

# Forskning

02|13



Eldre og  
ensomhet

114



Når noen er alene kan utenforstående lett tolke det som problematisk og som en uønsket ensomhet. Birkeland beskriver i denne utgaven av **Sykepleien Forskning** hvordan dette kan være en forhastet slutning. Studien viser at mottakere av hjemmesykepleie opplever et vidt spekter av ensomhet. Faktisk er det noen som sier de liker ensomheten.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



**Liv Merete Reinar**  
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



**Kristin Halvorsen**  
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



**Liv Wergeland Sørbye**  
Professor ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo.



**Per Nortvedt**  
Professor ved Universitetet i Oslo.



**Øyvind Kirkevold**  
Professor ved HiG og ass. forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.



**Monica Nortvedt**  
Professor og leder ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.



**Inger Schou**  
Førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo og forsker ved OUS.



**Tone Rustøen**  
Seniorforsker ved OUS og professor ved Universitetet i Oslo.



**Lars Mathisen**  
Rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole.



**Ådel Bergland**  
Førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole.

**Sykepleien Forskning** skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høgskoler og for studenter. Artikkene er fagfellevurderte. Sykepleien Forskning kommer ut sammen med Sykepleien og utøver uavhengig og kritisk forskningsformidling.

### Sykepleien Forskning

Bilag til Sykepleien  
Tollbugt 22, 5. etg.  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf. 22 04 32 00  
Faks: 22 04 33 75  
www.sykepleien.no

#### Ansvarlig redaktør:

**Barth Tholens**  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

#### Redaktør: Anners Lerdal

[anners.lerdal@sykepleien.no](mailto:anners.lerdal@sykepleien.no)

#### Assisterende redaktører: Liv Merete Reinar

[livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no](mailto:livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no)

**Kristin Halvorsen** [kristin.halvorsen@lhioa.no](mailto:kristin.halvorsen@lhioa.no)

**Øyvind Kirkevold** [oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no](mailto:oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no)

**Ådel Bergland** [adel-bergland@ldh.no](mailto:adel-bergland@ldh.no)

#### Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson

[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)

#### Markedssjef: Ingunn Roald

[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)

#### Statistiker: Guri Feten

[guri.feten@bfk.no](mailto:guri.feten@bfk.no)

#### Grafisk produksjon: Sykepleien

Repro og trykk: Color Print A/S

#### Utgivelsesplan 2013:

5/9, 5/12

Abonnementspris: Kr. 280,- per år  
ISSN 1890-2936

# Vi trenger et helhetlig helsetilbud

Befolkningen har behov for et helhetlig helsetjenestetilbud. Tjenestene bør være organisert slik at syke får riktig hjelp gjennom hele sykdomsforløpet. I tillegg bør det lønne seg å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Men, det norske systemet er organisert i et vertikalt «silosystem». Siloorganisering kjennetegnes ved en vertikal spesialisering i funksjonsområder, mangel på kommunikasjon mellom enhetene, fragmentering, usynlige barrierer og mangel på kjennskap om hva andre enheter gjør. Sett ovenfra ser dette ut som en helhet, men de som arbeider i enhetene ser barrierene tydelig. I Norge er helsetjenester finansiert gjennom ulike instanser som kommuner og helseforetak. Innenfor disse instansene er det i tillegg uavhengige institusjoner og private aktører som gir hver sine tilbud. En syk person trenger ofte hjelp fra flere uavhengige aktører som for eksempel fastlege, røntgeninstitutt, kirurgisk avdeling, rehabiliteringsinstitusjon og så videre. For at brukeren skal få en helhetlig tjeneste må han eller hun bevege seg gjennom enhetene som har hvert sitt system. Silotenkningen innenfor enhetene blir igjen styrket av styringsideologien New Public Management hvor lojaliteten og belønningen ligger i den enkelte delvirksomhet.

Brukerne har imidlertid behov for en «horisontal tjeneste» som følger brukeren over tid med ansvar for å gi et helhetlig tilbud.

Kaiser Permanente i USA er organisert etter dette prinsippet. Kaiser er et non-profit foretak med private eiere og har ansvar for det helhetlige tjenestetilbudet til brukere som har helseforsikring hos dem. Organiseringen gjør at det er lønnsomt for Kaiser å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Hvis de lykkes med dette får de flere midler til å kjøpe nytt utstyr og å tilby mer avansert behandling. Organiseringen og finansieringssystemet bygger opp under et helhetlig tilbud for brukerne. Siden Kaiser har ansvar for alle helsetjenestene til dem som har forsikring der, er det en selvfølge å ha et enhetlig elektronisk journalsystem.

Men hva er god organisering for det norske helsevesenet? Muligens kan forskning bidra til å finne svaret? Forskningsrådet planlegger utlysning av et nytt stort program «Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester» som skal finne løsninger som styrker det helhetlige tilbudet. Men silomentaliteten råder også innen forskningen. Skal forskningen skape en ny god løsning bør forskergruppene trolig settes bredt sammen av forskere med ulike yrkes- og fagbakgrunner og brukere med langvarige erfaringer fra helsevesenet.

*Anners Lerdal*



**Redaktør Anners Lerdal**

[anners.lerdal@sykepleien.no](mailto:anners.lerdal@sykepleien.no)

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Ansatt som seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og professor ved ASV, UiO.

**Berit Rokne**f. 1954  
Sykepleier og dr.polit.  
Prorektor ved Universitetet  
i Bergen

# Sykepleierne bør forske på kommunehelsetjenesten

› Behovet er stort for tverrfaglig helseforskning innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Den nye forskningsmeldingen (Meld. St. 18 2012–2013) «Lange linjer – kunnskap gir muligheter» ble presentert av statsministeren og kunnskapsministeren på Universitetet i Bergen 8. mars. Forskningsmeldingen har viktig informasjon som også angår sykepleiefaglig forskning. Kvalitet og fornying er stikkord.

I meldingen trekkes helse og omsorg fram som et prioritert forskningsområde. Omstillingsbehovet som en konsekvens av Samhandlingsreformen vil kreve en større forskningsinnsats i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I dag er forskning en av de lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten. Men klinisk og pasientnær forskning er også viktig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for utvikling og kvalitetsforbedring. Forskning som bidrar til at de behandlingsmetoder som innføres og brukes i de kommunale

helse- og omsorgstjenestene er dokumentert virkningsfulle (gir en helsegevinst) samtidig som de er trygge (gir færrest mulig uønskete hendelser) er nødvendig. Det etterlyses forskningskompetanse innenfor de fleste sykdomsgrupper (Meld. St. 18 s. 85).

En økende sykepleieforskningsaktivitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene krever en omstilling. Sykepleiefaget i Norge har en kort forskningstradisjon. Aktiviteten skjøt fart på 1990-tallet, og siden da har det vært en stille revolusjon med tanke på kompetanseheving innen faget i form av etablering av bachelorutdanning, antall mastergrader og doktorgrader. Så langt har forskningsaktiviteten primært vært rettet mot spesialisthelsetjenesten. En del av forklaringen har vært at spesialisthelsetjenesten har bidratt med midler til kompetanseheving for

master og doktorgradsutdanning. I tillegg har helseforetakene tildelt forskningsmidler til sykepleiefaglig forskning. Utdanningene, både på høyskole- og universitet, har også hatt en profil som har vært knyttet opp mot spesialisthelsetjenesten. Dette bildet er i ferd med å snu, men det er her viktig at det blir tatt noen aktive grep for å snu trenden. Viktige aktører er selvsagt universiteter, høyskoler, helseforetak og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder i forhold til strategiske prioriteringer, men også når det gjelder samarbeid. De ulike aktører har ulike roller og kompetanse i et slikt samarbeid.

Utdanningsinstitusjonene må legge grunnlaget for kvalitet i forskningen. Gjennomføring og evaluering av ulike typer tiltak og endringer i praksisfeltet er krevende. Det innebærer godt planlagte forskningsprosjekter



Foto: Paul S Amundsen/UJB

” Sykepleierne i praksisfeltet er en ressurs.

som forutsetter langsiktig systematisk arbeid i praksis. Praksisfeltets deltakelse i ulike faser av et forskningsprosjekt er helt avgjørende for om gjennomføring av prosjekter skal lykkes. Ofte er brukermedvirkning i ulike deler av forskningsprosessen en forutsetning.

Forskning i dag er ikke et enmanns- (eller -kvinne) foretak. Det krever flere involverte som samlet utgjør en forskningsgruppe. En forskningsgruppe som skal drive kunnskapsutvikling innen helse- og omsorgstjenestene bør for det første bestå av erfarne forskere, stipendiater og postdoktorer samt personer med erfaringskompetanse fra praksis og brukerne. I tillegg må erfarne forskere, stipendiater og postdoktorer ha bakgrunn fra ulike fag og forskningstradisjoner. Komplekse problemstillinger krever en bredde i fag- og forskningskompetanse. Tverrfaglig

forskning er en forutsetning for å kunne utvikle relevant kunnskap for praksis.

Hva er så min oppfordring i lys av dette? Jo, det er at flere av de sykepleierne som har forskningskompetanse tar initiativ til prosjekter innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Som sagt så krever forskning i dag større miljøer som har en tverrfaglig kompetanse. Men ofte er det slik at noen først får en idé til en mulig problemstilling som bør undersøkes. Oppbygging av større prosjekter begynner gjerne i det små blant kreative enkeltpersoner som er nysgjerrige på hvordan virkeligheten oppleves og kan forbedres. Man må utvikle og bygge kompetanse rundt de gode ideene. Sykepleierne i praksisfeltet er en ressurs her. De er nær pasientene og vet hvor skoen trykker. Utfordringen for både utdanningsinstitusjonene og

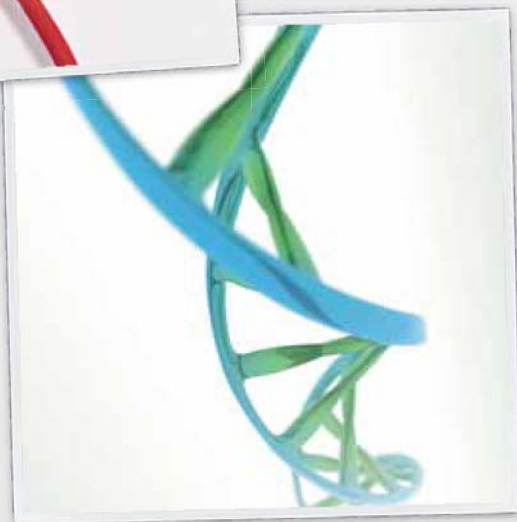
praksisfeltet er å fange opp både ideene og personene og stille ressurser til rådighet slik at de gode ideene kan videreutvikles til gode prosjekter. Oppbygging av gode forskningsmiljøer krever tålmodighet og langsiktighet. Gode krefter bør slå seg sammen og utvikle større og mer langsiktige forskningsprosjekter innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette bør være prosjekter av et slikt omfang at det rommer flere delprosjekter som belyser en problemstilling fra ulike vinkler og bidrar til en kumulativ kunnskapsoppbygging som kan implementeres i praksis. De som allerede gjør dette bør dele sine erfaringer med andre nysgjerrige. Men forskningsbehovet innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene er ikke dekket – her er rom for flere.

Er det noen som tar utfordringen?



# Mer innovasjon

Sammen bidrar Takeda og Nycomed til et enda friskere Norge



Gjennom 138 år har Nycomed bidratt til å gjøre Norge friskere. Det fortsetter vi med, under navnet Takeda Nycomed.

Navnet kommer fra vår nye eier. Takeda er et globalt farmasøytisk selskap som tilfører oss flere medisiner og spisskompetanse innen nye terapiområder. Som Takeda-selskap er vi en del av et forskningsmiljø i verdensklasse.

Takeda Nycomed vil fortsette å være en aktiv medspiller for norske sykepleiere og andre helsearbeidere. Sammen bidrar vi til et enda friskere Norge.



Nycomed: a Takeda Company

**Ådel Bergland**Førstemanuensis ved  
Lovisenberg diakonale  
høgskole

## Faglig spennende på sykehjem

> Å arbeide på sykehjem er faglig utfordrende for sykepleiere og lærerikt for sykepleiestudenter.

Sykehjem er en viktig del av tjenestetilbudet til eldre personer med alvorlig sykdom og stort behov for pleie og omsorg. Sykehjemmets oppgaver er å gi medisinsk behandling og god og individuelt tilpasset pleie og omsorg. I tillegg skal sykehjemmet være et godt sted å være for mennesker som har dette som sitt «hjem». Personene i sykehjem har som oftest flere sykdommer og bruker en rekke legemidler. Hos multisyke eldre personer er symptombildet ofte atypisk, og mange har økt risiko for bivirkninger fordi de bruker mange legemidler. En stor andel av personene som bor i norske sykehjem har en kognitiv svikt som gjør at de kan ha problemer med å kommunisere sine behov og plager.

Fleire studier viser at å arbeide i sykehjem er lavt prioritert blant sykepleiere. Tilsvarende viser studier at sykepleiestudenter i

liten grad anser sykehjem som en attraktiv arbeidsplass etter avsluttede studier. I studietiden er det også studenter som stiller spørsmål ved om det er utfordrende læresituasjoner i sykehjem. Det er tankevekkende at en arena med et så stort spekter av oppgaver og så komplekse tilstander hos pasientene ikke oppleves som faglig utfordrende.

Mange personer med en alvorlig demenssykdom har problemer med å uttrykke seg verbalt. Å forstå og samhandle med disse personene innebærer store utfordringer og kan være gode læresituasjoner for studenter. Udekkete behov, smerter eller andre plager kan kommuniseres gjennom fysisk uro eller aggressiv atferd. Sykepleiere og -studenter må ha god fagkunnskap og god observasjons- og vurderingsevne for å finne årsaken til uroen eller den aggressive atferden. Når personene ikke kan formidle

symptomer og plager verbalt er det svært viktig at personalet har et godt klinisk blikk slik at forverring av en pasients tilstand og nye sykdommer eller symptomer kan oppdages tidlig. Å hjelpe en person med alvorlig demens under måltidene kan innebære komplekse utfordringer. Hvis personen ikke svelger maten, er det fordi hun ikke liker den eller fordi hun ikke lenger forstår at hun må svelge maten i munnen?

I en studie hvor sykepleiere i sykehjem beskrev faktorer som var viktige for å rekruttere og beholde sykepleiere, var begrunnelsen for å arbeide i sykehjem at sykepleierrollen var faglig utfordrende med stor grad av selvstendighet og et stort ansvar. Sykepleiere må ha gode kunnskaper, god evne til å observere, vurdere og ta beslutninger. «Sykehjem – det er et sted hvor vi virkelig kan vise hva sykepleiere er», var budskapet.

# Avvenning av personer med demens

Personer med demens har ofte atferdsproblemer som kan være krevende å håndtere for omsorgsgivere. Antipsykotiske legemidler brukes for å dempe vanskelig atferd, men har mange uønskete bivirkninger. Personer kan avvennes fra kronisk bruk av antipsykotiske legemidler uten at det får ugunstig effekt på deres atferd. Avvenning må vurderes på individuell basis. Slik konkluderer forfatterne av en nylig publisert systematisk oversikt.

Personer med demens har ofte atferdsproblemer som er vanskelige å håndtere for omgivelsene. Det kan for eksempel være agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner, angst, apati, depresjon, vandring, repetering eller roping. Noen får forskrevet antipsykotiske medikamenter som regulerer symptomer og bidrar til å kontrollere vanskelig atferd. Kronisk bruk av antipsykotiske medikamenter blir definert som bruk av en fast dose i minst tre måneder. Mange personer med demens fortsetter å ta disse medikamentene over lang tid.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte ni studier som sammenliknet avvenning fra antipsykotiske midler med kontinuerlig bruk av antipsykotiske midler og fant at:

- Eldre beboere på sykehjem

eller hjemmeboende kan avvennes fra langtidsbruk av antipsykotika uten at det får ugunstig effekt på atferden.

- Noen eldre personer som hadde respondert godt på langvarig behandling fikk tilbakefall etter avvenning.
- Noen med svært alvorlige symptomer ble verre etter avvenning.
- Det er usikkert om det er positive effekter ved avvenning på intellektuell funksjon, livskvalitet eller “activity on daily living” (ADL).
- Funn fra én studie antydte at eldre med langvarig bruk av antipsykotika kan dø tidligere.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

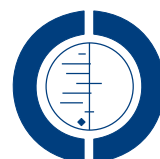
Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av avvenning av antipsykotiske medikamenter (thioridazine, chlorpromazine, haloperidol, trifluoprazine, risperidone eller olanzapine) for personer med demens. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant ni studier med til sammen 606 deltakere. Studiene ble publisert mellom 1989 og 2012. De var fra Storbritannia, USA og Norge. Studiene inkluderte personer fra sykehjem, psyko-

riatrisk avdeling, hjemmeboende eller fra tilrettelagt bolig med tilsyn. De inkluderte studiene var veldig forskjellige med tanke på deltakere (for eksempel diagnostiskriterier og alvorlighetsgrad), type og dosering av antipsykotiske midler, eksklusjonskriterier, intervensjoner, utfallsmål og oppfølgingstid. Studiene hadde stort sett lav risiko for systematiske skjevheter (bias) og var av god metodisk kvalitet. Tiltakene varierte fra gradvis nedtrapping ved halvering av dosene over noen uker, til rask (plutselig) seponering.

## KILDE

Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioral and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue3.

Skrevet av Liv Merete Reinar,  
Nasjonalt kunnskapssenter  
for helsetjenesten



THE COCHRANE  
COLLABORATION®



# fra antipsykotika



# Rehabilitering av personer som har hatt kreft

Personer som har overlevd en kreftdiagnose kan ha nytte av en kortvarig oppfølging fra et sammensatt rehabiliteringsprogram. Effekten viser seg først og fremst på bedring av fysisk helse. Slik konkluderer forfatterne av en nylig publisert systematisk oversikt.

Sammensatte rehabiliteringsprogrammer med fysiske og psykososiale komponenter (multidimensional rehabilitation programmes – MDRP) har vokst fram som respons på at stadig flere lever med og/eller overlever kreftdiagnoser. Forfatterne av denne nye oversikten oppsummerte studier som evaluerte effekten av tiltak med både fysiske og psykososiale komponenter. Tiltakene omfattet tilbud gitt to eller flere ganger etter kreftbehandling. Utfallene ble målt ved hjelp av valide måleinstrumenter for fysisk helse og psykososial velvære. Rehabiliteringstilbudene besto gjerne av tiltak som hadde til hensikt å fremme fysisk aktivitet og/eller bidra med ernæringsråd. Det kunne også være tilbud om samtalegrupper eller andre psykososiale tiltak.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte tolv studier som sammenliknet sammensatte rehabiliteringsprogrammer

med ingen intervensjon, vanlig oppfølging eller minimal oppfølging og fant at:

- De lykkes bedre med å hjelpe personer til å mestre fysiske behov enn psykiske behov
- Støtte med fokus på én type atferd (som kosthold, fysisk aktivitet eller stressmestring) lykkes bedre enn de som ville endre flere ting på en gang
- Det var bedring i fysisk helse (målt ved SF-36)
- Programmer hvor tilbudet gjaldt personer med ulike kreftformer framfor tilbud til bare én diagnosetype var mest virksomt
- Tilbud med personlige møter supplert med minst én telefonoppfølging var mest effektivt
- Det var ikke mer effektivt med oppfølging utover seks måneder
- Tilbudet var like effektivt uansett hvilken helseprofesjon som var involvert

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av multi-komponent rehabilitering for pasienter som lever med eller har overlevd en kreftdiagnose. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant tolv stu-

dier med til sammen 1669 deltakere. De var fra USA, Canada, Sverige, Nederland, New Zealand og Kina. Hovedvekten av deltakerne hadde bryst- eller prostatakreft. De fleste rehabiliteringsprogrammene involverte to eller flere helseprofesjoner. Fysioterapeuter og sykepleiere ble mest brukt. Studiene ble publisert mellom 1999 og 2009. Studiene hadde høy eller moderat risiko for skjevheter (bias) og derfor mangelfull metodisk kvalitet.

## KILDE

Scott DA, Mills M, Black A, Cantwell M, Campbell A, Cardwell CR, Porter S, Donnelly M. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. Cochrane Database of systematic reviews 2013, Issue 3.

Skrevet av Liv Merete Reinar,  
Nasjonalt kunnskapssenter  
for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

# Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lerdal**, redaktør i Sykepleien Forskning, seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og professor ved ASV, UiO.

## Kontinuitet i hjemmesykepleien

Ledere i hjemmesykepleien prioriterer noen ganger personalets behov foran brukernes behov for kontinuitet. Dette går frem av en undersøkelse av ledere i kommunehelsetjenesten og deres forståelse av begrepet kontinuitet og hva lederne gjør for å sikre kontinuitet til brukerne.

Problemstillingene ble undersøkt ved hjelp av et kvalitativt design og bruk av semistrukturerte intervjuer. Ledere ved 15 omsorgsdistrikt av ulik størrelse i ti norske kommuner ble invitert til å delta. Seksten sykepleiere med lederansvar ved

de 12 distriktene som ønsket å delta utgjorde studiens utvalg. Av disse var 14 kvinner. Ledererfaringen deres varierte fra seks måneder til 28 år. Intervjuene ble gjennomført i 2009 og 2010 og varte fra 30 til 60 minutter. Intervjuene startet med at informantene ble bedt om å beskrive deres hovedoppgaver som ledere for deretter å fokusere på kontinuitet i helsetjenestene til brukerne.

Selv om lederne beskrev at deres hovedoppgave var å sørge for god kvalitet på helsetjenestene, og at brukerne fikk hjelp av et begrenset antall personer, var det også viktig å ta vare på de ansatte. Lederne framhevet at trivsel hos ansatte var viktig for å redusere sykefraværet. Å ha god kjennskap til den enkelte bruker var nøkkelen til god sykepleie. Lederne beskrev to organisasjonsmodeller som bidro til dette. Den ene gikk ut på at ansatte hadde ansvar for et begrenset antall brukere. I den andre var ansatte organisert som mindre team som hadde

ansvar for en gruppe pasienter. Innenfor teamet kunne ansatte variere mellom hvilke brukere de fulgte opp. Å følge opp bestemte pasienter over tid kunne i enkelte tilfeller være belastende på de ansattes fysiske og psykiske helse. Spesielt gjaldt dette «tunge» brukere. Lederne brukte ofte begrepet «tunge» om brukere med store og sammensatte behov for helsetjenester. Siden lederne hadde ansvar for helse og trivsel til ansatte, forebygge utbrenthet og sykmelding, valgte de i noen grad å prioritere ansattes behov framfor brukernes. Det ble også argumentert med at oppfølging av en bruker av én ansatt over lengre tid kunne være negativt hvis vedkommende overså viktige tegn og symptomer.

### REFERANSE:

Gjevjon ER, Romøren TI, Kjos BO, Hellesø R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag* 2013;21:182-90.

**!** **KOMMENTAR**  
Tradisjonelt er kontinuitet i omsorgen ansett som en forutsetning for å gi god kvalitet på helsetjenester. Kunnskap om ledes syn på og prioriteringer av kontinuitet er derfor av interesse. Undersøkelsen beskriver hvilke avveininger ledere tar og hvordan de forsøker å balansere behovene til både ansatte og brukere.

