering, viser liten effekt på forebygging av obstipasjon i det geriatriske segmentet.

Den gjennomsnittlige pasienten på norske sykehjem blir stadig eldre og er i stor grad pleietrengende. Målet for sykepleier bør være å gjøre livet til pasienten så godt som mulig blant annet ved å opprettholde normal tarmfunksjon og dermed unngå unødvendig medisiner. Det er klart at en og samme intervensjon eller tiltak ikke passer til alle. Pasienter som er sårbar for å utvikle obstipasjon på grunn av komorbiditeter, medisiner eller vanskeligheter med å ta til seg tilstrekkelig ernæring eller har eksiterende problemer med tarmfunksjon, bør identifiseres tidlig. Oppmerksomhet på kartlegging, og ikke-medikamentelle tiltak kan i denne gruppen ha en positiv effekt hvis de får individuelt tilpasset oppfølging.

På personalnivå trenger sykepleier på sykehjem god faglig støtte og utdanning rundt tarmhelse for å kunne observere og forebygge obstipasjonsproblemer hos pasientene. Sykepleier må også hjelpe til å redusere stigma og ha en kultur for rutinemessig kartlegging av tarmfunksjon.

Det er også et behov for økt kunnskap og kompetanse blant sykepleiere og annet helsepersonell. Dette er det åpenhet for, og ønske om, men ikke blitt tatt godt nok tak i. Forskningen viser at Alison Kitsons tanker om pasient-orientert behandling har noe for seg, da pasienter som får individuell oppfølging og intervensjoner mot obstipasjon, har signifikant

reduisert fare for å få denne tilstanden. For å bygge opp under denne strategien er det behov for mer kvalifisert og stabil bemanning hvor tillit over tid kan etableres mellom pasienter og personell.

Denne literturstudien viser at det er behov for videre forskning, ikke bare på medikamentell behandling, men også forebyggende arbeid, slik at pasientene i større grad kan unngå denne tilstanden, som kan ha stor negativ påvirkningskraft på livskvaliteten deres.

# Litteraturliste

Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red), *Grunnleggende sykepleie bind 2 - Grunnleggende behov* (s. 191–242). Oslo: Gyldendal akademisk AS.

Bakke, P. (2016). *Legemidler ved sykdommer i respirasjonsorganene* I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 171-193). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Blekken, L. E. (2016). *Faecal incontinence, constipation and laxative use: Epidemiology and development of an implementation strategy for improving incontinence care in nursing homes* [Doktorgrad]. NTNU.

Blekken, L. E., Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Norton, C., Mørkved, S., Salvesen, Ø., & Gjeilo, K. H. (2016). Constipation and Laxative Use among Nursing Home Patients: Prevalence and Associations Derived from the Residents Assessment Instrument for Long-Term Care Facilities (interRAI LTCF). *Gastroenterology Research and Practice*, 2016, 1215746. <https://doi.org/10.1155/2016/1215746>

Brodtkorb, K. (2016a). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301–315). Gyldendal akademisk.

Brodtkorb, K., & Engh, E. (2016b). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 184–196). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Gyldendal akademisk.

Dobarrio-Sanz, I., Hernández-Padilla, J. M., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., & Ruiz-Fernández, M. D. (2020). Non-pharmacological interventions to

improve constipation amongst older adults in long-term care settings: A systematic review of randomised controlled trials. *Geriatric Nursing*, 41(6), 992–999.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.012>

Ebell, M. H., Siwek, J., Weiss, B. D., Woolf, S. H., Susman, J., Ewigman, B., & Bowman, M. A. (2004). Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature. *American Family Physician*, 69(3), 548.

Egil H. Olsvik. (2022). Vitenskapsteori. In *Store Norske Leksikon*.

Eikeland, A., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. In D.-G. Stubberud & H. Almås (red.), *Klinisk Sykepleie bind 1* (5. utgave, s. 229–290). Gyldendal akademisk.

Faglige retningslinjer for utredning og konservativ behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser. (2019). <http://nkib.helsekompetanse.no>, 59.