## Effekt av samhandling mellom pasienter og syke

Samhandlingen mellom pasienter og sykepleiere påvirket pasientenes depresjons- og angstsymptomer. Ifølge forfatterne forekommer depresjon fire ganger oftere hos eldre pasienter på sykehjem sammenliknet med eldre pasienter som bor hjemme. De ønsket derfor å studere sammenhenger mellom samhandlingen mellom pasient-sykepleier og sykehjemspasienter uten kognitiv svikt og pasientenes

depresjons- og angstsymptomer.

Forskningsopplegget var lagt opp som en tverrsnittsstudie. Hele 250 sykehjemsbeboere i 2008 og 2009 i 44 forskjellige sykehjem sentralt i Norge ble invitert til å delta. Inklusionskriteriene var beboere som hadde langtidsplass, hadde bodd på sykehjemmet i minst seks måneder, samtykkekompetanse og var i stand til å bli intervjuet. Intervjuene var strukturerte ut fra standardiserte

spørreskjema. Den 14 spørsmål lange Nurse-Patient Interaction Scale ble brukt til å kartlegge samhandlingen mellom pasient og sykepleiere. Pasientene svarte ved hjelp av en numerisk rangeringsskala fra 1 til 10. Pasientenes angst og depresjon ble kartlagt ved hjelp av Hospital Anxiety and Depression Scale. Dette skjemaet består av 14 spørsmål hvorav sju omhandler symptomer på depresjon og sju omhandler angst-

> TIPS OSS

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere?

Tips kan sendes til [annerns.lerdal@sykepleien.no](mailto:annerns.lerdal@sykepleien.no)

## Hva mener personer med psykiske lidelser bidrar til bedring?

Personens indre prosess, hjelp fra andre og deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter er nøkkelfaktorer for bedringsprosesser hos personer med psykiske helseproblemer. Dette konkluderer Martin Salzmann-Erikson med etter en litteraturgjennomgang og sammenfatning av forskningsartikler om Recovery hos personer med psykiske helseproblemer. Hensikten var å beskrive faktorer som personene selv har erfart bidrar til bedring.

Den integrerende litteraturgjennomgangen tok utgangspunkt i en metode som besto av fem trinn: klargjøring av problemstilling, litteratursøk, vurdering av data, data-analyse og presentasjon. Artikler som var fagfellevurderte, engelskspråklige, publisert etter år 2000, hadde kvalitative design og omhandlet bedringsprosesser hos personer med funksjonsproblemer på grunn av psykiske helseproblemer ble inkludert i gjennomgangen. Det ble søkt i PsycInfo, Cinahl, Doaj og Google Scholar. Det ble ikke søkt i medisinske databaser. Med utgangspunkt i 69 sammendrag av publikasjoner tilfredsstilte 14 artikler inklusjonskriteriene og inngikk dermed i gjennomgangen. Analysen av artiklene ble gjennomført etter prinsipper beskrevet av Whittemore og Knaf. Syntesen av artiklene resulterte i tre hovedtemaer: Det første handler om at recovery er en indre prosess. Prosessen handler om å se seg selv og akseptere seg selv og sin situasjon. Troen på fremtiden, håpet og å ta ansvar for egen utvikling er sentralt. Det andre hovedtema handler om at personer i omgivelsene er viktige for recovery. Dette inkluderer fagpersoner, familiemedlemmer, venner eller Gud. Ett eksempel som ble gitt var når personen i psykoterapi fikk mulighet til å snakke om sine innerste tanker og følelser under

trygge omgivelser. Den siste hovedkategorien var deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter. Dette omhandlet blant annet undervisning, støttegrupper og fritidsaktiviteter.

trygge omgivelser. Den siste hovedkategorien var deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter. Dette omhandlet blant annet undervisning, støttegrupper og fritidsaktiviteter.

**REFERANSE:**

**Salzmann-Erikson M.** An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities. *Issues Ment Health Nurs* 2013;34:185-91.

Som helsearbeidere har vi mye kunnskap om diagnoser, symptomer og behandlingsformer som kan være til hjelp. Recovery-tilnærmingen snur dette til dels på hodet ved å legge til grunn at mye bedring er basert på erfaringer personer med psykiske helseproblemer har fått av hvordan problemene kan takles på en best mulig måte. Med andre ord er recoverytenkningen et spennende ressursorientert tenkningsgrunnlag med klart «brukerperspektiv».

KOMMENTAR



## pleiere på sykehjem

symptomer. Hvert spørsmål har fire rangerte svaralternativer.

Av beboerne som ble invitert til å delta, valgte 202 (81 prosent) å delta. Alderen deres varierte fra 65 til 104 år. Kvinneandelen var 72 prosent. Gjennomsnittlig botid på sykehjem var 2,6 år. Forskerne fant at 70 prosent av pasientene ikke hadde depresjon og 26 prosent liten eller moderat depresjon. Hele 88 prosent hadde ikke angst. Ved hjelp av en avansert

statistisk metode konkluderer forfatterne med at god pasient-sykepleiersamhandling var direkte relatert til mindre depresjonssymptomer og indirekte til mindre angstsymptomer.

**REFERANSE:**

**Haugan G, Innstrand ST, Moksnes UK.** The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs* 2013.

Mens denne studien viser betydningen av samhandling mellom pasienter og sykepleiere hvor de er fysisk tilstede har dagens samfunn mye oppmerksomhet rettet mot elektronisk samhandling. Det er naturlig å spørre seg om elektronisk samhandling innvirker likedan, bedre eller dårligere på pasienters depresjons- og angstsymptomer.

KOMMENTAR







# ENSOMHET BLANT ELDRE PASIENTER I HJEMMESYKEPLEIEN



Foto: Erik M. Sundt

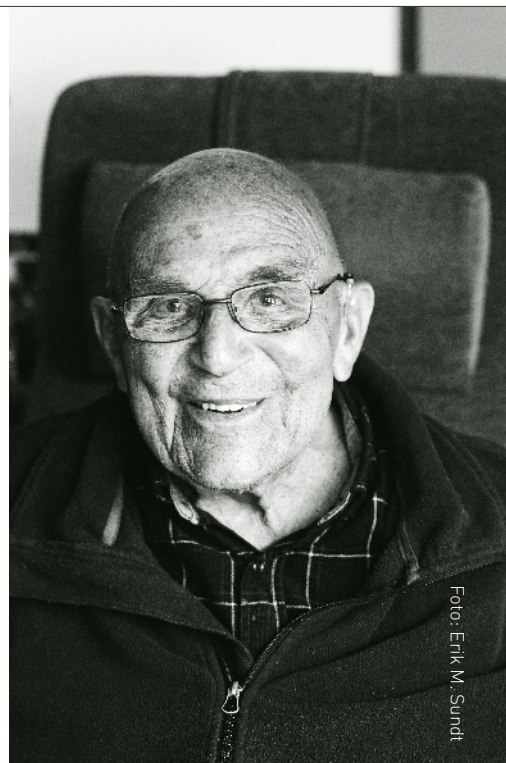


Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Bakgrunn for denne artikkelen er at en stadig større del av befolkningen mottar hjemmesykepleie og mange av disse bor alene og kan være utsatt for sosial isolasjon og ensomhet.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få økt kunnskap og forståelse for den sosiale situasjonen disse pasientene befinner seg i.

**Metode:** Studien ble gjennomført i to faser og besto både av individuelle

intervjuer med 20 pasienter samt fokusgruppeintervjuer med seks sykepleiere.

**Resultater:** Ensomhet ble hverken av sykepleierne eller pasientene betraktet som et omfattende problem. Men selve ordet og begrepet er ofte preget av taushet og tvetydighet. Den sosiale situasjonen til pasientene er ellers preget av en kombinasjon av både fysiske, psykiske og sosiale forhold, inkludert sosiale tap og alvorlig sykdom.

**Konklusjon:** Sykepleie i hjemmet kan synes å ha mye fokus på primært praktisk eller fysisk hjelp, men pasientenes psykososiale situasjon og behov må også få komme til uttrykk. Større bevissthet og kunnskap om dette området, inkludert bruk av enkle tester, kan legge grunnlag for tiltak som kan bedre den sosiale situasjonen for en del pasienter som opplever og står i fare for å oppleve ensomhet og/eller sosial isolasjon.

## ENGLISH SUMMARY

### Elderly, loneliness and home

**Background:** The background for this article is an increasing number of patients in home nursing care, many of whom live alone and are exposed to social isolation and loneliness.

**Objective:** The purpose of the study is to gain more knowledge and understanding of the social situation these people inhabit.

**Methods:** The study was carried out in two stages and consisted of both

individual interviews with twenty patients and focus-group interviews with six nurses.

**Results:** Neither nurses nor patients identified loneliness as a comprehensive problem, but at the same time the word and the concept of loneliness seemed to have different definitions and terms. The social situation is otherwise characterized as a combination of physical, psychic and social circumstances, including different types of loss and serious sickness.

**Conclusion:** In-home nursing seems to focus on primarily practical and physical help, but the psychosocial situation and needs must also be assessed. A greater consciousness, knowledge and focus on this field, including the use of different tests, can establish a basis for a better social situation for patients who are in danger of or experience social isolation and/or loneliness.

**Keywords:** Home nursing care, loneliness, social isolation, psychosocial situation



# » Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie

Forfatter: Arvid Birkeland

## NØKKELORD

- Eldre
- Hjemmesykepleie
- Psykisk helse

## INTRODUKSJON

Stadig flere eldre mottar hjemmesykepleie (1), og for de fleste av disse er det av stor betydning å kunne bo hjemme så lenge som mulig, selv med høy alder og helsesvikt (2,3). Samtidig er situasjonen ofte preget av at mange blir overlatt til seg selv store deler av døgnet, og dette kan medføre ensomhet og sosial isolasjon (4,5). Det er noe forskning på ensomhet i Norge (6), men det er vanskelig å finne egne studier med fokus på kun eldre som mottar hjemmesykepleie. En del studier viser at de fleste eldre ikke er spesielt ensomme sammenliknet med andre grupper. Samtidig er det en mindre gruppe eldre som ofte er ensomme og en litt større gruppe som er ensomme i perioder, men studiene varierer en del (5,7–9). Årsaker knyttes overveiende til helsesvikt og tap av ektefelle eller andre nære personer (10–12).

Mens sosial isolasjon dreier seg om en mangel på mennesker å ha kontakt med, og dermed

objektivt kan vurderes og observeres (5), så er det ingen entydig definisjon av begrepet ensomhet. Vanligvis blir det beskrevet som noe emosjonelt ubehagelig og vanskelig som man ikke er i stand til å verbalisere, og som man også kan oppleve sammen med andre (5,11,13). Ensomhet kan være en betydelig årsak til angst (14–16), og kan medføre at noen ønsker mer fysisk hjelp for egentlig å dekke sosiale behov (17). Ellers kan alvorlig sykdom skape angst og utrygghet (18–20), og syke eldre med moderat til omfattende funksjonssvikt og som bor alene hjemme, er spesielt utsatt (21,22). Sosial isolasjon og ensomhet er et helseproblem i seg selv i form av den lidelse det kan medføre, og det kan føre til redusert helse både fysisk og psykisk (6). Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, herunder hjemmesykepleie, skal derfor sikre ivaretagelse av sosiale behov som samvær, sosial kontakt og fellesskap (23).

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om og forståelse for den sosiale situasjonen til personer som bor alene og som mottar hjemmesykepleie, herunder opplevelser og erfaringer med kontakt med andre mennesker. Med hjemmesykepleie menes i denne sammenheng helsehjelp som utøves av primært

sykepleiere, inkludert annet pleiersonell, utenfor institusjon. Mottaker av hjelpen benevnes derfor pasient slik dette blir definert i gjeldende lovverk (24–26). Studien ble gjennomført i to faser. Den første fasen besto av individuelle intervjuer med 20 eldre som bodde alene i sin bolig og som mottok hjelp fra hjemmesykepleien. I den andre fasen ble det gjennomført tre gruppeintervjuer med seks hjemmesykepleiere. Studien hadde følgende forsknings spørsmål: Hvordan opplever og erfarer henholdsvis pasienter og

### Hva tilfører artikkelen?

Både sykepleiere og pasienter som deltok i studien bekreftet enslighet og alenehet, men at det nødvendigvis ikke medførte ensomhet. Noen av pasientene opplevde sosial isolasjon, men både pasienter og sykepleiere brukte i liten grad ordet ensomhet.

### Mer om forfatterne:

Arvid Birkeland er offentlig godkjent sykepleier med spesial-/viderutdanning i psykiatrisk sykepleie og sosial og helseadministrasjon. Han har hovedfag i helsefag med sykepleievitenskap som spesialfag. Han er ansatt som førstelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund. Kontakt: arvid.birkeland@hsh.no.

**TABELL 1:** Studiens ulike faser

Fase 1	Gjennomføring og analyse av pasientintervjuer med presentasjon av resultat i egen studie (4)
Fase 2	Gjennomføring og analyse av fokusgruppeintervjuer, herunder en samlet gjennomgang/analyse av både pasientintervjuene og fokusgruppeintervjuene der resultat presenteres i den foreliggende studien.

sykepleiere den sosiale situasjonen når en som pasient er gammel, bor alene og mottar hjelp fra hjemmesykepleien?

### DESIGN OG METODE

Studien hadde et såkalt åpent og framvoksende design (27) ved at det i utgangspunktet ble brukt åpne spørsmål basert på studiens forskningsspørsmål. Etter hvert som ulike temaer vokste fram ble det brukt utdypende spørsmål. Individuelle kvalitative forskningsintervjuer ble brukt som metode overfor pasientene (28), mens overfor sykepleierne ble det brukt fokusgruppeintervjuer (29).

### Datainnsamling og utvalg

Deltakerne i pasientintervjuene bodde i to relativt store kommuner. Tre områder ble tilfeldig valgt ut og via lederne i hvert område ble deltakerne utvalgt av sykepleiere som kjente pasientene godt. Kriterier for utvelgelse var alder over 70 år, at de bodde alene og

sosialt isolert (4).

Det var et lengre opphold mellom pasientintervjuene og fokusgruppeintervjuene. Fokusgruppen besto av seks hjemmesykepleiere. Disse ble valgt ut av ledere i de samme kommunene som pasientintervjuene ble gjennomført i. Kravet var at de hadde arbeidet minst to år i hjemmesykepleien, men flere hadde arbeidet mange år slik at gruppen totalt sett hadde lang erfaring fra denne typen arbeid. Antallet i gruppen ble estimert ut fra en adekvat gruppestørrelse for fokusgruppeintervjuer (29,30). Gruppen møttes tre ganger med noen ukers mellomrom, med artikkelforfatter alene som moderator. Temaer utledet gjennom pasientintervjuene ble trukket inn og dannet et utgangspunkt for gruppediskusjonene.

### Analyse av data

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Analysen besto av å anvende en hermeneu-

gjennomlesing for å selektere ut hovedtemaer, og så enda en ny gjennomlesing for å trekke ut undertema for å underbygge hovedtemaene. Dette skjer i form av en sirkulær prosess der deler av teksten, leses, vurderes og tolkes i forhold til teksten som helhet (31–33). I fase 1 ble dette gjort med alle pasientintervjuene og presentert som en egen studie (4). I fase 2 ble det samme gjort med fokusgruppeintervjuene, samtidig med en samlet analyse av både pasientintervjuene og sykepleierintervjuene der det ble utledet nye felles hovedtemaer basert på separate undertemaer (se tabell 1 og 2).

### Etiske overveielser

Deltakerne i studiene fikk skriftlig informasjon og forespørsel om medvirkning. Deltakelse var frivillig og innebar et skriftlig samtykke og det var mulig å trekke seg uten å oppgi grunn. Det ble informert om forskers taushetsplikt og sikring av deltakernes anonymitet. Fase 1 ble vurdert av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og både fase 1 og 2 ble vurdert av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste. Retningslinjer og kommentarer ble fulgt i begge faser.

### RESULTATER

Den sosiale situasjonen til pasienter som bor alene og mottar hjemmesykepleie kan oppsummeres i tre temaområder. For det første er området preget av taushet og tvetydighet. For det andre er pasientene preget av de sosiale tapene de er utsatt for, og for det tredje er noen preget av alvorlig sykdom kombinert med ensomhet og utrygghet.

### Taushet og tvetydighet

Ensomhet framstilles ikke som et dominerende problem hvis man

” Det blir for pågående å spørre direkte om pasientene er ensomme.

at de ble vurdert av sykepleierne til å være i en psykososial vanskelig situasjon. Det var tolv kvinner og åtte menn med en snittalder på 82,5 år. Det ble laget en generell temaguide som omhandlet hvordan pasientene betraktet sin sosiale situasjon, herunder ensomme, mye alene og/eller

tisk tilnærming der forforståelse og fortolkning spiller en vesentlig rolle i dannelsen av ny forståelse. (31–33). Tolkningen startet allerede i intervju situasjonen og så videre i transkriberingen. Det ble så foretatt flere gjennomlesninger, først for å selektere ut en rekke relevante temaer, så ny

**TABELL 2:** Oversikt hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema - pasientene	Undertema - sykepleierne
<b>Taushet og tveetydighet</b>	Ensom – vet ikke hva en skal si Ensom – fra andres ståsted Alene og enslig, men ikke ensom Isolert, men ikke ensom Alene og trives med ensomheten Lange dager - helger Bundet til deg selv Går inn i deg selv Ensomhet er savn	Bruker ikke ordet/begrepet ensomhet Opplevs ensomme av personalet Synsing og tolking Kommer an på tilhørigheten de har Fokus på somatiske/fysiske behov Ikke vedtak på sosial kontakt Oppdraget = å utføre vedtaket Tilsyn = tilsyn med primært noe fysisk
<b>Preges av de sosiale tapene</b>	Ektefelle, søsken og venner borte Behov for at noen/familien besøker Korte besøk og mye alene Lyst til å gå ut – ingen å hjelpe seg Trist alene Vanskelig den første tiden Savner de som kunne ha ordnet opp Livet er ikke noen ting lenger Telefonen kompensere	Enkene har ensomhetsfølelsen De som har vært lenge alene er mindre ensomme Tomhet og savn Vanskelig å fylle tomrommet Ikke den praktiske hjelpen, men besøket Kan/vil endre seg over tid
<b>Alvorlig sykdom - emosjonell ensomhet og utrygghet</b>	Ensom etter sykdommen Hjertesvikten er det verste Redd for smerten i hjertet Vondt når det er tungt å puste Andre sykdommer – ikke så farlig Sove lenge for å slippe å være våken Vil ut av det Tre av mens tiden er god «Dø levende»	Noen få er ikke fornøyd Pårørende strekker ikke til Klamrende - trekker ut tiden Vil ikke miste hjelpen/kontakten Vanskelig å skille «angst og sykdom» Bitter på sykdommen Trygghetsalarm blir ringesnor Alt blir nød «Helgesyken»

betrakter pasientgruppen som helhet. Både sykepleiere og pasienter bekrefter enslighet og alenehet, men at det nødvendigvis ikke medførte ensomhet. Likevel tyder mye på at noen av pasientene opplevde ensomhet og/eller sosial isolasjon, men både pasienter og sykepleiere uttrykte at de i liten grad brukte ordet ensomhet. Enkelte av sykepleierne kunne si at «en helst ikke bruker ordet», eller; «det er ikke noe en hører til daglig». Man bruker for eksempel heller uttrykk som; «om det

er lange dager». Det blir for pågående å spørre direkte om pasientene er ensomme. Samtidig finnes et stort spekter av oppfatninger av ordet ensomhet både hos pasientene og sykepleierne. En pasient karakteriserte det for eksempel som «noe unormalt, som en person som har trukket seg helt inn i seg selv», mens andre kunne si; «Jeg har alltid vært alene og jeg liker ensomheten». Denne tveetydigheten i bruken og omgangen med ordet og begrepet gjør det imidlertid utfordrende for syke-

pleierne å tolke signaler på ensomhet og sosiale vansker. Samtidig ga sykepleierne et inntrykk av, som en sa «at det er somatikk som er inngangsporten for å få hjelp av hjemmesykepleien» og at kulturen dermed er preget av praktisk funksjon og fysiske behov. På den måten er det ikke «noe system for å kartlegge psykososiale behov» og «vi måler nok etter vår standard» som to av sykepleierne uttrykte det. Dette kunne føre til feiltolkninger av ensomhet. En av sykepleierne sa at «det er vi som av og til opplever dem som ensomme» hvorved en annen repliserte; «det er akkurat det at vi tvangssosialiserer dem. Tilbyr dem dagplass, men så vil ikke pasientene dette og mistrives egentlig på den dagplassen».

### De sosiale tapene

Desto eldre man er desto større er frafallet av ektefelle, venner og søsken. Som en dame på over 90 uttrykte det: «når du blir så gammel som meg da blir du alene». De eldre preges av dette både emosjonelt, praktisk og sosialt. Rent emosjonelt fortalte en dame om «en tung tid» etter at ektefellen døde, og en annen dame fortalte om savnet av søsteren, som hun sa: «Vi hadde mye kontakt og vi dro til kjøpesenteret en gang i uken, men så døde hun plutselig og det var et sjokk». Rent emosjonelle vansker som følge av sosiale tap var imidlertid ikke dominerende hos pasientene. Da ble heller de praktiske konsekvensene framhevet, som mangel på hjelp til praktiske ting i huset, eller det å kunne få følge ut som for eksempel en biltur eller trilletter i rullestolen. Som en dame sa: «Det jeg i grunnen savner mest er å kunne komme meg litt ut, for du kan mye da hvis du kan det». Sosialt sett preges situasjonen av at de eldre ikke lenger er i en sosial

kontekst der de selv er en aktiv del av et gjensidig nettverk, fordi nettverket smuldrer bort. Dette kan også skje selv om flere venner er i live. En kvinne fortalte at «en kan ha mange venner, men når en blir alvorlig syk og befinner seg hjemme, så glimrer de med sitt fravær». Underforstått, det blir så «vanskelig» for vennene å komme på besøk at de uteblir av den grunn. Den sosiale kontakten erstattes da delvis av ulike hjelpere, inkludert familien, som kommer på punktbesøk av kort varighet, mens resten av døgnet blir man sittende alene.

Mens pasientene la mest vekt på de reint sosiale og praktiske konsekvensene av sosiale tap, framhevet sykepleierne de emosjonelle reaksjonene på tap av ektefelle og betraktet tapsreaksjonen som en viktig årsak til ensomhet. En sykepleier sa om dette at «opplever at det er de som nylig har blitt enker som på en måte har levd med ektefellen sin nokså lenge, de har den ensomhetsfølelsen».

### Alvorlig sykdom og ensomhet

En relativt liten gruppe pasienter hadde en lav terskel for alenetid. Selv om antallet var lite og dette var spesielt knyttet til den ene kommunen, opplevde de ansatte problemet som stort. Det viste seg i form av en appell om å ha personale til stede i hjemmet i mye større grad enn det som var mulig. En av sykepleierne sa for eksempel at «enkelte pasienter er veldig

være alvorlig nok, men selve den fysiske funksjonen kunne være relativt bra sett i forhold til andre pasienter som kunne ha en mye større fysisk funksjonssvikt. Deres atferd var derfor mest som en konsekvens av alvorlig sykdom med påfølgende emosjonelle vansker. Hjemmesykepleien opplevde da et dilemma der det var krav om mer hjelp i form av tilstedeværelse, men at dette ikke sto i forhold til det fysiske hjelpebehovet. En sykepleier beskrev dilemmaet slik: «Enkelte gjør alt for å ha oss der, ikke sant, men det går jo ikke det, men det er forferdelig vanskelig det altså. Ringer på alarmen vet du». Denne ringingen, enten det var i form av alarm eller telefon, beskriver en sykepleier i følgende eksempel: «Veldig engstelig da og har en alvorlig sykdom. Ringer, men så er det jo ingen ting, men er så kontaktsøkende».

Denne mer aktive og appellerende kontaktsøkende atferden framkom i liten grad i pasientintervjuene hos dem som karakteriserte seg selv som ensomme, men ensomheten kunne samtidig i stor grad tolkes som et resultat av alvorlige sykdommer.

### DISKUSJON

Resultatene av denne studien må ses i forhold til at dette dreier seg om en avgrenset gruppe av både sykepleiere og pasienter. Spesielt gjelder det fokusgruppen der flere grupper kunne gitt mer omfattende data, men dette ble i en viss grad kompensert med flere grup-

nisering, kvalitet og kvantitet av helsetjenester i hjemmet varierer fra kommune til kommune (34).

Både pasienter og sykepleiere i denne studien betrakter ensomhet som et avgrenset problem. Det stemmer også med en rekke andre studier (7-10,35). Samtidig er det slik at noen er ensomme og noen tenderer til å bli sosialt isolert. Ikke minst henger dette sammen med at de største risikofaktorene når det gjelder ensomhet forbindes med å være eldre kvinne, bo alene og ha dårlig helse. Det er derfor åpenbart at ensomhet er et potensielt problemområde for pasienter som mottar hjemmesykepleie (6,10-12,35). Når ensomhet blir forbundet med noe taust og vanskelig, kan det ha å gjøre med at hjemmesykepleiekulturen først og fremst fokuserer på det fysiske og somatiske. Ivaretagelse av sosiale behov kan da komme i annen rekke eller være noe som eventuelt skjer på siden av den praktiske pleien. En annen grunn til at man i liten grad snakker om ensomhet kan være at begrepet blir forbundet med depresjon og psykisk lidelse, som igjen ofte blir forbundet med skam og stigmatisering (9,36). Ensomhet er derfor et begrep man skal ha respekt for og ikke karakterisere noen som ensom uten at det er dekning for det. Ensomhet er sånn sett noe bare personen selv kan beskrive seg som (5). Sosial isolasjon derimot kan objektivt beskrives, men da må en være sikker på at muligheten for sosial kontakt er svært begrenset. Det kan for eksempel være slik at pasienter kan ha kontakt med mange som ikke hjemmesykepleien kjenner til, eller er informert om, gjennom sine korte besøk. For å unngå feiltolkninger, både i den ene og andre retningen, vil det være nødvendig å gjøre en bevisst og grundig kartlegging og vurdering av den sosiale situa-

” Det er somatikk som er inngangsporten for å få hjelp av hjemmesykepleien.

kontaktsøkende. Kommer ikke der ifra. Det er tydelig at det er ensomhet og har foreslått både det ene og det andre, men ønsker kun oss». Helsevikten hos disse kunne

pemøter selv om gruppen ble noe redusert etter hvert. Man må også være klar over at de erfaringene som framkommer, kan avvike fra andre kommuner fordi orga-

sjonen til en del pasienter. Ikke minst gjelder det å lytte til hvordan pasienten selv beskriver sin sosiale situasjon. Dette kan skje gjennom kontakt og samtaler og ved at man tør å bringe temaet på banen.

Når det gjelder de sosiale tapene så vil disse ha konsekvenser for tre forhold. For det første kan det medføre emosjonelle reaksjoner, spesielt der det er snakk om tap av ektefelle eller nære personer. Dette kan gi seg uttrykk i sorgreaksjoner der ensomhet er en dominerende del av bildet. Det er grunn til å tro at mange av disse vil gå inn i gruppen som i ulike studier karakteriseres som «ensom i perioder» (6–10, 35) fordi de fleste vil komme over sorgen etter hvert. For det andre kan tap av venner, familie og bekjente føre til praktiske konsekvenser fordi man mister nære personer som ellers kunne hjulpet med praktiske ting, inkludert å komme ut. For det tredje er det snakk om de reint sosiale konsekvensene, i form av at det blir færre personer å ha kontakt med, kombinert med at det også blir vanskelig å knytte nye kontakter (11). Her vil det være en vid skala av konsekvenser og reaksjoner som varierer fra person til person.

Noen pasienters utrygghet og lave terskel for alentid kan ha med manglende tilgang til sykehjemsplasser å gjøre. Sykehjem medfører større trygghet i og med at der er personale til stede hele døgnet. Samtidig viser enkelte studier at ensomhet paradoksalt nok kan være like utbredt der (37). Ifølge sykepleierne var imidlertid de fysiske sykdomssymptomene sjelden så alvorlige som de ble uttrykt. Mye kan derfor tyde på at dette var en indirekte måte å signalisere psykososiale vansker på, selv om det er vanskelig å ha en eksakt formening om hvor bevisst

hver enkelt pasient er i forhold til dette. Sån sett er dette i tråd med studier som trekker fram at både ensomhet og psykiatriske symptomer har en tendens til å komme til uttrykk som somatisk sykdom hos

dette (16,17,22,40). Hvis det da viser seg at noen pasienter for eksempel sliter med depressive tilstander, vet man blant annet at medikamentell behandling kan være effektivt (22,38,39)

## ” Når du blir så gammel som meg da blir du alene.

eldre (18,38). Spørsmålet er da om hjemmesykepleien representerer en somatisk og fysisk orientert kultur som forsterker dette?

Spørsmålet er også i hvilken grad man kan snakke om enten somatiske eller psykososiale tilstander hos en del alvorlig syke eldre? For eksempel når det gjelder alvorlig grad av KOLS viser studier at 90 prosent av pasientene også lider av angst og depresjon og har en lav livskvalitet (20,21). Lignende symptomer og følgetilstander framkommer i forhold til hjertesvikt og ikke minst hjerne-slag (19,39). Det er altså slik at en del alvorlige somatiske sykdomstilstander vil fremstå i en kombinasjon med både fysiske og emosjonelle symptomer og funksjonsvansker. Samtidig er dette en gruppe pasienter som i økende grad bor i egen bolig og som vil trenge ulike helsetjenester i hjemmet, inkludert hjemmesykepleie. Hvis hjemmesykepleie da får et for ensidig fysisk og praktisk fokus, kan det medføre at sosiale behov blir oversett. Dette er ikke ukjent og det blir omtalt i flere studier som framhever behovet for en større bevissthet, bedre diagnostisering og behandling for dem som bor hjemme inkludert de som mottar hjemmesykepleie. Ikke minst dreier dette seg om å øke bevissthet og kompetanse til å se symptomer på angst og depresjon. Her viser noen studier at for eksempel enkle tester kan være til hjelp for avsløre

selv om dette må skje i samarbeid med lege. Uansett blir det viktig å ha de eldres sosiale situasjon på dagsorden og erkjenne at man må fokusere på dette i det daglige arbeidet. Tiltak kan ellers dreie seg om hyppighet av besøk og tilsyn, samarbeid med pårørende, dagtilbud, tilpasset sosial kontakt og omsorg i forbindelse med det enkelte besøket, samt å ta initiativ til en mer tverrfaglig tilnærming og samarbeid omkring de utfordringer dette bringer på banen.

### KONKLUSJON

Verken pasienter eller sykepleiere i denne studien gir inntrykk av at ensomhet er et omfattende problem, men noen pasienter er ensomme og/eller sosialt isolerte. Blant annet vil flere eldre som bor alene og er hjulpetrengende, være utsatt for og preget av sosiale tap og alvorlig sykdom som kan medføre sorg, savn, utrygghet og ensomhet. Ensomhet og isolasjon er omspunnet med taushet og tvetydighet, og det kan føre til feiltolkninger av pasienters sosiale situasjon. Pasienten selv vet best hvordan de har det og må derfor være hovedkilden til de vurderinger man gjør om dette. Hos en del pasienter kan det være glidende overganger mellom alvorlig somatisk sykdom, angst, depresjon, ensomhet og sosial isolasjon, og det kan være vanskelig å se hva som følger hva. Ting kan tyde på at hjemmesykepleie i noen tilfel-

ler kan få en for fysisk-somatisk orientering. Det kan medføre at man overser psykososiale behov og mister helhetsperspektivet i forhold til pasienter som ofte har sammensatte tilstander. Man bør derfor ha økt fokus på en mer systematisk og helhetlig kartlegging, forståelse og tilnærming til pasienter som potensielt kan ha disse tilstandene og som bor i egen bolig og mottar hjemmesykepleie. Utvikling av dette, samt en mer nøyaktig tallfesting av ensomhet hos pasienter som mottar hjemmesykepleie, bør derfor være gjenstand for videre forskning og utvikling innenfor dette feltet.

#### REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Mottakarar av heimetenester, etter type tjeneste 1992–2011. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/pleie/tab-2012-07-04-05.html>
2. Hinck S. The Lived Experience of Oldest-Old Rural Adults. *Qualitative Health Research*. 2004;4:779–91.
3. Haak M, Fange A, Iwarsson S, Dahlin S. Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007;4:16–24.
4. Birkeland A, Natvig, G. Gammel, hjelpe-trengende og alene. *Vård i Norden*. 2008; 28: 18–21.
5. Routasalo P, Savikko N, Tilvis R, Strandberg T, Pitkala K. Social Contacts and Their Relationship to Loneliness among Aged People – A Population based Study. *Gerontology*. 2006; 52:181–7.
6. Thorsen K, Clausen S. Sosial kontakt og ensomhet. Hvem er de ensomme? *Samfunnsspeilet* 2009;1:74–78. [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
7. Victor C, Scambler S, Shah S, Cook D, Harris T, Rink E, Wilde S. Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Aging and Society*. 2002;22:585–97.
8. Victor C, Scambler SJ, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Aging and Society*. 2005; 25: 57–375. Doi: 10.1017/S0144686X04003332.
9. Theeke L. Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty–Five. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009; 23: 387–96.
10. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg T, Pitkala, K. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005;41:223–33.
11. McInnis G, White J. A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001;3:128–9.
12. Holmen K, Furukawa, H. Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives and Gerontology and Geriatrics*. 2002; 35: 261–74.
13. Nilsson B, Lindström UÅ, Nåden D. Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2006; 20:93–101.
14. Paunonen M, Heggman-Laitila A. Life Situation and Aged Home-Nursing Clients. *Journal of Community Health Nursing*. 1990;7:167–78.
15. Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier SA, Gilliam CM. Assessment of Anxiety in Older Home Care Recipients. *The Gerontologist*. 2009; 49:141–53.
16. Preville M, Cote G, Boyer R, Hebert R. Detection of depression and anxiety disorders by home care nurses. *Ageing and Mental Health*. 2004;8:400–9
17. Hegli T. Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet. Balanse mellom avhengighet og uavhengighet hos hjemmeboende eldre pasienter. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 2006;8:51–60.
18. Burström M, Brannström M, Boman K, Strandberg G. Life experiences of security and insecurity among woman with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;68: 816–25.
19. Narsavage GL, Chen K. Factors related to Depressed Mood in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease after hospitalization. *Home Healthcare Nurse*. 2008; 26:474–82.
20. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000;55:1000–6.
21. Bruce ML, Brown EL, Raune PJ, Mlodzianowski AE, Meyers BS, Leon AC et al. A randomized trial of depression assessment intervention in home health care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55:1793–1800.
22. Wilson K, Mottram P, Sixsmith A. Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;22:361–6.
23. Helse og Omsorg Departementet 1991: Forskrift om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html> [Nedlastet 7.11.2012].
24. Helse og Omsorgsdepartementet 2011: Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. 2011. <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>. [Nedlastet 7.11.2012].
25. Helse og Omsorgsdepartementet 1999: Lov om pasient og brukerrettigheter. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>. [Nedlastet 7.11.2012].
26. Helse og Omsorgsdepartementet 1999: Lov om helsepersonell. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>. [Nedlastet 7.11.2012]
27. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd ed. Sage Publications. London. 2002.
28. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal. Oslo. 2007.
29. Kitzinger J. *Introducing focus groups*. *British Medical Journal* 1995;311:299.
30. Krueger A, Casey M. *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3rd ed. Sage Publications. London. 2000
31. Alvesson M, Skölberg M. *Reflexive Methodology*. *New Vistas for Qualitative Research*. Sage Publications. London. 2000.
32. Krogh T. *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Gyldendal Akademisk. Oslo 2009.
33. Gadamer H. G. *Forståelsens filosofi*. Utvalgte hermeneutiske skrifter. Cappelen Akademisk. Oslo 2003.
34. Huseby BM, Paulsen B. Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden? Sintef Helsetjenesteforskning. Rapport A11522. 2009. <http://www.sintef.no/project/Samdata/Sektorrapport%20somatikk%202008/SAMDATA%20Sektorrapport%20for%20somatikk%20spesialisthelsetjeneste%202008,%203-09.pdf>
35. Stagsvold B, Solem PE. Morgendagens eldre. En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant dagens og morgendagens middelaldrende og eldre. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 11/05. 2005. [http://nova.no/asset/589/1/589\\_1.pdf](http://nova.no/asset/589/1/589_1.pdf). [Nedlastet 12.11.2012]
36. Murray J, Banarjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald, A. Primary care professionals; perception of depression in older people: A Qualitative study. *Social Science and Medicine*. 2006; 63:1363–73.
37. Slettebø Å. Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*. 2008; 87:22–25.
38. Diefenbach G, Goethe J. Clinical interventions for late-life anxious depression. *Clinical Interventions in Aging*. 2006;1:41–50.
39. Fure B. Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2007;10:1387–9.
40. Brown EL, Raue PJ, Roos BA, Sheerab T, Bruce ML (2010). Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare. *Journal of American Geriatric Society*. 2010;58:122–8.



# Kunnskapstørst?

---

Som sykepleier tilhører du en profesjonell yrkesgruppe som tar faget sitt alvorlig. Mange sykepleiere ønsker å holde seg faglig oppdatert, blant annet ved å lese internasjonale forskningsartikler og kunnskapsbaserte nyheter.

Gjennom Sykepleien Forskning får du tilgang til denne typen innhold – på norsk – samt oversikt over andre aktuelle temaer innen faget ditt. Sjekk også ut våre nye nettsider med ny avansert søkefunksjon og gratis tilgang til alt stoff vi publiserer.

Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som formidler forskning og nyttestoff relevant for sykepleiere i praksis, sykepleierstudenter og vitenskapelige ansatte som jobber innen sykepleie- og helsefagutdanninger.

sykepleien

forskning



Illustrasjonstfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Mange eldre pasienter mottar hjemmesykepleie som en grunnleggende tjeneste. Noen kombinerer dette med andre helsetjenester, for eksempel jevnlig korttidsopphold på sykehjem. Vekselopphold er en slik form for kombinasjonsopphold. Denne studien undersøker kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold.

**Hensikt:** Studien belyser hvordan kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold ivaretas, og hvordan eventuell mangel på kontinuitet kan medføre ulike former for risiko.

**Metode:** Datainnsamlingen ble gjort i tre faser som alle innbefattet undersøkelser i et sykehjem og et tilhørende geografisk hjemmesykepleiedistrikt. De tre undersøkelsesmetodene bygger på hverandre. Først kartlegges og beskrives konteksten vekselpleie. Deretter studeres skrevet tekst i form av data fra sykepleiejournaler i de aktuelle enheter. Til slutt intervjues ansatte i enhetene.

**Resultater:** Studien dokumenterer at vekselpleie i hovedsak anses positivt som tjenesteform. Men studien finner også at for demente pasienter

som er kommet et stykke i sykdomsutviklingen, er vekselpleie ikke en egnet tjenesteform. Når det gjelder innholdet i tjenesten vekselpleie dokumenterer studien ulike former for kontinuitetsbrudd som kan medføre risiko, blant annet knyttet til informasjonsoverføring. Videre viser studien risiko for at pasientene ikke får dekket sine grunnleggende behov.

**Konklusjon:** Denne studien viser at pleien til vekselpasienter har særlige utfordringer innen overføring av opplysninger knyttet til sykepleiedokumentasjon og til legemidler.

## ENGLISH SUMMARY

### Continuity in the nursing of patients with alternating stays

**Background:** This paper addresses the population of elderly patients who alternate between nursing homes and home care services. «Alternating patients» are in need of health care services across different levels of service providers, as well as across different geographical locations. Elderly patients constitute one such group. This study explores the continuity of care for alternating patients.

**Objective:** The focus of the study is to specify how continuity of care for elderly patients is secured within a system of alternating care and how a

lack of continuity may constitute risk for the patients.

**Method:** The study employs a triangulation approach based on three data collection phases in a nursing home with affiliated home care services: (a) defining and describing the context of alternating care, (b) the study of nursing information given in five patient records of alternating patients in the selected nursing home and home care services and (c) interviews with twelve employees in the selected nursing home and home care services.

**Results:** The study has confirmed that alternating care as a system for providing services to certain

patient groups is valued positively, with the exception of dementia patients. Concerning the organization of alternating care services, the study has documented various areas of improvement within the transfer of information and continuity of care. Thus, there is a risk for the patients not having their basic needs fulfilled.

**Conclusion:** The conclusion of this study confirms that nursing for alternating patients presents challenges concerning handling and distribution of medicines and nursing documentation.

**Keywords:** Nursing homes, nursing, documentation, security



# » Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold

Forfattere: Merethe Rusdal og Karina Aase

## NØKKELORD

- Sykepleie
- Dokumentasjon
- Sikkerhet
- Hjemmesykepleie

## INTRODUKSJON

Denne artikkelen omhandler kontinuitet i sykepleien til vekselpasienter i kommunehelsetjenesten. Mange eldre pasienter mottar hjemmesykepleie som en grunnleggende tjeneste. Noen kombinerer dette med andre helsetjenester, for eksempel jevnlig korttidsopphold på sykehjem. Vekselopphold er en slik form for kombinasjonsopphold.

Flere norske og internasjonale studier har undersøkt kontinuitetsproblemer i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (1–6). Færre studier har fokusert på kontinuitet i overganger innen kommunehelsetjenesten. Dette til tross for at det i Samhandlingsrefomen (7) uttales: «Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene». Et mål i Samhandlingsreformen er at pasienter og brukere møter en helhetlig tjeneste som er preget av kontinuitet, noe som er særlig viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for

eksempel eldre pasienter med flere sykdommer.

## Kontinuitet

Kontinuitet er et mangetydig og flerdimensjonalt begrep som kan defineres som en uavbrutt sammenheng (8). Omsorg er i seg selv et begrep som antyder en innretning mot kontinuitet. Så lenge det pågår sykepleie må kontinuiteten «påaktes» (8). Begrepet kontinuitet beskrives her nærmere ved følgende fire aspekter (8): *Virksomhetsaspektet* innebærer om kontinuiteten gjelder behandling eller omsorg, eller begge deler. *Det organisatoriske aspektet* har betydning for kontinuitet i forhold til nivå, organisasjonsform eller administrative forhold, og virker derved inn på forutsetningene for kontinuitet. Relasjonelt aspekt berører eksempelvis hyppighet og kvalitet i omsorgen og innbefatter forholdet til helsepersonell i den virksomheten pasienten befinner seg i. *Innholdsaspektet* berører den ubrutte samhandlingen i omsorgen med hensyn til de mål som finnes i pleien, samt planleggingen og tiltakene for å oppnå dem. Det griper inn i pasientens, eventuelt pårørendes og personalets kjennskap til innhold og utforming av pleien. Innholdsaspektet kommer til uttrykk i dokumentasjon og i hva som eventuelt ikke dokumenteres. Kronologi og geografi har også blitt framhevet som viktige aspekter ved kontinuitet i hjemmesykepleien (9).

## Risiko og pasientoverganger

Verdens helseorganisasjon har gjennom «Joint Commission for Accreditation of Patient Safety Solutions» introdusert prioriterte temaer innen pasientsikkerhet der man må utvise særlig aktsomhet. Et slikt tema omhandler vaktskifter, informasjonsoverføring og samhandling (10). Pasientoverganger mellom tjenestenivåer er et område utsatt for særlig risiko, spesielt knyttet til informasjonsflyt (11). Andre studier viser at eldre pasienter med sammensatte sykdommer er en sårbar gruppe i forbindelse med overganger (12,13). Litteraturen påpeker videre at skifte av tjenestested eller annen endring kan være et risikoområde (14–18) for denne utsatte pasientgruppen.

Hensikten med denne artikkel-

### Hva tilfører artikkelen?

Studien avdekket kontinuitetsbrudd i sykepleiedokumentasjonen som medførte risiko for at pasientene ikke fikk oppfylt grunnleggende behov.

### Mer om forfatterne:

Merethe Rusdal er sykepleier og universitetslektor ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag. Karina Aase er professor i sikkerhet ved Universitetet i Stavanger, Institutt for Helsefag. Aase har bred erfaring innen sikkerhetsforskning og har ledet forskningsprosjekter innen petroleumsindustri, luftfart og helsevesen. Kontakt: merethe.rusdal@uis.no.

len er å belyse hvordan kontinuitet i sykepleien til vekselpasienter ivaretas, og hvordan eventuelle mangler i kontinuiteten kan medføre ulike former for risiko, innen og mellom nivåer i kommunehelsetjenesten. Et sentralt spørsmål er hvordan sykepleiedokumentasjon ivaretar kontinuitet og sikkerhet for vekselpasienter. Artikkelen er basert på masteroppgaven «Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv» (19).

## METODE

Studien benytter et kvalitativt eksplorerende design da den belyser et felt der det er lite kunnskap fra før. I dette tilfelle finnes det kunnskap om de kommunale helsetjenestene, men hvordan kontinuitet og tilhørende risikofaktorer til pasienter som veksler mellom to

av virksomheten. Dette innebar informasjon om antall ansatte, ansattes stillingsstørrelser, vaktplaner, organisering av gjøremål, avviksmeldinger og så videre for begge enhetene. Dette innebar en kartlegging av forutsetningene for kontinuitet knyttet til det organisatoriske aspektet.

**2. Studie av pasientjournaler.** Det ble gjennomført en analyse av fem sykepleiejournaler til fem pasienter som vekslet mellom hjemmesykepleie og sykehjem. De elektroniske opplysningene er hentet fra kommunen sitt system for journalføring, Cos Doc. Hensikten med å studere sykepleiedelen av journalene var å undersøke hvordan vekselpasienters hjelpebehov kommer til uttrykk, og om pasientenes problemer gjenkjennes i overførings-

analyses style» (20–22). Dersom rapportene i sykepleiedokumentasjonen hadde vært ordnet etter maler i en sykepleieplan slik intensjonen er i CosDoc, ville deler av analysen allerede være foretatt. Slik var det bare unntaksvis. Likevel inneholdt selve rapportene i dokumentasjonen noen utsagn som kunne brytes opp og plasseres inn i malene for sykepleieplaner. For hver av de ti pleieplanene; fem hjemme og fem på sykehjem, ble det foretatt følgende analyse i tre trinn:

- Dannelse av helhetsinntrykk.
- Identifisering av meningsbærende enheter (det vil si å kode teksten etter funksjonsområdene og leddene sykepleieprosessen).
- Plassere de meningsbærende enhetene i rubrikkene i Cos Doc.

Etter å ha analysert hver pleieplan/rapport ble det gitt en sammenfatning av hva som var rapportert, hvor mange overføringer det var i perioden samt beskrivelse av hvordan disse overføringene framsto. De enkelte pleieplaner ble sortert etter hjemmesykepleie/sykehjem og for hver pasient ble det foretatt en sammenlikning av det som var rapportert mellom enhetene. **Analyse av intervjudata** i studiens tredje fase er basert på systematisk tekstkondensering (21,23) der transkriberte intervjudata ble analysert i følgende fire trinn:

- Danne helhetsinntrykk
- Identifisere meningsbærende enheter
- Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene
- Sammenfatte betydningen

## Etiske aspekter

Hjemmesykepleien og sykehjemet ga skriftlig tillatelse til å innhente informasjon. NSD ga sin godkjenning i november 2009.