Fosnes, G. S., Lydersen, S., & Farup, P. G. (2012). Drugs and Constipation in Elderly in Nursing Homes: What Is the Relation? *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, e290231.

<https://doi.org/10.1155/2012/290231>

Gjerland, A. (2016). Eliminering. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2, Grunnleggende behov* (3. Utg. s. 243–312). Gyldendal akademisk.

Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvillo-Alme, M., & Selb, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Forlaget Aldring og Helse

Grønseth, R., & Jerpeseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen* (1. Utg.). Fagbokforlaget.

Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.),

*Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265–283). Gyldendal akademisk.

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. [helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor](https://helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Igbedioh, Carlene. (2021). How can nurses help to reduce the scale of the problem? *Nursing Times*, 117, 53–54.

Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107.

Leegaard, M. (2016). *Obstipasjon og laksativbruk hos sykehjemspasienter* [Sykepleien.no].

<https://sykepleien.no/forskning/2016/07/obstipasjon-og-laksativbruk-hos-sykehjemspasienter>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet den 20. mars, fra [www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer](http://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer)

Norton C. (2006). Constipation. Constipation in older patients: Effects on quality of life. *British Journal of Nursing*, 15(4), 188–192. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.4.20542>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Funksjon, Ansvar og Kompetanse. I D.-G. Stubberud & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie bind 1* (5. utgave, s. 17–39). Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Patel, J. R., Chen, A. S., Fewel, N. P., & Stock, E. M. (2016). Improving Communication About Constipation in a Long-Term Care Setting by Using the Bristol Stool Scale. *Annals of Long Term Care*, 24(7), 25–29.

Ranhoff, A. H. (2014a). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 225–237). Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. (2014b). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79–91). Gyldendal akademisk.

Reseptregisteret. (2020). *Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister – Reseptregisteret*. Reseptregisteret. Hentet 23 Mars 2022, fra <http://www.reseptregisteret.no/>

*Retningslinjer for oppgaveskriving APA*. (2020). VID vitenskapelige høgskole. Hentet 13 mars 2022, fra <https://www.vid.no/filer/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk/>

Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29–38). Gyldendal akademisk.

Sjøen, R. J., & Thoresen, L. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. Utg.). Gyldendal akademisk.

Skotnes, L. H., Omli, R., Einarsen, E. K., & Dahlhaug, L. (2016). Eliminasjonsproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 324–339). Gyldendal akademisk.

Sommer, Christina, Marie Louise, Theise Rasmussen, & Nina, Tvistholm. (2016). *Ældre*



pasienter lider, når obstipasjon er tabu. *Fag & Forskning - Sykeplejersken*, 3, s. 21–29.

SSB. (2021). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Svedas, K., & Wise, K. (2012). Improving bowel care in residential aged care facilities. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 18(2), 46–51.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Virginia Henderson. (1960). *Sykepleiens Grunnprinsipper* (1. Utg.). Norsk Sykepleierforbund.

Wróblewska, I., Talarska, D., Wróblewska, Z., Susło, R., & Drobnik, J. (2019). Pain and symptoms of depression: International comparative study on selected factors affecting the quality of life of elderly people residing in institutions in Europe. *BMC Geriatrics*, 19(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1164-5>

Wyller, V. B. (2014). *Syk 1: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin* (3. Utg.). Cappelen Damm akademisk.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Bristol avføringskjema

|        |  |
|--------|--|
| Type 1 | Separate harde klumper, som nøtter<br>(vanskelig å presse ut)  |
| Type 2 | Pølse-formet, med klumper                                      |
| Type 3 | Som en pølse med sprekker på overflaten                        |
| Type 4 | Som en pølse eller slange, jevn og myk                         |
| Type 5 | Myke klumper med tydelige kanter (lett å<br>presse)            |
| Type 6 | Fluffy stykker med frynsete kanter, en<br>grøtaktig konsistens |
| Type 7 | Vannaktig uten biter. Fullt flytende                           |