” Den vanligste rulleringen mellom hjemmesykepleie og sykehjem er seks uker hjemme, og tre uker på sykehjem.

enheter innen kommunehelsetjenesten påvirkes, er ikke eksplisitt undersøkt tidligere. For å skape et mest mulig helhetlig bilde av fenomenet benyttes flere ulike datakilder. Datainnsamlingen ble gjennomført i tre faser som alle innbefattet undersøkelser i et sykehjem og et tilhørende geografisk hjemmesykepleiedistrikt. De tre tilhørende undersøkelsesmetodene bygger på hverandre. Beskrivelse av kontekst danner bakgrunn for studien (fase 1). Studie av sykepleiejournaler (fase 2) og intervju med ansatte (fase 3) utgjør hoveddelene i studien. Innhentning av data foregikk i 2010.

**1. Kartlegging og beskrivelse av konteksten vekselpleie** ble gjennomført ved å samtale med ledere og fagsykepleiere i begge enhetene, og ved å innhente dokumenter som ga kunnskap om organisering

rapporter, samt å sammenlikne dokumentasjonen i de to enhetene. Det vil si innholdsaspektet knyttet til kontinuitetsbegrepet.

**3. Intervju av ansatte.** Utvalget var tolv ansatte i de to enhetene, til sammen åtte sykepleiere (fire fra hver enhet), to hjelpepleiere (en fra hver enhet) og to leger (fastlege og sykehjemslege). Fokus i intervjuene var de ansattes opplevelser vedrørende rammebetingelser, kontinuitet, sykepleiedokumentasjon, rapporter/vaktskift og risikofaktorer. Intervjuene ga kunnskap om det relasjonelle aspektet og virksomhetsaspektet ved kontinuitetsbegrepet.

## Analysestrategi

Analysestrategien som anvendes i undersøkelsens andre fase, *journalstudier*, er basert på «Template

## RESULTATER

### Kontekst

Den vanligste rulleringen mellom hjemmesykepleie og sykehjem er seks uker hjemme, og tre uker på sykehjem. I den angjeldende kommunen var tjenestene organisert etter bestiller/utførerprinsippet. En koordinator bestiller tjenestene hos hjemmesykepleien eller på sykehjemmet, og tildeler samtidig tid til sykepleierne for å utføre tjenesten. Vekselpleie innebærer ellers at pasientene må forholde seg til to ulike leger, fastlegen og sykehjemslegen. Det finnes ulike ordninger for legemiddelhåndtering for de to enhetene og ulike betalingsordninger for helsehjelpen. Pasientene forholder seg til ulike ansatte i de to enhetene og selvsagt også til ulike ansatte på forskjellige vaktskift. Så mye som 80 prosent av personalet i det undersøkte sykehjemmet og i det tilhørende geografiske distrikt i hjemmetjenesten, jobbet deltid. Rapportsystemet i begge enheter foregikk elektronisk, men pleierne brukte også en beskjedbok til uformelle beskjeder. Legene utvekslet opplysninger per post. Alt i alt viste studien av kontekst at vekselpleie har en kompleks og sammensatt struktur med mange ulike overganger og med store utfordringer knyttet til å opprettholde kontinuitet i sykepleien.

### Innhold i sykepleie-dokumentasjon

*Samlet sett* var de dokumenterte opplysningene fra de fem studerte pleieplanene sparsomme, lite systematiske og de inneholdt mangler i forhold til journalforskriften (24). Sykepleieprosessen var nesten ikke brukt som metode. Ingen steder framkom det at pasienten hadde vært delaktig i utforming av pleien. Resultatene ga likevel et nyansert bilde av dokumentasjonen, hva som er

dokumentert og hva som ikke er dokumentert, og likheter og forskjeller ved dokumentasjon i de to enhetene. Et sentralt funn er derfor at kontinuitet av sykepleien mellom enhetene hadde dårlige betingelser knyttet til selve dokumentasjonen av pleien fordi det var lite å lese for dem som mottok pasientene i overføringene. Kontinuitetsbruddene som ble identifisert i sykepleiedokumentasjonen viste seg i form av manglende eller ulike mål for pleien, og i planleggingen og tiltakene for å nå disse målene. Ingen av enhetene dokumenterte at pasientene fikk ivaretatt sine grunnleggende behov. Et eksempel der pasientens grunnleggende behov ikke ble ivaretatt, var i forbindelse med sykdomsforverring i hjemmeperioden til en vekselpasient. Pasienten ble etter hvert innlagt på psykiatrisk avdeling. Forut for innleggelsen rapporterte hjemmesykepleien om hyppige alarmer og om naboer som ble forstyrret. De rapporterte også om at pasienten led og trengte mer oppfølging og hjelp. Men de rapporterte ikke hva pasienten i perioden forut for tvangsinnleggelsen trengte hjelp til. Ingen steder var det rapportert at grunnleggende behov som ernæring, søvn og hvile, og personlig hygiene var ivaretatt. Det kan ha vært slik at hjemmesykepleien ivaretok disse behovene, eller prøvde å ivareta dem, men ikke slapp til. Det framkom likevel ikke i rapportene om pasienten fikk ivaretatt disse behovene og dermed heller ikke hvilken risiko denne pasienten var utsatt for, eller hvordan pleien ved overføring til neste enhet kunne opprettholdes. Kontinuitetsbruddene i sykepleiedokumentasjonen slik den framkom i denne studien medførte risiko for manglende oppfyllelse av grunnleggende behov.

### Overføring av opplysninger

Intervjuene understøtter funnene fra gjennomgang av sykepleiejournaler og viser at det var vanskelig å oppnå kontinuitet i sykepleien også innen enhetene. Som årsaker oppga informantene at sykepleiedokumentasjon måtte konkurrere i tid med dokumentasjon av endringsmeldinger vedrørende brukt tid hos den enkelte pasient. Videre oppga de at manglende tid til å dokumentere sykepleieopplysninger i det elektroniske systemet, og strukturelle forhold som for eksempel å vente på ledig maskin, kunne være vanskelig. Manglende tid til å lese sykepleiedokumentasjon og holde seg oppdatert var også et problem. Særlig klaget deltidsansatte i hjemmesykepleien på mulighetene for å holde seg oppdatert: «Nei da hender det at du bare møter opp (hos bruker) og tar det derifra. Vi skulle hatt stille rapport om morgenen – ja, jo vi får fellesrapport om siste døgn. Men si at du kommer på tirsdag og det har skjedd noe i helgen, så leser de ikke det opp på tirsdag morgen. Jeg bør jo gå inn og lese før jeg går ut, men tidsmessig er ikke det reelt at vi gjør».

*Vaktskiftene* innen begge enhetene forekom i form av muntlig rapport. I hjemmesykepleien ble de dokumenterte opplysningene fra forrige skift lest høyt for og av neste skift. I sykehjemmet derimot, overførte det avgående skiftet selv den muntlige rapporten til neste skift. På grunn av felles elektronisk journalsystem var grunnlaget for gode overføringer mellom enhetene til stede, men det betinget relevante opplysninger å overføre. Manglende opplysninger i journalene og manglende muntlige rapporter dokumenterer problemer knyttet til innholdsdimensjonen ved kontinuitet.

### Legemiddelhåndtering

Mellom sykehjemslegen og fastlegen framsto problemstillingen knyttet til dokumentasjon annerledes. Relevante opplysninger i legedelen av journalene var ikke et problem, men overføringen av opplysninger fungerte dårlig. Siden epikrisene ble sendt i posten kom opplysningene fram lenge etter at pasienten hadde blitt overført. Dette forholdet skapte blant annet frustrasjon hos sykehjemslegen: «Ja det blir jo først og fremst legemidler. Spesielt hvis de har

Godene er at pasientene og pårørende opplever trygghet og forutsigbarhet, noen legger på seg, de mottar sosiale stimuli, de får legeundersøkelse, treffer kjente og har ofte mer struktur og innhold i dagene når de har jevnlig sykehjemsopphold. De pårørende får god avlastning. Ulempene er at vekselpleie gir en ekstra utfordring når det gjelder kontinuitet og videreføring av pleie og behandling. Dette gjaldt særlig de sykeste pasientene som ikke kan uttrykke sine behov. Sykehusinnleggelser

hadde hatt hjemmesykepleie i fire måneder, og han hadde hatt over 60 stykker inne i hjemme sitt ... Men det er ganske mye det – de skal inn i stuen din, sant!»

### DISKUSJON

Begrepet vekselpleie henspiller i seg selv på et kontinuitetsbrudd. Slik sett var det neppe uventet at studien viser kontinuitetsbrudd på flere nivå; innad i hjemmesykepleien, mellom hjemmesykepleien og sykehjem og mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem/hjemmesykepleie. Systemer for å ivareta kontinuitet for vekselpasienter finnes, men de viser svakheter, særlig i form av mangelfullt skriftlig innhold i sykepleiejournaler. Statens helsetilsyn viser også ofte til at skriftlige prosedyrer og dokumentasjon, som skal sikre at brukernes grunnleggende behov dekkes, i liten grad gjennomføres (25,26). Andre studier finner også mangelfull skriftlig sykepleiedokumentasjon (4,5,27,29,30). Som årsak oppgis manglende kunnskap om dokumentasjon og også manglende kunnskap om elektroniske verktøy for å dokumentere sykepleie (27,29).

## ” Vekselpleie innebærer ellers at pasientene må forholde seg til to ulike leger, fastlegen og sykehjemslegen.

vært hos fastlegen rett før, også kommer de inn med medisinerne også er det en dosett med noe vi ikke vet hva er, for epikrisen er ikke kommet».

Sykepleierne bekreftet at nettopp etterslep i overføring av epikrise, og dermed medisinkort, var et stort problem også for dem. Dette problemet var forsterket av at sykehjemmet brukte dosett, og hjemmesykepleien brukte multidose. Legemiddelhåndteringen utgjør dermed en risikofaktor for disse vekselpasientene. Det var mange avviksmeldinger vedrørende legemiddelhåndtering i forbindelse med overføringer mellom sykehjem og hjemmesykepleie. Risiko knyttet til legemiddelhåndteringen berører virksomhetsaspektet ved kontinuitet.

### Betydningen av vekselpleie

På den ene siden beskrev informantene vekselplass som en ordning med flere goder, dersom pasienten ikke har en framskreden demenssykdom. På den andre siden beskrev informantene flere betydningsfulle mangler i tjenestene rundt vekselpasienten.

kompliserer dette forholdet, idet en utskrivningsrapport fra sykehuset må nå både enhetene, noe det fantes eksempler på at ikke skjedde. Dette innebærer at vekselpleie som tjenesteutforming kan ses som et gode, mens innholdet i tjenesteformen viser ulike risikofaktorer.

### Organisering og bemanning

Undersøkelsen dokumenterte også utfordringer knyttet til kontinuitet og bemanning. Dette underbygges av nødvendigheten av vikarer, helger med liten del av den faste bemanningen på jobb og – i hjemmesykepleien – et stort geografisk distrikt. En følge av dette var at heltidsansatte ble beskrevet som «bærerne av jobben». Likevel fikk heller ikke de heltidsansatte ha sine «faste pasienter» idet hensynet til organisering av gjøremål og geografi gikk foran hensynet til «faste pasienter» og medførte således kontinuitetsbrudd i tjenesten innen det relasjonelle aspektet: «Nå var det en forholdsvis ny bruker som skriver i en bok når det kommer inn personell tre ganger til dagen. Nå tror jeg han

### Bakenforliggende årsaker

Informantene i denne undersøkelsen var samstemte i at manglende tid ble sett på som hovedårsaken til mangelfull sykepleiedokumentasjon. Studien gir derimot ikke svar på om sykepleiedokumentasjonen ville blitt bedre dersom det fantes rikelig tid og opplæring hadde blitt gitt. Manglende tid og mangel på kunnskap er på ulike måter del av rammebetingelsene for å utføre sykepleiedokumentasjon. Ifølge Reasons modell for årsaksanalyse kan handlinger utført av helsepersonell utgjøre de direkte utløsende årsakene til uheldige hendelser, mens dypere bakenforliggende årsaker ofte

finnes i systemforhold (18,34). Et slikt systemforhold er utøvelsen av ledelse på det enkelte arbeidssted. Dersom lederne i vår studie hadde stilt ufravikelige krav om at pleien skulle dokumenteres på en slik måte at den kunne videreføres og etterprøves, og synliggjort nødvendigheten av dette for sine ledere, kunne dette ha ført til forbedring? Lederne, ifølge våre informanter, mer opptatt av at de ansatte dokumenterer endringsmeldinger enn at de dokumenterer sykepleien. Dette kan ha sammenheng med at manglende endringsmeldinger får direkte konsekvenser for økonomi og drift. Selv om det også finnes sanksjoner for manglende sykepleiedokumentasjon i form av pålegg fra offentlig tilsyn synes dette ikke å være et sterkt nok virkemiddel.

En annen bakenforliggende årsak til manglende dokumentasjon kan knyttes til metoden for utførelse av sykepleiedokumentasjon (30). For det første kan det være grunn til å spørre om sykepleieprosessen i sin helhet, og den problemløsende metode spesielt, er et velegnet redskap for å dokumentere sykepleieopplysninger (30) og sikre at disse kontinueres. Kan det være slik at sykepleie har karaktertrekk som ikke er forenlige med den fragmentering som den problemløsende metode krever (31,32)? Et annet spørsmål er om det trengs tydeligere avklaring for å skille mellom sykepleie og sykepleiedokumentasjon, der sykepleiedokumentasjonen må framheves som en vesentlig delmengde av sykepleien.

Et spørsmål er om det benyttes kompenserende ordninger for informasjonsoverføring innen enhetene når den skriftlige dokumentasjonen svikter, for eksempel i form av muntlige rapporter (27). En av fordelene med muntlige

rapporter er at komplekse situasjoner kan beskrives med enkle ord, og at muntlig rapport gir rom for viktige forklaringer (33). På sykehjemmet, der den muntlige rapporten ble levert direkte til pågående skift kunne det tyde

” ” Manglende tid til å lese sykepleiedokumentasjon og holde seg oppdatert var også et problem.

på at de støttet seg på muntlige tilleggsopplysninger og mer uformelle beskjeder. Moen og Obstfelder (27) påpeker at uformelle informasjonsmekanismer faktisk er nødvendige for å håndtere arbeidsmengde og kontinuitet i pleien. Bruk av beskjedbok, slik begge enhetene praktiserte, er et slikt eksempel på en uformell kompenserende informasjonsmekanisme.

#### Risikofaktorer ved å være vekselpasient?

Ifølge informantene er pasienter og pårørende fornøyde med vekselpleie som tjenesteform, og det betraktes som et gode for pasientene. Selv om det også kommer fram uønskete hendelser og mangelfull sykepleiedokumentasjon er det ikke påvist alvorlige helseskader eller død i forbindelse med disse hendelsene. Når uønskete hendelser innen legemiddelhåndtering får færre konsekvenser enn omfanget skulle tilsi, kan en forklaring være at det finnes barrierer i systemet som forhindrer at disse hendelsene får uønskete konsekvenser (18,28). For det første kompenserer sykepleierne ved å gi beskjed til aktuell lege når dosetten etter overføring ikke samsvarer med det gamle medisinkortet. De oppdager feilen og tar kontakt med fastlege eller sykehjemslege. For det andre kan pasient, pårørende eller hjemmesykepleie noen

ganger reagere på sprik mellom opplysninger og faktisk behandling, og slik sett avverger de at avvikene pågår over tid, og risikoen for skade blir mindre.

Risiko for at pasienter ikke får oppfylt sine grunnleggende behov,

som her er knyttet til mangelfull sykepleiedokumentasjon, vil sannsynligvis være mest framtrepende over tid. På kort sikt er det ubehagelig og kan være et uttrykk for manglende omsorg. Å få for lite eller feil mat en dag, eller å sove dårlig en natt er ikke ønskelig, men det er heller ikke helsefarlig. På lengre sikt derimot, kan det være fare for unødig svikt i helsetilstanden når grunnleggende behov ikke blir oppfylt. I en travel hverdag med ustrukturert og lite sammenhengende dokumentasjon, og komplekse sykdommer hos pasientene, kan risikoen for ikke å få oppfylt sine grunnleggende behov dessuten være skjult (34). Organisasjoner med komplekse oppgaver og strukturer gir økt risiko for at feil og mangler forblir uoppdaget (34). I sykepleiedelen av pasientjournalene finnes det noe dokumentasjon, men den etterkommer ikke standarder og krav (24).

#### KONKLUSJON

I denne studien kan vi konkludere med at mangelfull sykepleiedokumentasjon medvirker til kontinuitetsbrudd i sykepleien til vekselpasienter. Kontinuitetsbruddene viser seg i form av risiko for at pasienter ikke får oppfylt grunnleggende behov. Videre viste undersøkelsen risiko for uønskete hendelser knyttet til legemiddelhåndtering og feil-

sendte opplysninger etter besøk i spesialisthelsetjenesten.

### Implikasjoner for praksis.

For å oppnå kontinuitet, og derved økt sikkerhet for vekselpasienter, trenger de ansatte økt kunnskap om, tilrettelegging for, og krav fra ledelsen om mer sykepleiedokumentasjon. Det betinger videre at pasienten er involvert, og det betinger andre former for informasjonsoverføring der gjeldende normer for sykepleiedokumentasjon blir etterlevd. Dette vil bidra

til mer kontinuerlige helsetjenester til vekselpasienter, med større sikkerhet i informasjonsoverføring og mindre risiko for at grunnleggende behov ikke blir oppfylt. Spesielt er det viktig at pasienter som ikke kan uttrykke sine behov får pleien ivarettatt gjennom grundig dokumentasjon, og at disse pasientene kan uttrykke sine behov gjennom pårørende eller andre som kjenner pasienten.

### Videre forskning

Kommunehelsetjenesten ivaretar

ansvaret for pleien til en stor og mangeartert gruppe pasienter. Noen av disse har sporadiske korttidsopphold uten den forutsigbarheten som vekselpleie innebærer. Det vil være interessant å få belyst om pleien til disse pasientene har de samme utfordringer som for vekselpasienter. Andre viktige områder for videre forskning vil være pasientens opplevelse av å være vekselpasient og en sammenlikning av bestiller/utførermodellen og en tradisjonell organisering av tjenesten.

### REFERANSER

1. Garåsen 2008; <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:123898>
2. Danielsen BV, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien Forskning 2010;1:29–34.
3. Førtland O. Evaluering av prosjektet trygg overføring Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 2–2011, Høgskolen i Bergen.
4. Olsen RM, Hellzén O, Skotnes L, Enmarker I. Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. Open Journal of Nursing 2012; 2:277–87.
5. Fuji KT, Abbot A, Norris JF. Exploring Care Transitions From Patient, Caregiver, and Health-Care Provider Perspectives. Clinical Nursing Research, November 2012.
6. Smith SB, Alexander JW. Nursing Perception of Patient Transitions From Hospitals to Home With Home Health. Professional Case Management 2012;17:175–85.
7. Helse og Omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47, 2008–2009. Samhandlingsreformen. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>
8. Lindencrona C. Kontinuitet i omvårdningen av eldre pasienter. Almquist & Wiksel. Stockholm. 1987.
9. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. American Journal of Public Health. 1980; 2:122–7.
10. Joint Commision WHO. Nine Patient Safety Solutions. Solutions to prevent health care-related harm. 2007. <http://www.ccforgpatientsafety.org/patient-safety-solutions/>
11. Aase K, Testad I. Første, annen, halvannen–hva med sikkerheten? I K. Aase [Red.]. Pasientsikkerhet–teori og praksis i helsevesenet [s.126–140]. Universitetsforlaget. Oslo. 2010.
12. Laugland K, Aase K, Barach P. Addressing risk factors for transitional care of the elderly – Literature review. I red: Albolini, S., Bagnare, S., Bellani, T., Llaneza, J., Rosal, G. & Tartaglia, R. Healthcare Systems Ergonomics and Patient safety 2011 – An alliance between Professionals and Citizens for Patient Safety and Quality of Life. s. 183–191. CRC Press, Taylor & Francis Group, London, UK. 2011.
13. Nelson JM, Carrington J. Transitioning the older Adult in the Ambulatory Care Setting. AORN journal, October 2011 s. 348–58.
14. Hjort P. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2007.
15. Kohn LT, Corrigan JM. & Donaldsen MS. (Eds). To err is human. Building a safer health system. National Academy Press Washington D.C. 2000.
16. Rosenthal MM, Sutcliffe KM. Medical error. Jossey-Bass. San Francisco. 2007.
17. Vincent C. Patient safety. Elsevier. London. 2006.
18. Reason J. Managing the risk of Organizational Accidents. Ashgate Publishing Limited. UK. 2008.
19. Rusdal M. Vekselpleie i et sikkerhetsperspektiv. Masteroppgave. Universitetet i Stavanger. 2010.
20. Miller WL, Crabtree BJ. Clinical research. A multimethod typology and quality roadmap. I red: B.F. Crabtree & W.L. Miller. Doing Qualitative Research. Thousand Oaks, CA. Sage. 2nd ed. s. 20–24. 1999.
21. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget. Oslo. 2008.
22. Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization. Lippencott. New York. 2008.
23. Giorgi A. Phenomenology and psychological research. Duquesne University Press. Pittsburgh. 1985.
24. Helse og Omsorgsdepartementet. 2000. Forskrift om pasientjournal nr. 1385. <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html>
25. Helsetilsynet. Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998–2003. [http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2003/kommunale\\_helsetjenester\\_pleie\\_omsorgssektoren\\_tilsynserfaringer\\_19982003\\_rapport\\_092003.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2003/kommunale_helsetjenester_pleie_omsorgssektoren_tilsynserfaringer_19982003_rapport_092003.pdf)
26. Helsetilsynet. Rapport frå tilsyn med helse- og sosialtjenester i Time kommune. 2010. <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Rogaland/2010/Time-kommune-tjenester-til-eldre-2010/>
27. Moen A, Obstfelder A. The Electronic Patient Record in Community Health Service – paradoxes and adjustments in clinical work Stud Health Technol Inform. 2006;122: 626–31.
28. Reason J. Understanding adverse event: the human factor. I red: Vincent C. Clinical risk management: Enhancing patient safety. BMJ Books. London. s. 9–30. 2001.
29. Yddal B, Fritzøe T, Liljebäck N, Holm J. EPJ og sykepleiedokumentasjon. Del-evaluering; Sandefjords kommunes fyrtårnprosjekt Kvalitet og effektivitet i pasientforløpet. Prosjektrapport HSI–407. 2007.
30. Gjevjon E, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19: 100–108. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
31. Alvsvåg H. Omsorgsfilosofi. I red: Tomey A & Alligood M. Sygepleieteoretikere. Munksgaard. København. 2011
32. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Tano. Oslo. 1993.
33. Bø B, Meling M. Pasientsikkerhet ved vaktskifte i sykepleietjenesten. I red: K. Aase. Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet. Universitetsforlaget. Oslo. s. 141–152. 2010.
34. Reason J. Human error. Cambridge University Press. New York. 2002.

# Kontinuitet krever tilrettelegging

> Studien viser at vekselpasienter kan være utsatt for risiko på grunn av mangelfull sykepleiedokumentasjon.



**Trine Myrvold Haugseth**

Fagansvarlig sykepleier i hjemmesykepleien, Hamar kommune, og prosjektmedarbeider i Utviklingssenter for hjemmetjenester, Hedmark.

Artikkelen konkluderer med at pleien til vekselpasienter har utfordringer innen overføring av opplysninger knyttet til dokumentasjonen av pasientenes grunnleggende behov og legemidler, både innen og mellom enhetene. Bidraget for å oppnå kontinuitet og redusere risiko vil ifølge artikkelen være økt kunnskap om, tilrettelegging for, og krav fra ledelsen om mer utfyllende sykepleiedokumentasjon. Utfordringen med dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten er kjent fra tidligere studier, og temaet er meget relevant for praksis.

Temaet i artikkelen har klinisk relevans; god sykepleiedokumentasjon har vært og er en utfordring i en travel praksishverdag. For å ivareta kontinuitet i praksis må det tilrettelegges for kontinuitet – den organisatoriske dimensjonen av kontinuitet. Eksempler på dette er organisering av tjenesten, kompetanse, stillingsstørrelser samt rutiner og retningslinjer for dokumentasjon av hele sykepleieprosessen og overføring av

informasjon mellom enheter. Innenfor denne dimensjonen har størrelsen på enhetene og pasientgrupper betydning. Min erfaring er, som det påpekes i artikkelen, at vekselopphold fungerer dårlig for de fleste personer med en demenssykdom. Jeg har god erfaring med at tjenesten er organisert i mindre grupper eller arbeidslag. Arbeidslagene er funksjonsinndelt: innenfor lindrende behandling, rehabilitering, somatikk og personer med demens. Arbeidslagmodellen finnes både på sykehjem og i hjemmetjenesten; og lagene har totalansvaret for pasientene, også overføring av pasienter. Vi har god erfaring med at arbeidslagene på sykehjem og i hjemmetjenesten har møter i forkant og i ettertid av et korttidsopphold. Ansvar for dokumentasjonen er lagt til arbeidslaget, hvor primærkontaktene har et spesielt ansvar. Denne organiseringen fører til at færre ansatte er hos pasientene (15–20 ansatte i hjemmesykepleien), noe som vil forenkle informasjonen mellom enhetene

ved vekselpasienter. Færre ansatte sikrer et nært forhold til pasienter og pårørende, en relasjon som vil forebygge kontinuitetsbrudd.

Et enhetlig dokumentasjonssystem mellom hjemmetjenesten og sykehjem forenkler dokumentasjonen. Dokumentasjon følger pasienten; det vil være medisinsliste, tiltaksplan og overføringsrapportene med klare mål for oppholdet. Tilbakemelding til og kommunikasjon med fastlege når det er endringer finnes også et sted, som en legemiddelliste. Informasjon fra sykehuset vil også inngå i det enhetlige dokumentasjonssystemet.

Primærkontaktens ansvar for dokumentasjonen og overføringsrapporten sikrer god kontinuitet slik at pasienten får dekket sine grunnleggende behov på en faglig begrunnet måte. Dette er en positiv vekselvirkning der sykehjemmet og hjemmesykepleien samarbeider for pasientens beste.

Les artikkelen på side 124





SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Krevende faglige utfordringer blant ansatte som arbeider i kommunale bofellesskap med personer med psykiske helseproblemer, var utgangspunktet for et samarbeid mellom DPS og kommunen om et toårig kompetanseutviklingsprosjekt.

**Hensikt:** Å undersøke hvorvidt bruk av kognitiv miljøterapi (KMT) som forståelsesramme i undervisning og veiledning av helsepersonell i et kommunalt bofellesskap for personer med psykisk helseproblemer, kan bidra til å utvikle og styrke tillit

til egen og gruppens kompetanse. Hvordan erfarer ansatte i et kommunalt bofellesskap systematisk undervisning og veiledning med kognitiv miljøterapi som forståelsesramme?

**Metode:** Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer over en toårsperiode. Det ble utført en tematisk innholdsanalyse.

**Resultater:** Deltakernes kompetanse i å håndtere utfordrende situasjoner er styrket ved prosjektets slutt sammenliknet med oppstart. KMT oppleves som en metode som

er tilgjengelig og anvendelig i samhandling med brukerne og bidro til faglig utvikling blant deltakerne. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er bedret i løpet av prosjektperioden.

**Konklusjon:** KMT synes å være en egnet tilnærming i bemannede bofellesskap for personer med psykiske helseproblemer i kommunen. Økt kompetanse og felles forståelse av terapeutiske tilnærminger har positiv betydning for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

ENGLISH SUMMARY

**Cognitive milieu therapy in community mental health care – experiences from a qualitative study**

**Background:** Professional challenges constituted the basis for a two-year collaborative project between a district psychiatric center and the mental health service in the local community.

**Objective:** To explore whether use of cognitive milieu therapy (CMT) as framework for understanding the supervision of mental health workers can develop and strengthen confidence in both their and the group's skills. How do employees in a muni-

cipal housing facilities experience systematic supervision with cognitive milieu therapy as a framework of understanding?

**Method:** The study involved three focus group interviews during a two-year period. The study also required a thematic content analysis.

**Results:** The participants experienced that their skills in handling challenging situations were strengthened through the project. CMT is perceived as a method that is available and useable in the interaction with users, and contributed to the professional

development of the participants. The participants experienced that the collaboration with specialist health care improved during the project period.

**Conclusion:** In working with people with mental health problems, it appears that the CMT is a suitable approach. Increased competence and common understanding has a positive impact on the collaboration between the local and the specialist health services.

**Keywords:** clinical supervision, cognitive milieu therapy, competence developing, mental health



# » Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap

Forfattere: **Mona Sommer**  
og **Grethe Eilertsen**

## NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Intervju
- Veiledning
- Terapi
- Psykisk helse

## INTRODUKSJON

Bakgrunnen for artikkelen er et kompetanseutviklingsprosjekt i kommunalt psykisk helsearbeid. Ansatte ved et bofellesskap for personer med alvorlig psykiske helseproblemer har deltatt i undervisning og veiledning med kognitiv miljøterapi (1) som teoretisk forståelsesramme. Enkelte av brukerne i bofellesskapet hadde hyppige innleggelse i døgnavdelingen ved distriktspsykiatrisk senter (DPS) og ved akuttavdeling på sentralsykehus. Komplekse problemstillinger rundt brukere utløste et behov blant de ansatte i bofellesskapet for å styrke egen kompetanse for å bli mer samkjørte og robuste i slike situasjoner.

Døgnavdelingen ved DPSet hadde over flere år benyttet kognitiv miljøterapi (KMT) som overbyggende behandlingsfilosofi. De faglige utfordringene og behovet for kompetanseheving i bofellesskapet, samt gode erfa-

ringer med KMT ved døgnavdelingen, var bakgrunnen for at DPSet og bofellesskapet planla et kompetanseutviklingsprosjekt med KMT som forståelsesramme. Fagpersoner ved DPSet hadde ansvaret for gjennomføringen av prosjektet.

Prosjektet gikk over to år, og med unntak av hospitering der ansatte i kommunen var ved DPSet, foregikk all aktivitet ved at ansatte i spesialisthelsetjenesten var til stede i bofellesskapet. Prosjektet startet med undervisning i KMT for de ansatte i bofellesskapet. I tillegg til at to veiledere fra DPS drev en veiledningsgruppe to timer per måned gjennom de to årene, var en av de to veilederne fra DPSet til stede i bofellesskapet under hele perioden (cirka 35 dager) for å utføre fortløpende veiledning i konkrete situasjoner. Veiledningsgruppen ble tilnærmet organisert som et reflekterende team, der veilederen intervjuer en av deltakerne i gruppen som har et tema å bringe frem, og resten av deltakerne bidrar med spørsmål og kommentarer (2). Den kognitive modellen ble anvendt i de faglige refleksjonene.

Opptrappingsplanen (OTP) for psykisk helse ble sluttført i 2008. Et sentralt siktemål med

planen var å styrke tjenestetilbudet i kommunene (3). Det ble blant annet bygget boliger for personer med psykiske helseproblemer og ansatt personell som skulle gi tilstrekkelig bistand. DPS ble bygget opp som aktive behandlingseenheter på lokalsykehusnivå. Utbyggingen ble gjort samtidig med nedbygging av de store institusjonene. Kommunene fikk ansvar for personer med alvorlige psykiske helseproblemer som tidligere var behandlet i institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Noen av disse personene har i perioder

### Hva tilfører artikkelen?

Studiens funn indikerer at kognitiv miljøterapi er egnet som tilnærming til pasienter med psykiske helseproblemer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

### Mer om forfatterne:

Mona Sommer er spesialsykepleier i psykisk helse med mastergrad i klinisk helsearbeid. Hun er ansatt som prosjektleder i Øvre Eiker kommune. Grethe Eilertsen er sykepleier og PhD. Hun er ansatt som førsteamanuensis Høgskolen i Buskerud. Kontakt: mona.sommer@ovre-eiker.kommune.no

mange innleggelse i døgnavdelinger, på DPS og sentralsykehus. De mottar tjenester fra tre tjenestenivåer; psykisk helsetjeneste i kommunen, DPS og sentralsykehus. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) slår fast at tjenestetilbudene fortsatt oppleves som lite helhetlige (4), noe som tilsier at å fokusere på samarbeid mellom tjenestenivåene er sentralt.

En av kjerneoppgavene for DPSene er å gi veiledning til kommunene for å bidra til kvalitetssikring av tjenestene (5). Klinisk veiledning innen psykisk helsearbeid er rapportert i kvalitative studier som avgjørende i

er at korrigerende og refortolkning skal endre brukers selvoppfatning og øke refleksjons- og mestringsfølelse (14).

Det er i løpet av de siste årene gjort noen erfaringer med bruk av KMT ved sengeposter i Norge (14,15), men dokumentasjonen er foreløpig begrenset. I Sverige og Danmark har KMT vært praktisert i flere år, hovedsakelig ved korttidsposter, dagavdelinger og eksterne behandlingssenheter der brukerne er over lengre perioder (14). I Sverige er KMT etablert som et ledd i å motvirke institusjonalisering, fordi man antar at KMT støtter brukeres autonomi og selvstendighet (16).

KMT som forståelsesramme i veiledning av helsepersonell i kommunalt bofellesskap, ville bidra til å utvikle og styrke tilfellen både til egen og gruppens kompetanse. Blant ansatte, både fra bofellesskapet og DPSen, var det også ønskelig å utvikle en enhetlig tilnærming overfor brukerne, enten de er på DPS eller i sin bolig i kommunen. I tråd med Kirkevold la vi til grunn at utvikling av personlig kompetanse både omhandler praktisk, teoretisk og etisk kunnskap samt intuisjon, refleksjon og erfaringer (19).

Parallelt med prosjektet ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer. Hensikten med dette var å undersøke hvorvidt bruk av kognitiv miljøterapi (KMT) som forståelsesramme, i undervisning og veiledning av helsepersonell i et kommunalt bofellesskap for personer med psykisk helseproblemer, kan bidra til å utvikle og styrke tilfellen til egen og gruppens kompetanse.

Studien hadde følgende forskningsspørsmål: 1) Hvordan beskriver helsearbeidere i bofellesskapet faglige utfordringer? 2) Hvordan opplever helsearbeidere i bofellesskapet kognitiv miljøterapi som forståelsesramme i undervisning, veiledning og i arbeidet med brukerne? 3) Hvordan opplever gruppen endringer knyttet til egen kompetanse i løpet av de to årene prosjektet pågår?

## METODE

### Datainsamling

Flerstegs fokusgruppeintervju ble valgt som dataskapingsmetode, der man gjennomfører en serie fokusgrupper over tid med de samme deltakerne (20,21). Metoden er særlig egnet når man vil få frem gruppeerfa-

” Personalet er mye mer samkjørte nå. Vi reflekterer over situasjoner og kan komme fram til enighet.

forhold til kompetanseutvikling blant personalet (6–8). Veiledning er sentralt i utviklingen av kunnskap og kompetanse, opplevelse av trygghet i ulike situasjoner i praksis og for personlig utvikling (9). Buus med flere fant at den mest anvendte veiledningsmetoden i gruppeveiledning er reflekterende team (10).

KMT bygger på kognitiv atferdsteori der hensikten er å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet (11,12). Den sentrale ideen i kognitiv terapi er at negative, automatiske tanker kan skape eller forsterke psykiske vansker (13). Den metodiske tilnærmingen er at bruker sammen med terapeut identifiserer og utfordrer negative, automatiske tanker og dysfunksjonelle underliggende antakelser for å finne alternative tolkninger. Målet i KMT

Fra Danmark rapporterer man at etablering av KMT har ført til bedre tverrfaglig samarbeid og mer helhetlig behandling (1). Videre beskriver man at det er utviklet et felles språk, bedre dokumentasjon av behandlingseffekt og klarere identitet i forhold til interne og eksterne samarbeidspartnere (1,14). En ny norsk rapport (17) beskriver miljøterapeuter ved en avdeling for behandling av brukere med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, som erfarte at KMT ble et handlingsredskap som bidro til å arbeide mer ressursorientert. En annen studie påpeker at en felles tilnærming og et felles språk oppleves som en styrke i behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske helseproblemer (18).

På bakgrunn av disse studiene og praksiserfaringene ønsket vi å undersøke om

ringer og når gruppens forståelse anses som viktigere enn hva den enkelte deltaker gir av informasjon. Data som følger av en gruppedynamikk anses som relevante og interessante for studiens hensikt. Fokusgruppeintervjuet ligger nært opptil samtaleintervjuet eller til en gruppediskusjon, men skiller seg fra disse, fordi metoden har en klar hensikt og ledes av en moderator som holder samtalen rundt et bestemt tema (20). Metoden er systematisk samtidig som den åpner for fleksibilitet. Fokusgruppeintervju er sirkulært i den forstand at et utsagn ofte utløser assosiasjoner og refleksjoner hos andre som igjen utløser nye reaksjoner hos den første. Samhandlingen utløser på den måten en gjensidig forsterkning (21).

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer i løpet av to år; det første ved oppstart av prosjektet, det andre etter ett år og det tredje ved prosjektets slutt. Intervjuene ble gjennomført med en semistrukturert intervjuguide utarbeidet på bakgrunn av litteratur og problemstilling. Intervjuguiden ble benyttet i alle tre intervjuene. Intervjuene ga rom for å forfølge og utdype temaer som ble avdekket i den fortløpende analysen mellom intervjuene og av temaer deltakerne brakte inn. Hvert intervju varte omtrent to timer. Samtalene ble tatt opp på lydband og skrevet ut ordrett.

### Utvalg

Rekrutteringen foregikk ved først å avklare studiens inklusjonskriterier i samarbeid med kommunen, og dernest avholde informasjonsmøte der de aktuelle deltakerne ble invitert til å delta. Inklusjonskriterier var: Fast ansatt i minst 50 prosent

stilling med minimumsutdanning i psykisk helsearbeid. Utvalget besto av fem sykepleiere og hjelpepleiere med videre-

få et helhetsinntrykk. Meningsbærende enheter i intervjueteksten ble ekstrahert, og enheter med beslektet innhold ble deretter ordnet i grupper og gitt represen-

## ” Vi som har vært på veiledning kjenner hverandre bedre.

utdanning i psykisk helsearbeid. I det siste intervjuet deltok fire av fem, da en hadde sluttet.

### Etiske hensyn

Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon før studien ble gjennomført. Deltakelse var frivillig, og det ble informert om at det var mulig å trekke seg underveis. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke. Deltakernes konfidensialitet er sikret ved at ingen opplysninger kan knyttes til person. Studien er godkjent av Personvernombudet.










### Analyse

Det ble foretatt en tematisk innholdsanalyse av intervjuene (24). Intervjuene ble innledningsvis lest gjennom flere ganger for å

tative kodenavn. Kodegrupper med fellestrekk ble så sammenkopledd til nye temaer (subtemaer). Den videre abstraheringen resulterte til sist i to hovedtemaer med tilhørende subtemaer. Temaene, som ble skapt induktivt, har til hensikt å beskrive fenomenene slik de framkommer i intervjuene (25).

For å identifisere mulige endringer i løpet av de to årene, ble intervju nummer to analysert i forhold til det første intervjuet og tilsvarende ble tredje intervju analysert i lys av de to foregående. Det ble lagt vekt på både å identifisere nye temaer som ble tatt opp og analysere endringer av tidligere temaer (illustrert i figur 1). De fortløpende analysene dannet også grunnlag for å

**FIGUR 1:** Viser endringer i deltakernes opplevelse av maktesløshet og egen kompetanse i løpet av de to årene (figurstørrelse angir hvor fremtredende opplevelsen er).

	Ved oppstart	Etter 1 år	Etter 2 år
Opplevelse av maktesløshet i forhold til bruker			
Opplevelse av maktesløshet i forhold til andre aktører			
Opplevelse av tillit til egen kompetanse			

utdypning og oppfølging av aktuelle temaer i det neste intervjuet.

## RESULTATER

Resultatene framstilles i to hovedtemaer; fra maktesløshet mot økt mestring og stimulerende refleksjon – flere synsvinkler.

### Mot økt mestring

I første intervju beskrev deltakerne at noen av brukerne utfordret dem på å stå samlet som gruppe. Konsekvensen var at de ofte opplevde uro og splittelse i personalgruppen. Halvveis i prosjektet var dette fortsatt et tema, men i siste intervju beskrev deltakerne at de opplevde gruppen mer samkjørt, slik en sa: «Personalet er mye mer samkjørte nå. Vi reflekterer over situasjoner og kan komme fram til enighet ...». En annen sa: «Vi som har vært på veiledning kjenner hverandre bedre. Vi er tryggere på hverandre». De opplevde gradvis mindre splittelse i personalgruppen.

Ved prosjektets oppstart var opplevelse av maktesløshet et framtrædende tema. Deltakerne følte seg maktesløse både innad i bofellesskapet og utad i forholdet til samarbeidsaktører. Innad handlet det særlig om en følelse

kompetanse var styrket og at de i større grad mestret utfordrende situasjoner.

En annen side av maktesløsheten var erfaringer i møte med representanter fra spesialisthelsetjenesten, inkludert DPSet. Deltakerne opplevde at deres meninger og vurderinger ikke ble anerkjent. Ved prosjektstart var det enighet om at terskelen for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten var høy. I det andre intervjuet var dette radikalt endret. Terskelen i forhold til å ta kontakt med DPSet var borte og de opplevde samarbeidet som langt bedre. Særlig hospiteringen på DPSet ble trukket frem som verdifullt og en viktig årsak til dette. En deltaker reflekterte på følgende måte: «Vi kjenner hverandre nå. Vi har felles plattform til brukeren som ofte kommer til dere herfra. Nå vet vi hvorfor dere gjør som dere gjør. Jeg tenker at det er flott å se ansiktene til de som jobber der ... For vi har tenkt sånn at der borte på sykehuset, der kan de alt. Da er det fint å høre fra dem at vi i bofellesskapet står i noe som er kjempetøft. Jeg hører at de har respekt for hva vi gjør her. Og det gjør noe med meg».

Etter to år ble samarbeidet mellom kommunen og spesia-

måte: «Han sa at det vi gjorde nå var kjempebra. Det var litt hyggelig. Det er sjelden du får sånn tilbakemelding».

Ved prosjektets oppstart meddelte en av deltakerne seg slik: «Jeg er nesten alltid usikker på om det jeg har gjort er bra og riktig. Jeg føler meg usikker på min egen kompetanse ... Vet ikke om mine vurderinger er riktige». Etter to år beskrev hver av deltakerne en personlig utvikling, fra faglig usikkerhet og liten tillit til egne vurderinger mot større trygghet og tillit til egen kompetanse. Dette ble illustrert gjennom en fortelling der en deltaker hadde fått vite at en bruker hadde det vanskelig. Hun visste at hun skulle inn i leiligheten og snakke med vedkommende. Hun sa: «Før var jeg alltid usikker på hva jeg skulle si. Nå går jeg inn og har mer tillit til meg selv, og da går samtalen mye lettere. Jeg kan faktisk gå ut etterpå og tenke at dette gikk veldig bra. Og sånn hadde jeg det i alle fall ikke for to år siden. Så jeg har utviklet meg. Jeg føler meg mye tryggere».

Deltakerne framholdt at gjennom deltakelse i veiledningsgruppen var særlig evnen til refleksjon stimulert og utviklet. Dette reduserte opplevelsen av omfanget av utfordrende situasjoner. En beskrev det slik: «Jeg tenker at vi nå tar opp og tenker rundt problematikken på en annen måte. Reflekterer. Vi kommer ikke frem til svaret med en gang, men går innom mange ting som kan være riktige». Gruppen opplevde også at tryggheten til hverandre hadde blitt styrket gjennom de to årene. Tryggheten i arbeidsfellesskapet var særlig avgjørende i forhold til å håndtere utfordrende situasjoner.

” Jeg føler meg usikker på min egen kompetanse ... Vet ikke om mine vurderinger er riktige.

av utilstrekkelighet i forhold til brukere med personlighetsproblematikk. En deltaker beskrev det slik: «Jeg føler meg tappet for energi. Det er utrolig tøft å stå i det». Følelsen av maktesløshet ble i det andre året betydelig redusert. Deltakerne opplevde at deres handlings-

listhelsetjenesten omtalt som ytterligere forbedret. Deltakerne opplevde at de i økt grad ble lyttet til og trukket inn i vurderinger og fikk anerkjennelse for sin kompetanse. En av deltakerne beskrev en samtale med en lege på akuttavdelingen på sentralsykehuset på følgende

### Stimulerende refleksjon

Ved prosjektets oppstart beskrev deltakerne brukernes tiltaksplaner som verktøy for felles tilnærming. Utover dette hadde gruppen ingen felles strategi. I det andre intervjuet var deltakerne opptatt av hvordan de kunne handle i vanskelige situasjoner. De beskrev en større bevissthet rundt betydningen av å snu negative tanker, og var engasjert i å finne alternative måter å forstå på sammen med brukerne: «Vi bruker mye tid på å snu på ting, finne mestringsstrategier sammen med brukerne ... Vi har fått mer forståelse av det vi gjør og hvorfor vi gjør det. Det har vært en kjempeprosess. Det kan være fryktelig vanskelig å snu tankemønstre, men vi er veldig bevisste på at vi prøver å hjelpe brukerne til å se ting fra en annen synsvinkel».

Etter to år var samtlige deltakere samstemte i at de benyttet kognitiv miljøterapi som felles tilnærming. Deltakerne formidlet i det siste intervjuet at de anså seg selv mer som veiledere enn eksperter i møte med brukerne. De benyttet KMT i samtaler med brukerne, og følte at de hadde fått et verktøy som fungerte. KMT ble beskrevet som anvendelig og relativt ukomplisert å tilegne seg, og gruppen ønsket å videreutvikle denne kompetansen for å kunne benytte metoden enda mer variert. Det ble lagt vekt på at et viktig utbytte av prosjektet var kunnskapen og ideen om å enes om en felles teori som forståelsesramme.

### DISKUSJON

Studien tydeliggjør sammenhengen mellom veiledning, økt kunnskap om og erfaring med KMT, opplevelse av mestring

og tillit til egen kompetanse, og bedre samarbeid med andre aktører. Studien understøtter dermed tidligere resultater om betydning av veiledning (6–9). Sentralt for den personlige og faglige utviklingen var også arbeidet med en felles teoretisk forståelsesramme i samarbeid

økt ansvar for tilrettelegging, behandling og oppfølging av sine brukere (26). Studien åpner også opp for en videre diskusjon mellom tjenestenivåene om det kan være hensiktsmessig med en felles forståelsesramme i behandling og oppfølging.

KMT er benyttet i Sverige og



Jeg føler meg mye tryggere.

med kollegaene, noe som også er dokumentert tidligere (18). Det er imidlertid vanskelig å avgjøre om det er opplæring i og bruk av KMT som metode, som alene utgjør grunnlaget for deltakeres positive erfaringer. Alle de ulike komponentene i prosjektet; systematisk undervisning, veiledning og hospitering, deltakelse i fokusgruppeintervjuene, oppmerksomhet og støtte i prosjektperioden, bedre innsikt i hverandres arbeidsfelt og KMT som forståelsesmodell, har antakeligvis både enkeltvis og samlet virket positivt inn på kompetanseutvikling og samarbeid. I lys av komponentene som inngår i personlig kompetanseutvikling (19), beskrev deltakerne behovet for videre utvikling og læring. Variasjonen i de ulike læringssituasjonene i prosjektperioden, for eksempel tett vekslning mellom forelesninger og veiledning i konkrete situasjoner, ser ut til å ha bidratt til dette.

Økt kompetanse og felles forståelsesramme gir grunnlag for bedre samarbeid mellom tjenestenivåene. Resultatene utfordrer både kommune og spesialisthelsetjeneste i det videre arbeidet med å sikre at fagpersoner har nødvendig kompetanse. Særlig er dette en utfordring til kommunene, som med samhandlingsreformen har

Danmark over flere år, og ser ut til å styrke brukernes autonomi, motvirke institusjonalisering og gi bedre samarbeid (14,16). Til tross for at den foreliggende studien har begrenset materiale og således må brukes med forsiktighet, peker resultatene i samme retning som erfaringene fra Sverige og Danmark, og styrker antakelsen om at KMT er egnet som tilnærming både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Et tankekors er at psykoterapiforskningen viser at det ikke er fagfolks metoder som er avgjørende for bedring (29). Fagpersoners tro på metoden og på sin egen evne til å hjelpe, er derimot viktige faktorer for virksom behandling (29). Sett i lys av studien, handler kanskje dette mer om fagpersoners tillit til egen kompetanse, enn om hvilken metode som er benyttet. Det framkommer at KMT er tilgjengelig og anvendelig, og deltakerne mener at de har fått et verktøy de kan bruke og som har styrket deres kompetanse. Dette er også i tråd med et annet norsk prosjekt (17). Deltakerne ser i større grad på seg selv som veiledere og støttepersoner, i motsetning til tidligere hvor de mer inntok en ekspertrolle. Bedringsforskningen viser nettopp at fagpersoner best kan bidra som dialogpartnere og støttespillere (27, 28),

og at praksiser som ivaretar brukernes autonomi er til god hjelp (27).

Resultatene fra denne studien kan stå i noe motsetning til Stortingsmelding 25 som framhever at brukerne skal møtes med et utvalg av metoder som kan tilpasses den enkelte (30). Forfatterne vil understreke betydningen av individuelt tilpassete behandlingstilbud. Slik vi ser det er KMT ett av mange mulige behandlingstilbud.

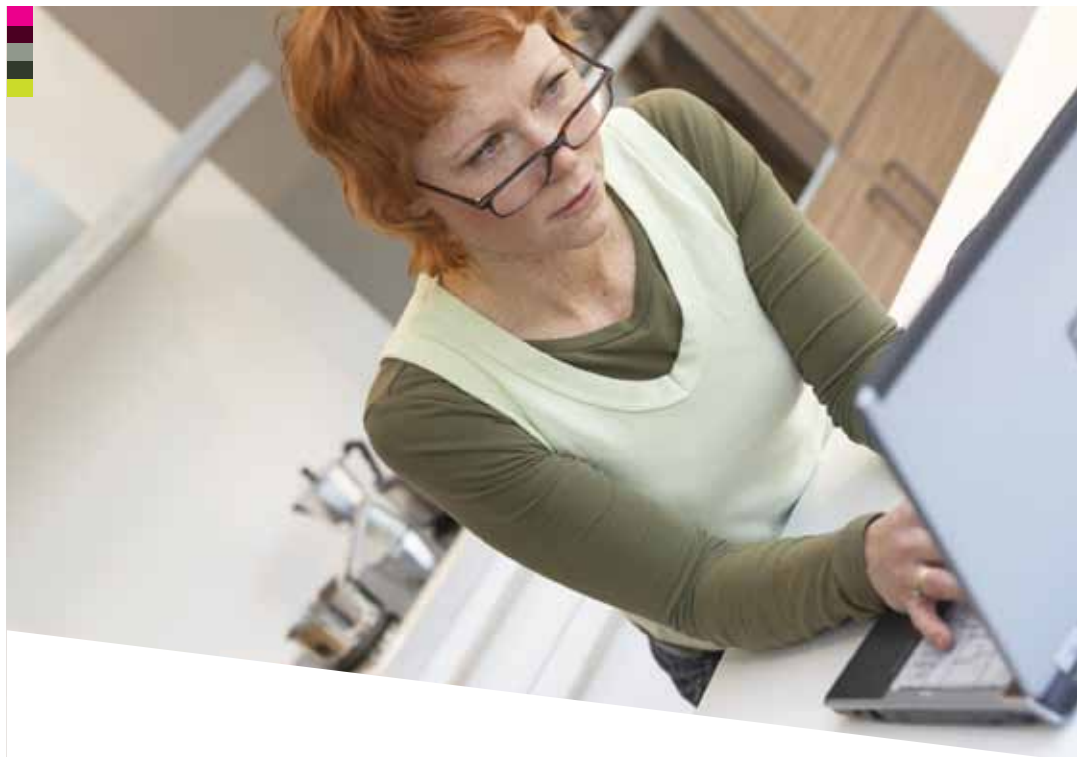
## KONKLUSJON

Resultatene viser at veiledning over to år, med KMT som forståelsesramme, bidro til faglig utvikling og styrket deltakerens tillit til egen kompetanse, i forhold til faglig utfordrende situasjoner og samhandling med andre aktører. KMT synes å være egnet tilnærming i bemannede bofellesskap for personer med psykiske helseproblemer i kommunen, sett fra helsearbeidernes ståsted. Felles forstå-

else og felles språk har positiv betydning for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studien avdekker behov for videre forskning på veiledning i det psykiske helsefeltet. Det er fortsatt aktuelt å utforske om det er hensiktsmessig å benytte en felles tilnærming eller metode ved DPSer og i kommunale bofellesskap, både i forhold til kompetanseheving, samhandling og sammenhengende tjenester.

## REFERANSER

1. Oestrich, I, Holm, L. (red). Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbejde. København: Psykologisk Forlag. 2001.
2. Andersen, T. Reflekterende Prosesser. Samtaler om samtalene. København: Dansk psykologisk Forlag. 1994.
3. Sosial- og helsedepartementet. Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. St prp. nr. 63 (1997-98). 1998.
4. Norges forskningsråd. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Oslo. 2009.
5. Sosial- og Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for voksne. Distriktspsykiatriske sentre. – Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder IS-1388. 2006.
6. Berg, A, Hallberg, IS. The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on general team psychiatric ward. The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing. 2000; 9 (3): 110-27.
7. Edwards, D, Cooper, L, Burnard, P, Hanningan, B, Adams, J, Fothergill, A, Coyle, D. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2005; 12: 405-14.
8. Olofsson, B. Opening up: Psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2005; 8: 205-11.
9. Arvidsson, B, Löfgren, H, Fridlund, B. Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. Journal of Nursing Management. 2001; 9:161-71.
10. Buus, N, Angel, S, Traynor, M, Gonge, H. Psychiatric hospital nursing staff's experiences of participating in group-based clinical supervision: A interview study. Mental Health Nursing. 2010; 31: 654-61.
11. Berge, T, Repå, P. Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2004.
12. Simonsen, IE. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2007; 11: 1340-9.
13. Beck, JS. Cognitive therapy. Basics and beyond. New York: Guilford Press. 1995.
14. Fredheim, KN. Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2009; 46: 161-7.
15. Løvaas, EØ, Johansen, A. Kognitiv miljøterapi ved seksjon allmennpsykiatri og seksjon psykoser, Sykehuset Levanger. Tidsskrift for kognitiv terapi. 2011; 3: 33-40.
16. Perris, C. Kognitiv psykoterapi vid schizofrena störningar. Stockholm: Pilgrim Press. 1991.
17. Borge, L, Sverdrup, S, Fyrand, L, Angell, OH. Tverrfaglig enhet for dobbelt diagnose (TEDD): En behandlingsmodell til etterfølgelse og læring? Rapport; 7/2012, Diakonhjemmet Høgskole. 2012.
18. Thompson, AR, Donnison, J, Warnock-Pakes, E, Turpin, G, Turner, J, Kerr, IB. Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. International Journal of Mental Health Nursing. 2008; 17: 131-137.
19. Kirkevoold, M. Vitenskap for praksis? Oslo: Ad notam Gyldendal. 1996.
20. Hummelvoll, JK. The multistage focus group interview: A relevant fruitful method in action research based on co-operative inquiry perspective. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning. 2008; 1: 3-15.
21. Lerdal, A, Karlsson, B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien forskning. 2008; 3: 172-175.
22. Halkier, B. Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2010.
23. Krueger, RA, Casey, MA. Focus groups: A practical guide for applied research. Los Angeles Calif.: Sage. 2000.
24. Granheim, UH, Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24: 105-12.
25. Elo, S, Kyngäs, H. The Qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 2008; 62 (1): 107-115.
26. Sosial- og helsedepartementet. Samhandlingsreformen. Rett handling-på rett sted- til rett tid. St. mld. nr. 47 (2008-2009). 2008-2009.
27. Borg, M. The process of recovery in everyday life: The experiences of persons with serious mental illness. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2009; 46: 452-9.
28. Davidson, L. Living outside mental illness. Qualitative studies of recovering schizophrenia. New York (NY): New York University Pres. 2003.
29. Wampold, B. The great therapy debate: models, method and findings. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates. 2001.
30. Sosial- og helsedepartementet. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. St. mld. nr. 25 (1996-97). 1996-1997.



## Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

Vi publiserer nyttestoff som hjelper deg å komme i gang. Sjekk skrivetipsene under nyttestoff på nettsiden til Sykepleien forskning. Her finner du informasjon om hvordan en vitenskapelig artikkel er bygget opp og hva de enkelte delene bør inneholde.

Eksempler på tema:

- Tittel og nøkkelord
- Innledningen
- Resultatkapitlet
- Sammendraget
- Metodekapitlet
- Diskusjonskapitlet



Illustrasjonsfoto: Colourbox

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Ved innføring av Kvalitetsreformen ble vitenskapsteori tydeligere vektlagt i sykepleierutdanningen. I 2009 ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant avgangsstudentene i en sykepleierutdanning angående relevansen av vitenskapsteori. Undersøkelsen ble videreført for de samme respondentene etter to års yrkeserfaring.

**Hensikt:** Hensikten med undersøkelsen var å avdekke 1) eventuelle endringer i vurdering av relevansen av vitenskapsteori etter to års yrkeser-

faring som sykepleiere, 2) hvordan yrkesfelt, eventuell videreutdanning og deltakelse i fagutvikling påvirker vurderingene, 3) i hvilken grad respondentene anvender forskning.

**Metode:** Nettbasert spørreskjemaundersøkelse med påstander, operasjonalisert ved Likert skala, og bakgrunnsvariabler. Det er utført deskriptiv analyse og korrelasjonsanalyse.

**Resultater:** Samlet sett er det liten endring i vurdering av relevansen av

vitenskapsteori etter to års yrkeserfaring. Sykepleiere som deltar i fagutvikling skårer imidlertid høyere på de fleste påstandene, og anvender i høyere grad forskning.

**Konklusjon:** Den forståelsen som er etablert gjennom sykepleierutdanningen når det gjelder relevansen av vitenskapsteori i sykepleiefaget, endres i liten grad gjennom to års yrkeserfaring. Det kan se ut for at sykepleiere som deltar i fagutvikling, i større grad verdsetter vitenskapsteori i yrkesutøvelse.

## ENGLISH SUMMARY

### Nurses' evaluation of the relevance of science theory after two years of professional practice

**Background:** The Quality Reform led to greater emphasis on the theory of science in nursing education. In 2009 a survey related to the relevance of theory of science was conducted among the graduating class of a nursing program. The survey was repeated among the same respondents after two years of professional practice.

**Objective:** To uncover possible changes in the evaluation of the relevance of theory of science after

two years of professional practice. The study also examined how field of work, possible further education and participation in professional development influences the evaluation. Finally, it explored to what degree the respondents use research.

**Method:** A web-based questionnaire with statements operationalized in the Likert scale with background variables. A descriptive distribution analysis and a correlation analysis were carried out.

**Results:** There is little overall change in the evaluation of the

relevance of theory of science after two years of professional practice. Nurses who participate in professional development, however, have higher score for most of the statements and use research to a greater degree.

**Conclusion:** The comprehension that is established during nursing education due to the relevance of theory of science changes little during two years' nursing practice. It appears that nurses who participate in professional development have a greater appreciation of the relevance of theory of science in professional practice.



## ETTER KVALITETSREFORMEN:

# >> Sykepleieres vurdering av relevansen av vitenskapsteori etter to års yrkespraksis

Forfatter: Karen Louise Pedersen

### NØKKELORD

- Sykepleierutdanning
- Vitenskap
- Spørreskjema

### INTRODUKSJON

Artikkelen formidler resultatene av en spørreskjemaundersøkelse gjennomført i 2011 hvor sykepleiere, som er utdannet i tråd med Kvalitetsreformen og med to års yrkeserfaring, vurderer relevansen av vitenskapsteori i yrkesutøvelsen.

Ved Kvalitetsreformen (1) ble vitenskapsteori tydeligere framhevet som et metaperspektiv på sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag og kunnskapsformer. Dette for at studentene skal kunne vurdere sin praksis kritisk og analytisk samt bidra til en utviklings- og forskningsbasert praksis. På den ene siden handler det om å verdsette sykepleiefagets tradisjon, teori- og verdigrunnlag. På den andre siden handler det om å kunne stille spørsmål ved det bestående og bidra til kvalitetssikring, fagutvikling og

å anvende forskningsresultater. Vitenskapsteori inngår også i fellesdelen i rammeplanene for alle helse- og sosialfagene på bachelornivå. Hensikten er å styrke fagformidling og tverrfaglig samarbeid ved et felles språk og verdigrunnlag (2). Det å styrke tverrfaglig samarbeid er nå aktualisert gjennom Samhandlingsreformen (3).

Ifølge Rammeplanen for sykepleierutdanningen, sist revidert 2008 (2, punkt 3) skal innsikt i vitenskapsteori bidra til å forstå forutsetningen for ulike syn på kunnskap. Dette fordi vår kultur, og dermed også sykepleiefaget, tradisjonelt sett er preget av ulike syn på hva som kjennetegner «sannest mulig» kunnskap. Vi har naturvitenskapen, som avdekker kunnskap ved å forklare diagnose, behandling og forebygging av sykdom ved årsakssammenhenger. Vi har humanvitenskapen som søker å forstå og å avdekke mening, eksempelvis om hvordan sykdom og lidelse kan erfares. Videre har vi samfunnsvitenskapen som belyser fagets kontekst og kan sies å innta en mellomposisjon. Innsikt i vitenskapsteori skal også

bidra til å verdsette erfaringsbasert kunnskap som intuisjon og kroppslig kunnskap, relasjonell og etisk kunnskap. I dette landskapet kan en ensidig forståelse av hva som erkjennes som gyldig kunnskap, mer eller mindre bevisst, prege tenkning, holdning og handling i møte med helse, sykdom og lidelse. Det vil si at syn på kunnskap og hva vi erkjenner om virkeligheten kan ha konsekvenser for synet på mennesket (2).

Det å aktualisere vitenskapsteorien for studentene innebærer imidlertid didaktiske utfordringer. Studentene må kunne løfte sine erfaringer til et mer abstrakt nivå og tilegne seg et

#### Hva tilfører artikkelen?

Studiens hovedfunn er at sykepleiere som deltar i fagutvikling, i større grad enn sykepleiere som ikke deltar, opplever vitenskapsteori i yrkesutøvelsen som relevant.

#### Mer om forfatteren:

Karen Louise Pedersen er førstelektor ved Haraldsplass diakonale høyskole. Kontakt: karen.pedersen@haraldsplass.no.

fremmedartet begrepsapparat. Vi har tidligere beskrevet hvordan vi, med utgangspunkt i Rammeplanen, aktualiserer og implementerer vitenskapsteori i Fagplanen for Bachelor i Sykepleie (Bis) ved Haraldsplass diakonale høyskole (HDH) (4). Kort skissert er det som følger: Vitenskapsteorien knyttes først opp til hverdags erfaringer, og

i utdanningen. Omkring tre av fire sa seg enige i at vitenskapsteori var relevant for å vurdere og implementere forskningsresultater. Det samme gjaldt for å verdsette alle kunnskapsformer i sykepleiefaget. Derimot var kun en av to enige i at vitenskapsteori var relevant for mer pasientnær sykepleie. Det gjaldt for beslutninger og behandlings-

Studier viser høyere grad av KT blant sykepleiere som har akademisk grad før de starter på sykepleierutdanning (14,15).

En rekke studier framhever betydningen av å oppsøke og å anvende forskning som grunnlag for kvalitetssikret praksis og for fagutvikling. Det gjelder hvordan kursing av sykepleierstudenter og sykepleiere endrer deltakernes holdning til og ferdigheter i informasjonskompetanse (16,17) og fagsykepleierens rolle som pådrivere og støttespillere for å implementere forskning. I den sammenheng gjelder også nødvendigheten av gode rammer og vilkår på organisasjonsnivå og grundig øvelse i å oppsøke og å lese publiserte forskningsresultater (18-19). Eizenberg finner at sykepleiere med universitetsgrad i større grad oppsøker og anvender forskning, mens Forsman et al. finner at sykepleiere med to års yrkeserfaring i liten grad oppsøker og anvender forskningsresultater (19,20).

På bakgrunn av våre funn i spørreskjemaundersøkelsen, var hensikten med ny spørreskjemaundersøkelse i 2011 å få innsikt i hvordan de samme respondentene vurderer relevansen av vitenskapsteori etter å ha fått yrkeserfaring. Som bakgrunnsvariabler spurte vi om yrkesfelt, om ledelsen la til rette for fagutvikling, egen deltakelse i fagutvikling, om anvendelse av forskningsresultater og om eventuell videreutdanning.

Vår hovedproblemstilling var: Hvordan vurderer sykepleiere med to års yrkeserfaring relevansen av vitenskapsteori i yrkesutøvelsen? Tilleggsproblemstilling var: Hvilken sammenheng er det mellom sykepleierens vurdering av relevansen av vitenskapsteori og

## ” Studentene må kunne løfte sine erfaringer til et mer abstrakt nivå.

deretter til helsefaglige situasjoner og til teorigrunnlaget i faget. Vitenskapsteorien videreføres også som et perspektiv på metodeleære for å kunne vurdere og implementere forskningsresultater. I bacheloroppgaven samles trådene ved at metodisk tilnærming og teorigrunnlaget, erfaringsbasert kunnskap og forskningsresultater skal vurderes i et vitenskapsteoretisk perspektiv. I praksisstudiene stilles det eksplisitte krav til å anvende forskningsresultater, mens vitenskapsteorien mer implisitt inngår i krav om å utvise en kritisk-analytisk vurderingsevne og kritisk refleksjon over handling. Studier beskriver en pedagogisk tilrettelegging for å aktualisere vitenskapsteorien i sykepleierutdanningen som i store trekk er i tråd med programmet skissert her (5,6).

For å evaluere vårt undervisningsprogram, gjennomførte vi i 2009 en spørreskjemaundersøkelse blant avgangskullet i Bis ved HDH (7). Svarprosent var på 93. Her fant vi at ni av ti var enige i at vitenskapsteori er relevant for å anvende sykepleieteorier i bacheloroppgaven, og at åtte av ti var enige i at vitenskapsteori var relevant for skriftlige arbeider underveis

rettete tiltak, for det å sette seg inn i hvordan pasienten kan oppleve sin situasjon og for det å se nytten av sykepleieteori i praksisstudiene.

Utenom egne studier (4,7) har vi ikke funnet publikasjoner som fokuserer på studenters eller sykepleieres vurdering av relevansen av vitenskapsteori i sykepleiefaget. Vi søkte i aktuelle referansedatabaser med kombinasjon av følgende termer: Bachelor in Nursing or nursing, Theory of science or Knowledge, Relevance, Clinical Competence or Professional Competence, Tacit knowledge or Practical knowledge, Critical thinking or Academic Ability, Attitude Measures, Outcomes of Education.

Studier (8-11) viser imidlertid at studenter og nyutdannede sykepleiere i liten grad verdsetter vitenskapsteori, sykepleieteorier og etisk teori. Dette kunnskapsgrunnlaget inngår i forutsetningen for Kritisk Tenkning (KT). KT innebærer evne til abstrakt tenkning, og til analytiske og kritiske vurderinger. KT omfatter videre et spenn fra evne til undring, kreativitet, fleksibilitet, integritet og intuisjon til å etterspørre og å anvende forskning (12,13).

yrkesfelt, ledelsens tilrettelegging, egen deltakelse i fagutvikling, eventuelt videreutdanning og det å anvende forskningsresultater?

## METODE

Prosjektet er meldt til Personvernombudet ved NSD og data-samlingsprosedyren er klarert med dem. Utvalget er hentet ut fra personregisteret over de 59 avgangsstudentene som deltok i spørreskjemaundersøkelsen i 2009. Invitasjon til deltakelse ble sendt via e-postadresser, med link til den nettbaserte spørreundersøkelsen «SurveyMonkey». Spørreskjemaet består av i alt femten påstander, hvorav elleve er gradert ved Likert skala fra 1 (ikke enig) til 5 (helt enig), i tillegg en rubrikk 6 (vet ikke), samt fire bakgrunnsvariabler. Seks av de

elleve påstandene, gradert ved Likert skala, er de samme som i spørreundersøkelsen fra 2009 angående relevansen i klinisk praksis. Det gjaldt relevansen av vitenskapsteori relatert til; beslutninger og behandlingsrettede tiltak, det å sette seg inn i hvordan pasienten kan oppleve sin situasjon, det å verdsette ulike kunnskapsformer og det å se relevansen for sykepleieteorier, samt til det å vurdere forskningsresultater.

Det ble tatt inn fem nye påstander i undersøkelsen i 2011. Fire, også disse gradert ved Likert skala, gjaldt vitenskapsteoriens betydning for å forstå hvordan kontekst og språk påvirker utøvelse av sykepleiefaget (påstanden var utdypet), for fagformidling, for kritisk refleksjon og for refleksjon over eget menneskesyn. I

tillegg var det en påstand om at respondenten anvendte forskningsresultater med svaralternativer ja/nei.

Ved de fire bakgrunnsvariablene spurte vi om yrkesfelt med alternativer somatisk sykehus, psykiatrisk institusjon, hjemmesykepleie, sykehjem og «annet/flere steder» (med mulighet for å utdype). Vi spurte om ledelsen på arbeidsstedet oppfordrer til fagutvikling, med svaralternativ ja/nei/vet ikke. Dessuten spurte vi om deltakelse i fagutvikling og om eventuell videreutdanning, begge med alternativer ja/nei.

Spørreskjemaet ble pilottestet våren 2011 blant 15 sykepleiere, utdannet etter Kvalitetsreformen, ansatt ved somatiske sykehus og i sykehjem. 43 respondenter svarte på undersøkelsen, en svarprosent

**TABELL 1:** Vurdering av relevansen av vitenskapsteori ved avslutningen av sykepleierutdanningen i 2009 og etter to års yrkespraksis i 2011, operasjonalisert ved de samme seks påstandene. Delvis- og helt enig er slått sammen til «enighet».

Kunnskap i vitenskapsteori ...	Avgangskullet 2009 (N = 59)			Etter to års yrkeserfaring i 2011 (N = 43)		
	Enighet i %	Gjennomsnittsskår	SD	Enighet i %	Gjennomsnittsskår	SD
Sp. 1: ... er viktig for å kunne ta gode beslutninger i klinisk praksis	47	3,4	1,20	44	3,2	1,17
Sp. 2: ... er viktig for å utføre behandlingsrettede tiltak tilpasset pasientens situasjon	48	3,4	1,21	48	3,2	1,28
Sp. 3: ... er viktig for å sette seg inn i hvordan pasienten kan oppleve sin situasjon.	53	3,4	1,29	63	3,6	1,05
Sp. 4: ... bidrar til at jeg verdsetter ulike kunnskapsformer i sykepleiefaget (påstanden var utdypet)	75	4,0	0,89	74	4,0	0,95
Sp. 7: ... bidrar til å se relevansen av sykepleieteorier i klinisk praksis	53	3,4	1,10	66	3,9	1,28
Sp. 10: ... bidrar til at jeg kan vurdere relevansen av forskningsresultater i praksis	82	4,3	0,83	78	4,3	1,01

**TABELL 2:** Prosentvis enighet og gjennomsnittsskårer for de nye påstander i 2011:

Vurdering av relevansen av vitenskapsteori for refleksjon, kontekst/språk og fagformidling samt om respondentene anvender forskningsresultater. Delvis- og helt enig er slått sammen til «enighet».

Kunnskap i vitenskapsteori ...	Enighet i %	Gjennomsnittsskår	SD
Sp. 5: ... gjør meg bevisst på hvordan kontekst og språk påvirker utøvelse av sykepleie	66	3,9	1,17
Sp. 6: ... bidrar til at jeg kan formidle hva sykepleiefaget innebærer til andre helsefaggrupper	55	3,6	1,26
Sp. 8: ... gir meg hjelp til å reflektere kritisk i utøvelsen av faget	60	3,5	1,28
Sp. 9: ... utfordrer meg til å reflektere over mitt menneskesyn i møte med pasienter	64	3,7	1,29
Sp. 11: Jeg anvender forskningsresultater i arbeidssammenheng	60	3,7	1,32

på 73. Analysen ble utført med statistikkprogrammet SPSS versjon 18. Det er gjort en deskriptiv beskrivelse av resultatene. I tillegg er det utført kjiqvadrat-tester på grad av enighet og korrelasjonsanalyse på skårene.

**RESULTATER**

Vi ser først på resultatene for påstandene i 2009 som er gjentatt i 2011 (tabell 1) og så på resultatene for de fem nye

beslutninger (spørsmål 1) og for behandlingsrettede tiltak (spørsmål 2). Det er en svak økning i skårene for det å sette seg inn i hvordan pasienten kan oppleve sin situasjon (spørsmål 3), og en sterkere økning for relevansen av sykepleieteorier (spørsmål 7). Vi ser videre på resultatene av de nye påstandene i 2011 (tabell 2) som angår relevansen av vitenskapsteori for refleksjon, for forståelse av kontekst/språk

” Den forståelsen som er etablert gjennom utdanningen, endres lite gjennom to års yrkeserfaring.

påstandene i 2011 (tabell 2). Deretter viser vi en sammenlikning av skårene mellom respondenter som deltar i fagutvikling og respondenter som ikke deltar (tabell 3).

Av tabell 1 ser vi at det er liten endring i vurderingene fra 2009 til 2011. Det er en svak nedgang i gjennomsnittsskårer for

og for fagformidling, samt om respondentene anvender forskningsresultater.

Sammenlikner vi tabell 1 og 2, ser vi at skårene for alle påstandene i tabell 2 ligger over de to påstandene som skårer lavest i tabell 1 (angående beslutninger og behandlingsrettede tiltak). Prosentvis enighet varierer fra

55 for fagformidling (spørsmål 6) til 66 angående hvordan kontekst og språk påvirker yrkesutøvelse (spørsmål 5).

Av respondentene var atten fra somatisk sykehus, ni fra hjemmesykepleie og seksten fra «annet/fleere steder». I «annet/fleere steder» inngår to respondenter med erfaring kun fra psykiatrisk institusjon og en med erfaring kun fra sykehjem. Respondentene fra «annet/fleere steder» skårer gjennomgående lavere enn respondentene fra somatisk sykehus og hjemmesykepleien, som for de fleste påstander skårer likt. Forskjellene er ikke signifikante.

Videre svarer 28 av totalt 43 respondenter ja til at ledelsen legger til rette for fagutvikling. Her er det liten forskjell mellom de tre yrkesfeltene. 23 respondenter angir å delta i fagutvikling. Disse fordeler seg på 20 der ledelsen legger til rette for fagutvikling, og tre der ledelsen ikke legger til rette for fagutvikling. For tre av påstandene gjengitt i tabell 1 og 2, er det liten forskjell i skårene mellom de som deltar i fagutvikling og ikke. Dette gjelder relevansen for å verdsette ulike kunnskapsformer (spørsmål 4), for kontekst og språk (spørsmål 5), for sykepleieteorier (spørsmål 7). For de resterende åtte påstandene er det noe forskjell i skårene, hvorav to er signifikante. Disse åtte vises i tabell 3.

Vi ser av tabell 3 at respondentene som deltar i fagutvikling, skårer 12 prosentpoeng lavere på spørsmål 10, angående relevansen for å vurdere forskningsresultater. De resterende sju påstandene har høyere skår. Her varierer forskjellene for enighet, fra 36 prosentpoeng for relevansen for fagformidling (spørsmål 6), via spørsmål 11, angående det å anvende forskningsresultater, som skårer 20 prosentpoeng høy-

**TABELL 3:** Sammenlikning av påstander hvor deltakelse i fagutvikling har innvirkning på skårene. Delvis- og helt enig er slått sammen til «enighet».

Påstander	14. Jeg deltar i fagutviklingsarbeid			P-verdier (Kjikkvadrat)	P-verdier (korrelasjon)
	«Ja» %-vis enighet (N)	«Nei» %-vis enighet (N)	Diff		
Sp. 1: ... er viktig for å kunne ta gode beslutninger i klinisk praksis	52 (12)	35 (7)	17 (5)	0.366	0.532
Sp. 2: ... er viktig for å utføre behandlingsrettede tiltak tilpasset pasientens situasjon	59 (13)	35 (7)	24 (6)	0.295	0.175
Sp. 3: ... er viktig for å sette seg inn i hvordan pasienten kan oppleve sin situasjon	74 (17)	50 (10)	24 (7)	0.173	0.065
Sp. 6: ... bidrar til at jeg kan formidle hva sykepleiefaget innebærer til andre helsefaggrupper	73 (16)	37 (7)	36 (19)	0.019	0.168
Sp. 8: ... gir meg hjelp til å reflektere kritisk i utøvelsen av faget	65 (15)	53 (10)	12 (5)	0.343	0.792
Sp. 9: ... utfordrer meg til å reflektere over mitt menneskesyn i møte med pasienter	74 (17)	53 (10)	21 (7)	0.351	0.226
Sp. 10: ... bidrar til at jeg kan vurdere relevansen av forskningsresultater i praksis	73 (16)	85 (17)	12 (1)	0,353	0.207
Sp. 11: Jeg anvender forskningsresultater i arbeidssammenheng	70 (16)	50 (9)	20 (7)	0.021	0.039

ere, til 12 prosentpoeng høyere enighet for spørsmål 8; relevansen for kritisk refleksjon i fagutøvelse. Forskjellene er imidlertid kun signifikante for spørsmål 6 og spørsmål 11.

Elleve respondenter, cirka 25 prosent, angir at de har gjennomført eller er underveis i universitetsstudier eller videreutdanning som har relevans for sykepleiefaget. Her er det liten forskjell mellom skårene med unntak av relevansen for å anvende sykepleieteorier (spørsmål 7) som skårer 19 prosentpoeng høyere i enighet. Dette innebærer ni av 11 mot 20 av 32 uten videreutdanning. Forskjellen er ikke signifikant (Kji-kvadrattest med

p-verdi 0,271).

#### OPPSUMMERING

Det er samlet sett liten endring i skårene for de samme påstandene som avgangsstudent i 2009 og etter to års yrkeserfaring i 2011. Det er heller ingen endring i rangeringen av skårene. Relevansen av vitenskapsteori for beslutninger og behandlingsrettede tiltak skårer fortsatt lavest. Relevansen for det å verdsette ulike kunnskapsformer og for å vurdere forskningsresultater skårer fortsatt høyest. Skårene for enighet for de nye påstandene i 2011, som angår relevansen for refleksjon, kontekst og språk, fagformidling og for det

å anvende forskning, plasserer seg over de to laveste i 2009. Sju av elleve påstander skårer høyere ved deltakelse i fagutvikling, mens én skårer lavere. Kun to av korrelasjonene er signifikante. Erfaring fra ulike yrkesfelt har noe innvirkning på skårene, mens videreutdanning med ett unntak har liten innvirkning. Ingen av disse korrelasjonene er signifikante.

#### DISKUSJON Metodekritikk

Representativiteten er begrenset ved at respondentene er utdannet ved samme høyskole, og at de utgjør ett studentkull. Høyskolens fagplan og kultur

påvirker resultatene. Små forskjeller mellom gruppene og liten utvalgsstørrelse gjør at det er vanskelig å påvise eventuelle forskjeller med korrelasjonstestene. Dette vanskeliggjør sammenlikning av funn i forhold til bakgrunnsvariablene. Det er kun signifikant korrelasjon mellom gruppene for spørsmål 11, anvendelse av forskning (tabell 3).

Påstandene er utformet i tråd med det Rammepåstandene angir at vitenskapsteorien skal bidra til. Vi vet ikke hvordan påstandene

utgangspunkt i resultatene framsett i tabell 1.

I spørreskjemaundersøkelsen i 2009, nevnt over, anga ni av ti enighet i relevansen av vitenskapsteori for å anvende sykepleieteori i bacheloroppgaven, mens kun en av to anga enighet i relevansen for klinisk praksis (7). Av tabell 1, ser vi at det er flere som angir enighet i relevansen for sykepleieteori i klinisk praksis (spørsmål 7) i 2011 enn i 2009. Det kan bety at det respondentene oppdaget ved skri-

tilsi at disse kan erfare at vitenskapsteorien hjelper dem til å språkliggjøre faget.

Videre ser vi av tabell 3 signifikant korrelasjon mellom deltakelse i fagutvikling og det å anvende forskningsresultater (spørsmål 11). Derimot angir sykepleiere som deltar i fagutvikling, lavere enighet når det gjelder relevansen av vitenskapsteori for å vurdere forskningsresultater (spørsmål 10). Dette forholdet er vanskelig å tolke. Det kan være at sykepleiere som i høyere grad anvender forskning, gjør dette mer vanemessig med mindre fokus på det metodiske grunnlaget. Sykepleiere som i høyere grad anvender forskning, kan kanskje også være mer resultatorienterte og mindre opptatt av metoden.

Resultatene tilsier ikke umiddelbart at det å delta i fagutvikling er årsaken til at disse respondentene i større grad verdsetter vitenskapsteori i yrkesutøvelse. Det kan være at generell akademisk/teoretisk interesse bidrar til økt deltakelse i fagutvikling. Akademisk interesse kan også føre til at sykepleiere tar videreutdanning eller universitetsstudier. Med unntak av at sykepleiere med videreutdanning anga høyere enighet i relevansen for sykepleieteori (ikke signifikante), fant vi liten forskjell i skårene mellom sykepleiere med og uten videreutdanning. Derimot kan det være at sykepleiere med genuin interesse for sykepleiefaget søker seg til yrkesfelt hvor ledelsen legger til rette for fagutvikling, samtidig som et positivt læringsmiljø har betydning for økt interesse for fagutvikling (21,22). Vi kjenner ikke til forskjeller innad i yrkesfeltene, og finner ikke nevneverdige forskjeller mellom yrkesfeltene når det gjelder ledelsens tilrettelegging

## ” Det kan være at generell akademisk/teoretisk interesse bidrar til økt deltakelse i fagutvikling.

blir forstått. Reliabilitet og validiteten kan imidlertid vurderes ved å sammenlikne resultatene fra 2009 og 2011. Da instrumentet ble pilottestet, blant sykepleiere utdannet ved ulike høyskoler, var dessuten skårene og spesielt rangeringen av skårene noenlunde tilsvarende resultatene i undersøkelsen. Til tross for undersøkelsens metodiske svakheter mener vi at resultatene kan være interessante og relevante for sykepleiere i Norge utdannet etter Kvalitetsreformen.

### Funn

Funnene kan tilsa at noen sykepleiere er mer oppmerksomme på vitenskapsteoriens relevans for forståelse, holdning og tenkning enn for beslutninger og (be-)handling. Vi tolker det som at relevansen av vitenskapsteorien ligger som et bakteppe for refleksjon uten å erfare mer eksplisitt. Samtidig kan det se ut til at den forståelsen som er etablert gjennom utdanningen, endres lite gjennom to års yrkeserfaring. I det videre ser vi nærmere på dette forholdet. Vi tar først

ving av bacheloroppgaven, senere ble tydeligere for dem i yrkesutøvelse. Når respondentene, som nyutdannede, i lavere grad ga sin tilslutning til relevansen for klinisk praksis, kan grunnen være at høyskolen ikke på samme måte som for bacheloroppgaven, stiller eksplisitte krav til å se relevansen av vitenskapsteori i praksisstudiene.

Hvis vi ser på tabell 3, blir bildet mer nyansert. Selv om forskjellen i skårene mellom de to gruppene ikke er signifikante for majoriteten av påstandene, er de likevel interessante. Her ser vi høyere enighet (ikke signifikant), ved deltakelse i fagutvikling når det gjelder relevansen for beslutningskompetanse og for behandlingsrettede tiltak, for det å sette seg inn i pasientens situasjon og for å reflektere over eget menneskesyn. Det kan tilsa at for disse sykepleierne blir vitenskapsteorien mer eksplisitt i pasientnær sykepleie. Når vi finner signifikant høyere enighet for relevansen av vitenskapsteori for fagformidling blant sykepleiere som deltar i fagutvikling, kan det

for fagutvikling. Når derimot majoriteten som angir at ledelsen legger til rette for fagutvikling, også deltar, underbygger det studier som påpeker betydningen av arbeidsgivers innflytelse i den sammenheng (18,19).

Når sykepleiere fra så vidt forskjellige yrkesfelt som somatisk sykehus og hjemmesykepleien skårer tett opp mot hverandre, kan det se ut for at ulike yrkesfelt har liten innvirkning. Når «annet/flere steder» gjennomgående skårer noe lavere, kan det komme av at majoriteten av disse har skiftet arbeidssted i løpet av to år. De har kanskje ikke i samme grad fått kjenne på ansvaret i pasientomsorgen.

Oppsummert, og med forbehold om at de fleste korrelasjonstestene ikke er signifikante, har vi funnet at sykepleiere som del-

tar i fagutvikling, i større grad enn sykepleiere som ikke deltar, ser relevansen av vitenskapsteori i yrkesutøvelsen. Det gjelder vitenskapsteoriens relevans for den pasientnære omsorgen, for fagkritikk og for fagformidling. Disse sykepleierne anvender også i høyere grad forskning. Vi antar at generell akademisk interesse, arbeidsgivers innstilling og miljø på arbeidsplassen kan ha betydning for at sykepleiere ser vitenskapsteori som relevant.

Det er behov for både kvantitativ og kvalitativ forskning for å få kunnskap om hvordan sykepleiere i Norge, utdannet etter Kvalitetsreformen, ser på betydningen av vitenskapsteori i yrkesutøvelsen. Det er også behov for forskning på hvordan relevansen av vitenskapsteori

kan gjøres mer eksplisitt i yrkesutøvelse og om, eller i hvilken grad, det har betydning for en kvalitetssikret og endringsorientert praksis slik Kvalitetsreformen og Rammeplanen skisserer.

## KONKLUSJON

Samlet sett er det liten endring i sykepleieres vurdering av vitenskapsteoriens relevans fra de er nyutdannede til de har to års yrkeserfaring. Sykepleiere som deltar i fagutvikling angir høyere enighet når det gjelder relevansen for mer pasientnær sykepleie. Forskjellene her er imidlertid ikke signifikante. Høyere skår fra disse sykepleierne for det å anvende forskning og for fagformidling er signifikant. Yrkeserfaring fra ulike felt og videreutdanning har liten innvirkning på skårene.

## REFERANSER

1. Stortingsmelding nr. 27 Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsreform av høyereutdanning 2000–2001: Iverksatt 2003/04.
2. Undervisnings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanningen, revidert 2008.
3. Helse og Omsorgsdepartementet. St. melding. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.
4. Pedersen KL. Etter kvalitetsreformen: Tilrettelegging av vitenskapsteori og metodelære i en fagplan for Bachelor i sykepleie. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2009;5:1:72–9.
5. Thomassen P, Errboe P, Winther B, Noer WR & Stræde L. Hva kan jeg bruke det til? I Frederiksen K, Møller-Madsen J, Perregaard K, Zeitler U & Ølsgaard G. Antologi. Perspektiver på faglighet. Århus amt. 2006.
6. Longo F & Lindsay G. Knowing Nursing Through Inquiry: Engaging Students in Knowledge Creation. Journal of Nursing Education 2011;50:12:703–5.
7. Pedersen KL. Etter kvalitetsreformen: Sykepleierstudenters vurdering av læringsutbyttet og relevansen av kunnskap i vitenskapsteori og metodelære. Vård i Norden. 2011;31:2:56–9.
8. Alvsvåg H & Førland, O. Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemeldinger. I Alvsvåg, H. & Førland, O

- (red) Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Akribe A/S. 2007.
9. Skaar R, Høie MM & Kloster T. Hvordan ønsker sykepleierstudenter å lære sykepleie? Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008;10:1:15–28.
  10. Hatlevik I & Riksaasen K. Avgangstudenten. Studentenes vurdering av undervisning, praksis, studieforhold, tilegnet kompetanse, studieatferd og framtidig utdanning. Høgskolen i Oslo. 2009; notat 2.
  11. Danbjørg DB & Birkelund R. The practical skills of newly qualified nurses. Nurse Education Today. 2011;31:2:168–72.
  12. Scheffer BK & Rubenfeld MG. A consensus statement on critical thinking in nursing Journal of Nursing Education 2000;39:8:352–9.
  13. Granum V, Opsahl G & Solvoll B-A. Hva kjennetegner kritisk tenkning? Sykepleien forskning. 2012;7:1:76–84.
  14. Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME & Nordström G. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. Journal of Advanced Nursing 2010;66: 2170–81
  15. Williams PR, Walker JT, Martin T, Northington LAD, Waltman B, Tracilia P & Grant LAV. Comparing clinical competencies between Nursing Students with Degrees and traditional students. Issues

- in Educational Research 2008;18:90–100
16. Undheim LT, Wisløff EMS & Rønning ER. Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter. Sykepleien Forskning 2011;6:1:54–60
  17. Bratberg GH & Haugdahl, HS. Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det? Sykepleien Forskning 2010;5:3:192–199
  18. Christiansen B, Carlsten TC & Jensen K. Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinikk. Sykepleien Forskning 2009;4:2:100–106
  19. Eizenberg MM. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? Journal of Advanced Nursing 2011;67:33–42.
  20. Forsman H, Rudman A, Gustavsson P, Ehrenberg A & Wallin L. Use of research by nurses during their two first years after graduating. Journal of Advanced Nursing 2010;66:878–90.
  21. Bjørk IT & Solhaug M. Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok. Akribe A/S 2008.
  22. McCormack B & Slater, P. An evaluation of the role of the clinical education facilitator. Journal of Clinical Nursing 2006;15:2:135–44.

# Vi trenger vitenskapsteori

> Kunnskap om vitenskapsteori er viktig for å tenke kritisk om forskning og prosedyrer i avdelingen.



**Ingrid Lerdal**

Sykepleier og student ved videreutdanning i kreftsykepleie på Høyskolen Diakonova. Avdeling for transplantasjonsmedisin, nyre og gastro medisinsk sengepost, OUS, Rikshospitalet.

Artikkelen til Pedersen viser at to års yrkespraksis i liten grad endrer sykepleiernes forståelse av vitenskapsteori i yrkespraksis. Den viser også at de som jobber med fagutvikling i større grad verdsetter vitenskapsteori i yrkesutøvelsen.

Dette er en veldig interessant artikkel, som belyser de vitenskapsteoretiske holdningene til sykepleiere med to års yrkeserfaring. Mye samsvarer med mine egne erfaringer fra praksis. Vitenskapsteorien i utdanningen legger et grunnlag for refleksjon rundt egen praksis, og for forståelsen av forskningsresultater. Dessverre er det sjelden at sykepleiere går til forskningen for å finne svar på spørsmål og dilemmaer i yrkesutøvelsen. Det mest vanlige er å benytte e-håndboken. Der er det enkelt og raskt å finne svar.

I artikkelen kommer det fram at de som deltar i fagutvikling i større grad ser relevansen av vitenskapsteori i yrkesutøvelsen. Dette er ikke overraskende og stemmer godt overens med mine

erfaringer fra sykehus. Å delta og ha ansvar for å utvikle faget øker interessen for å holde seg faglig oppdatert. Min erfaring er at det er stor forskjell på sykepleieres interesse for å delta i fagutvikling. Den enkelte sykepleiers interesse for sykepleiefaget har betydning for om de tar i bruk forskning eller ikke.

Det er overraskende at sykepleiere som deltar i fagutvikling i liten grad mener at vitenskapsteori er relevant for å vurdere forskningsresultater. Jeg vil tro at det er denne gruppen som har størst nytte av vitenskapsteori for å forstå metoden og forskningsresultatene. Pedersen stiller spørsmål ved om de som i høyere grad anvender forskning er mer resultatorienterte, men mindre opptatte av metode.

Ifølge artikkelen opplevde tre av fire sykepleiere at arbeidsstedet la til rette for at de kunne holde seg faglig oppdatert. Selv har jeg opplevd at ledelsen på avdelingen hvor jeg jobber på OUS har lagt til rette for dette. Som nyansatt gikk jeg inn i kli-

nisk stige-programmet som innebar lesedager og kursing.

Tabell 3 i artikkelen viser forskjeller mellom sykepleiere som deltar i fagutviklingsarbeid og sykepleiere som ikke deltar. P-verdianalysene viser at det stort sett ikke er signifikante forskjeller mellom gruppene, mens forskjellene mellom dem i prosent åpenbart er store, for eksempel 59 prosent mot 35 prosent. (Disse prosentforskjellene kommer dårlig frem i artikkelen). Forfatteren har heller ikke oppgitt hvilket signifikansnivå som gjelder for denne studien.

Jeg synes vitenskapsteori er viktig og nødvendig for å lære å tenke kritisk om forskning og prosedyrer i avdelingen. Det vil være interessant å få kunnskap om hvordan ulike sykepleiergrupper og også sykepleiere med lengre erfaring, tenker om vitenskapsteori. Jeg ønsker meg mer kultur for sykepleieforskning i avdelingen. Vi er på rett vei.

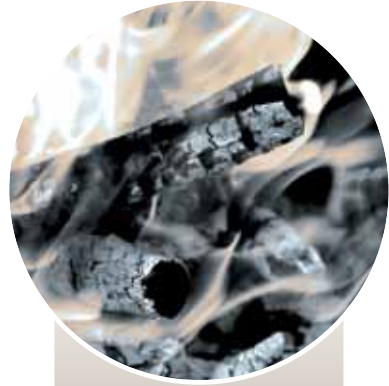
Les artikkelen på side 140







ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



Vi vet at du som sykepleier er faglig sterk. Derfor vet vi også at du ønsker å beholde den styrken ved å holde deg oppdatert på hva som skjer innenfor faget ditt – både nasjonalt og internasjonalt.

I **Sykepleien Forskning** presenterer vi forskningsresultater, sykepleiefaglige problemstillinger og internasjonale fagartikler – så du alltid har din egen kilde til kunnskap og kompetanse.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Samhandlingsreformen ble iverksatt 1/1-12. Samtidig trådte forskriften om kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i kraft. Kommunene overtok derved det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag.

**Hensikt:** Undersøke virkningene i kommunene av forskriften om kommunal medfinansiering

**Metode:** Feltstudie med intervju av ledende helsepersonell og undersøkelse av lokale dokumenter ble gjennomført av 67 siste års

medisinerstudenter utplassert i 40 kommuner i seks uker. Det var på forhånd utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Studentene leverte en tre til fem siders rapport i henhold til en mal som er blitt analysert og validert.

**Resultater:** I de fleste kommunene kom det frem at pasienter kommer tidligere enn før og det er blitt flere. Mange kommuner har prioritert utskrivningsklare pasienter ved å øke kapasiteten eller omgjøre institusjonsplasser. Det har gjort det vanskeligere for andre i kommunen å få sykehjemsplass eller korttidsopphold. Mange steder var

det opprettet et nytt mottaks- og tildelerapparat. Mengden administrativt arbeid har økt og funnene indikerer at enkelte pasienter får et mer oppstykket forløp.

**Konklusjon:** Innføring av kommunal medfinansiering av utskrivningsklare pasienter har virket effektivt og har redusert antallet dager pasienter venter på et kommunalt tilbud. Funn i studien og internasjonal forskning reiser imidlertid tvil om den økte bruken av institusjoner i mottak av utskrivningsklare pasienter er en riktig utvikling i møte med fremtidige behov.

## ENGLISH SUMMARY

**What happens when municipalities are charged for patients waiting in hospitals for proper primary care to be established?**

**Background:** A care coordination reform was effectuated January 1, 2012. At the same time, the municipalities responsible for primary care in Norway became financially responsible for patients in the hospitals ready to be discharged but waiting for a bed in a nursing home or home care services.

**Objective:** To study the effect of the new financial regulations for waiting patients ready to be discharged.

**Method:** 67 upper-level medical students visiting 40 municipalities in six weeks carried out a field study with interviews of management personnel and an analysis of local documents. A semi-structured interview guide was prepared, and each student delivered a 3–5 pages report that was analysed and validated.

**Results:** In most municipalities it was reported that patients arrived earlier than before and were in a worse condition. Many municipalities had prioritized the patients reported from the hospital as ready to be discharged by increasing the capacity or rearranging beds in local institutions. Other patients living at home with corre-

sponding needs were overlooked to a greater extent. More administrative work was reported, and some patients experienced less continuity.

**Conclusion:** The introduction of municipal financial responsibility for waiting patients in hospital has been effective. The number of days patients in hospital have to wait for appropriate primary care services has been reduced. However, this study and international research questions of increased use of institutional community care is the best way to meet future needs.

**Key words:** Care coordination, primary health care, nursing home, home care services, integrated care.

# » Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?

Forfatter: **Anders Grimsmo**

## NØKKELORD

- Samhandling
- Kommunehelsetjeneste
- Organisering
- Sykehjem
- Hjemmesykepleie

## BAKGRUNN

Før samhandlingsformen (1,2) trådte i kraft ble utskrivningsklare pasienter liggende i sykehus i påvente av at kommunen skulle opprette et tilbud til dem. Dette hindret sykehusene i å ta inn nye pasienter, hvilket igjen forsinket og forlenget rehabilitering av mange eldre og kronisk syke. I samband med samhandlingsreformen er dette problemet forsøkt løst gjennom nye insentiver og nytt regelverk.

Den nye forskriften om kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter trådte i kraft fra 1. januar 2012 (3). Forskriften beskriver kravene til å definere en pasient som utskrivningsklar, og de plikter og oppgaver som ligger til både sykehus og kommune i samband med utskrivning av pasienter som trenger et kom-

munalt tilbud. Kommunene overtok samtidig det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. I 2009, 2010 og 2011 var det årlig registrert cirka 140.000 liggedøgn på norske sykehus av pasienter som var definert som utskrivningsklare, men som ventet på et kommunalt omsorgstilbud for å kunne skrives ut. Betalingen ble etter forhandlinger mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, satt til 4000 kroner per døgn. Den årlige kostnaden på sykehus (140.000 liggedøgn x 4.000 kr) på 560 millioner kroner ble overført til kommunene fra 1/1-2012 (1).

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Norges forskningsråd i oppdrag å evaluere utviklingen i samhandlingsreformen (4). Det er foreløpig etablert tre prosjektgrupper. Studien som blir presentert her har undersøkt hvordan kommunene løste oppgaven med å ta imot utskrivningsklare pasienter det første halve året etter at samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012.

## MATERIALE OG METODE

Studien er et ledd i en følgeevaluering. Datainnsamlingen ble

organisert som en feltstudie (5). Siste året i medisinerstudiet ved NTNU blir studentene utplassert i primærhelsetjenesten i seks uker. De observerer og deltar i de viktigste aktivitetene i kommunehelsetjenesten for å få innsikt i og forståelse av hvordan primærhelsetjenesten fungerer i praksis. De møter pasienter og blir veiledet av helsepersonell. Det skjer blant annet på legekontor, i sykebesøk, på sykehjem, ved hjemmebesøk med hjemmesykepleien, deltakelse i tverrfaglige møter, med mere. Ved utplasseringen får de samfunnsmedisinske oppgaver som de må utrede og levere mens de er i kommunen. De er utplassert i et tilnærmet

### Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser at tiltakene som er iverksatt for å redusere antall pasienter som blir liggende i sykehus i påvente av et tilbud i kommunene, ser ut til å være effektive.

### Mer om forfatteren:

Anders Grimsmo er dr.med, og professor ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Kontakt: anders.grimsmo@ntnu.no.

fast utvalg av kommuner i Midt-Norge som består av både store og små kommuner. I de største kommunene er det utplassert flere studenter. Tre kommuner tilhørende Østlandet på grensen mot Midt-Norge er også med i utvalget.

Sekstisju studenter utplassert i 40 kommuner høsten 2012 fikk som oppgave å undersøke hvordan kommunene hadde løst utfordringene knyttet til utskrivningsklare pasienter. Før utplasseringen fikk studentene en undervisningstime med gjennomgang av det nye regelverket og intensjonene. Oppgaveteksten de fikk, var: «Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter etter innføringen av samhandlingsreformen». Kartleggingen skjedde ved dybdeintervju av individuelle informanter i kommunene der studentene var utplassert og gjennomgang av eventuelle relevante kommunale dokumenter, i tillegg til det de ellers observerte og deltok i

utskrivningsklare pasienter, for alle studentene og lærere i en undervisningstime, etterfulgt av en time med felles drøfting av intervju og observasjoner.

Rapportene er siden analysert med hensyn til innhold og sammenhenger i tråd med metoder for dokumentanalyse (6). Det ble opprettet et regneark hvor omtale av hovedtemaene i intervjuguiden ble nedskrevet, kodet og sortert under hver kommune. Det ble ved samme gjennomlesning i tillegg registrert hvilke temaer som hadde blitt rapportert uoppfordret. Rapportene ble deretter gjennomgått grundig for å finne eventuelle mønstre eller koplinger av opplysninger som kunne gi ytterligere innsikt, og for å kryssjekke i hvilken grad de andre kommunene eventuelt også hadde omtalt eller berørt de nye temaene. Til slutt ble det gjort et utvalg av de temaene som var mest relevante i forhold til hovedproblemstillingen, og foretatt en endelig

det tilsvarende de som ble intervjuet i Midt-Norge. Hvert funn ble presentert for seg og drøftet med gruppen om i hvilken grad det var en felles erfaring og eventuelt hva som kunne være forklaringer og sammenhenger. Deler av resultatene er som i en triangulering også blitt sammenholdt med og kontrollert i forhold til offentlig statistikk på utviklingen av Samhandlingsreformen (7).

## RESULTATER

I de fleste kommunene hadde studentene blitt meddelt at det hadde vært en nedgang i antall liggedøgn på overtid i sykehus etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft. I nesten halvparten av kommunene ble det sagt at de ikke hadde hatt overtidsdøgn i 2012. Flere av de minste kommunene hadde heller ikke tidligere hatt pasienter som har måttet vente på tilbud i kommunen. I noen kommuner ble det hevdet at det nå ble meldt flere utskrivningsklare pasienter, det vil si at det ble meldt flere pasienter som trengte et kommunalt tilbud.

I de fleste kommunene ble det uttrykt overfor studentene at liggetiden var blitt kortere for gruppen som hadde behov for kommunalt tilbud og at de ble utskrevet tidligere enn før. Det ble også hevdet at pasientene derfor var sykere nå enn før. «Kommunen har sett en endring i pasientsammensetningen på sykehjemmet etter samhandlingsreformens start. Pasientene som kommer er generelt mer pleietrengende. Prolaps- og hjertepasienter blir nå skrevet ut raskere fra sykehus, og havner på korttidsopphold på sykehjem, med et større krav til kompetanse enn tidligere» (tilsynslege sykehjem).

Det kom videre frem at det

## ” Pasientene som kommer er generelt mer pleietrengende.

de seks ukene. Det ble laget en semistrukturert intervjuguide som de ble anbefalt å bruke. Det ble gitt råd om hvilke fagpersoner og roller som kunne ha god innsikt i problemstillingen og tilgang til relevant informasjon. De hyppigst benyttete informantene var leder(e) innenfor pleie og omsorg, kommuneoverlege og tilsynslege ved sykehjem. Besvarelsen eller feltrapporten ble levert i henhold til en mal og skulle være på tre til fem sider. Etter utplasseringen fikk en gruppe på seks studenter i oppgave å presentere egne og medstudenters erfaringer med

gjennomlesning og kvalitetssikring av avskrivning og koding. Ved gjennomgang av offentlig statistikk ble det lagt til demografisk informasjon om hver kommune som størrelse, sentralitet, alderssammensetning, samt data om utskrivningsklare pasienter som var blitt publisert på kommunenivå (7). Dette ble brukt til å sortere innholdet etter kjennetegn ved kommunene.

Resultatene er videre blitt validert ved presentasjon av funnene i en større gruppe med 60 helsefaglige representanter fra innlandsområdet på Østlan-

var flere pasienter enn tidligere med komplekse problemstillinger som nå ble utskrevet til kommunene med pågående avansert behandling (intravenøs behandling, PEG-sonde, CVK, respirator og sondeernæring). Det ble oppgitt at forandringen var størst vedrørende kirurgiske pasienter. I en kommune hevdet de også at de oftere opplevde at ikke alle eller nye problemstillinger var ferdig utredet slik forskriften krever. I to kommuner hadde det inntruffet uheldige omstendigheter med pasient og pårørende når døende pasienter var blitt meldt utskrivningsklare.

Mange av kommunene hadde opprettet en ny administrativ enhet for å håndtere mottak av utskrivningsklare pasienter som likner bestiller-/utfører ordningen som hittil har vært mest utbredt i store kommuner. Enhetene hadde en 24/7-vaktordning begrunnet med at pasienter kunne bli utskrevet til alle døgnetstider. Det ble beskrevet en betydelig økt informasjonsutveksling med sykehuset. Det kunne være vanskelig å treffe den som kjente til pasienten som var meldt utskrivningsklar og dato for hjemreise kunne bli omgjort flere ganger. Noen ganger også uten at kommunen ble varslet i tide. «Det er ofte mangelfull og lite utfyllende informasjon om pasienter som utskrives, og at de ofte framstilles som mindre pleietrengende enn de viser seg å være. I tillegg estimeres antall liggedøgn på sykehus ofte for lavt, slik at plasser holdes åpne for pasienter som allikevel må ligge på sykehus over lengre tid» (leder for pleie- og omsorgstjenesten).

Det hadde blitt mye telefonering og bruk av faks. Muligheter til elektronisk mel-

dingsutveksling ble etterlyst. I noen av kommunene kom det frem at spesielt opplysninger om pasientens funksjonsevne og samsykdommer var mangelfulle. Noen mente at epikrisene var blitt mer mangelfulle enn tidligere. Utfordringen med

” Det er ofte mangelfull og lite utfyllende informasjon om pasienter som utskrives.

utskrivningsklare pasienter var blitt møtt med utvidelse og omgjøring av institusjonsplasser. Dette omhandlet økning i korttidsplasser, omgjøring av langtidsplasser eller omgjøring av enkeltrom til tosengsrom. Noen kommuner har opprettet intermedieæravdeling som mottar utskrivningsklare pasienter enten alene eller i samarbeid med andre kommuner. Kommunale plasser ved distriktsmedisinske sentre ble også benyttet ved utskrivning. I et flertall av kommunene fortalte man om lengre ventetid for hjemmeboende på sykehjemsplass og korttidsopphold fordi utskrivningsklare pasienter ble prioritert. Noen steder oppga de at de nå har fått korridorpatienter på sykehjemmet og at det var nytt. «Sykehjemmet har faktisk nå opplevd korridorpatienter, noe som var svært sjeldent før» (tilsynslege sykehjem).

En del kommuner hadde styrket hjemmetjenestene for å kunne håndtere omfordelingen. Kun én kommune fortalte om økt utskrivning direkte til hjemmet fra sykehus. Informantene i kommunen rapporterte om suksess med oppretting av et team som selv kartla de utskrivningsklare pasientenes behov mens de var innlagt på sykehuset.

Rapportene til studentene gir et bilde av at de små kommu-

nene så langt har greid omstillingen like godt eller bedre enn de større kommunene. I mange av de små kommunene fortalte de riktignok at de allerede før reformen ble iverksatt hadde god kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Men de hadde likevel gjennomført omorganisering, kompetanseheving og økt tverrfaglig samarbeid som også inkluderte legene. Noen informanter fra de små kommunene fortalte at de ansatte hadde reagert positivt på utfordringen med utskrivning av sykere pasienter. En informant i en kommune fortalte at fraværet hadde gått ned. Noen mente at nye og mer utfordrende oppgaver ville bedre rekrutteringen av helsepersonell til kommunen.

## DISKUSJON

Undersøkelsen forteller at de fleste kommunene har reagert raskt på virkemidlene som er iverksatt for å øke kapasiteten og evnen i kommunene til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Dette har mange kommuner fått til ved å styrke hjemmetjenestene slik at institusjonsplasser har kunnet bli frigjort og prioritert for utskrivningsklare pasienter. Dette har imidlertid gjort det vanskeligere for andre i kommunen å få sykehjemsplass eller korttidsopphold.

## Forbehold og begrensninger

Undersøkelsen er en kvalitativ studie og representerer det studentene har observert og erfart, lest seg til og fått vite ved intervju og samtaler med helseper-

sonell ellers. Rapportene gir et innblikk i hvilke erfaringer som er gjort i kommunene, mer enn omfanget av dem (8). Ingen av dem som ble spurt om intervju nektet å være med på undersøkelsen. Nøyaktig hvem som er intervjuet i de forskjellige kommunene fremgår ikke av rapportene fordi intervjuene skulle være

Egen erfaring med bruk av helsepersonellstudenter og andre studenter som observatører i for eksempel sykehus, er at helsepersonellstudenter gjør flere og bedre observasjoner enn andre studenter, også i forhold til de som er utdannet for kunne gjøre feltstudier. Helsepersonellstudenter har substanskunnskap på

påpekt i rapportene, representerer utviklingstrekk og problemer som har vært der lenge. Det gjelder for eksempel at liggetiden i sykehus har blitt kortere og at kommunen får for lite informasjon (9). Spørsmålet om hvor mye som er kommet til etter 1. januar 2012, er vanskelig å slå fast ut ifra dette materialet.

## ” Noen mente at epikrisene var blitt mer mangelfulle enn tidligere.

anonyme. Dette kom imidlertid frem i plenum etter utplasseringen om hvilke og hvor mange kilder de hadde benyttet.

De fleste kommunene som har vært med i undersøkelsen hører til i Midt-Norge. Det er lokale variasjoner og det må tas forbehold om at en del forhold kan være annerledes i andre områder av landet. Det var varierende kvalitet og dekning av temaene på det studentene leverte, slik også andre har erfart (5). Temaer som kom frem uoppfordret i flere rapporter, men som ikke ble funnet tilstrekkelig dekket til å analysere, var økonomi, og erfaringer med samarbeid knyttet til distriktsmedisinske sentra.

Noen steder er det lett å skjønne at det er referert til notater fra intervjuer. I andre sammenhenger er det usikkert om det er egne observasjoner, uformelle samtaler eller tolkninger som er notert og presentert. Styrken er imidlertid at 67 studenter har intervjuet over hundre personer (de fleste en til to personer) i sentrale roller, og snakket med mange flere. Sjanse for bias skulle derfor være liten. Ujevnheter i rapportene ble i stor grad utliknet med det høye antallet og ga samlet en rik inn-sikt i hva som har skjedd det første halve året av reformen.

feltet og de skjønner rekkevidden av kommunikasjon mellom helsepersonell på en bedre måte.

Gjennomgangen av resultatene for en gruppe med 60 kommunerepresentanter fra indre del av Østlandet ga ikke holdepunkter for store regionale forskjeller. Resultatene avslørte først og fremst, i likhet med rapportene, at erfaringene i kommunene var forskjellige. Undersøkelsen ble gjennomført i en tidlig fase og funnene bærer preg av omstillingene og lokal situasjon i utgangspunktet. Observasjonstiden er sannsynligvis også en vesentlig årsak til den store variasjonen i synspunkter informantene har erfart og rapportert. Når man for eksempel bare i to kommuner forteller om uheldige omstendigheter når døende pasienter blir meldt utskrivningsklare, så er det mest et uttrykk for observasjonstiden mer enn at personell i andre kommuner ville ment noe annet hvis de hadde erfart noe liknende. Hva som blir fortalt om hva kommunene selv konkret har gjort for å møte utfordringene, er det mindre grunn til å tvile på.

### Samsvar med offentlig statistikk

Flere av de forholdene som er

Likevel, statistikk som er utarbeidet av Helsedirektoratet for å følge med på utviklingen bekrefter flere av uttalelsene i rapportene. Det har vært en tydelig nedgang i antallet utskrivningsklare pasienter som venter på tilbud i kommunene første og andre kvartal 2012 (7). Statistikken viser også at liggetiden som utskrivningsklar for denne gruppen har gått ned med 2,7 dager, sammenliknet med samme periode foregående år, fra 6,9 dager til 4,2 dager på landsbasis. Liggetiden som ikke utskrivningsklar har derimot holdt seg uendret på ni dager siden før reformen. Samlet kortere liggetid kan derfor være forklaringen på at personell i kommunene mener å oppleve at pasientene er sykere enn tidligere.

Statistikk fra Helsedirektoratet understøtter også at flere pasienter enn tidligere blir meldt utskrivningsklare. Publiserte tall viser at det kom en stigning i antall registrerte utskrivningsklare i tiden omkring årsskiftet 2011–2012. Det skjedde trolig en skjerping av rutinene rundt melding av utskrivningsklare pasienter i tråd med både insentiver og nytt regelverk. Man må også kunne anta at tidligere praksis med ti «karensdager» før medfinansiering trådte i kraft, bidro til at en del pasienter som var forventet å bli utskrevet, tidligere

ikke ble registrert som utskrivningsklare. Når informantene også beskriver at kommunene får pasienter med nye medisinske problemstillinger, kan det indirekte bety en endring i hvilke pasienter som meldes utskrivningsklare.

Dette gir grunn til også å spørre om noe av den reduserte liggetiden som nå er blitt registrert kan skyldes inklusjon av «nye pasientgrupper» i liggetiden for utskrivningsklare pasienter. Det vil være tilfelle om dette er pasienter som tidligere har hatt kortere liggetid enn gjennomsnittet utskrivningsklare.

### Mer oppstykket pasientforløp?

Et hovedmål for samhandlingsreformen har vært et mer helhetlig pasientforløp (1,2). Studentenes beskrivelser kan tyde på at en del pasienter blir utsatt for et mer oppstykket forløp. Det vanligste forløpet har vært: hjem – sykehus – hjem. Utvidelse av institusjonskapasitet og informantenes beskrivelse av pasientenes behov, gir et bilde av at flere pasienter er blitt tilbudt institusjonsopphold etter innleggelse før de kommer hjem. I noen tilfeller benyttes opphold i et distriktsmedisinske senter eller en interkommunal intermedieæravdeling som alternativ til kommunalt tilbud. Både pasienten og pårørende kan derved få et mer kompleks forløp og betydelig økt antall helsepersonell å forholde seg til. Selv om dette bare skulle gjelde noen få pasienter, representerer gruppen som mottar kommunale tjenester de pasientene som tåler forflytninger og skifte av personell aller minst. Det er også kjent at det er i overgangen mellom tjenestetilbud at økt

risiko for feil oppstår (10,11). Men dette må man se i lys av at å bli liggende på sykehus som ferdigbehandlet også har uheldige sider.

Bakgrunnen for økt bruk av institusjonsplasser kan være at utredningene, insentivene og veiledere som er utviklet først og fremst har stimulert til økt bruk av institusjoner. Allerede tidlig i utforming av samhandlingsreformen var signalene fra myndigheter og andre, at små kommuner trolig ikke ville kunne bemanne og drive tilbudene som det ville bli behov for framover (2). De burde gå sammen om å lage tilbud, underforstått ha tilstrekkelig befolkningsunderlag for å kunne forsvare bygging av institusjoner som for eksempel intermedieæravdeling. På samme måte er bevilgningene til å etablere kommunale øyeblikkelig hjelp-døgntilbud knyttet til tilbud etablert i institusjon (12).

Det kan se ut som om Norge velger en annen vei enn det mange andre vestlige land med de samme utfordringene som oss gjør. Mange velger å satse på en styrking av hjemmetjenester. Begrep i litteraturen som «hospital at home» og «medical homes» vitner om dette.

det gjelder rehabilitering oppnås de beste resultatene hjemme (14). Evalueringer viser at man kan oppnå høyere kvalitet, økt pasienttilfredsstillelse og til en lavere kostnad med å organisere tilbud rundt hjemmet (15–17).

### Forflytting av «flaskehals»

Det er også grunn til å reflektere rundt sykehusenes hyppige forlengelser av bebudet tidspunkt for utskrivning av pasienter. Noen beskrev redusert utnyttelsesgrad på sengeplassene som var satt av til formålet fordi de til dels ble stående tomme. Andre fortalte om korridorpasienter i sykehjemmet. Forskriften om utskrivningsklare pasienter har på sin side hatt som mål å unngå at pasienter som ventet på kommunalt tilbud blokkerer sengeplasser i sykehus. Når det blir rapportert at det er blitt lengre ventetid på korttidsopphold og sykehjemsplass, kan det se ut som om en av flaskehalsene i pasientforløpet i sykehus er blitt forflyttet til kommunene. Utskrivningsklare pasienter i sykehus har vært et synlig problem. Omgjøringen av plasser i kommunene og tildeling av plasser til utskrivningsklare pasienter fra sykehus, framfor hjemmeboende som har behov

” Kun én kommune fortalte om økt utskrivning direkte til hjemmet fra sykehus.

Satsing på mobile ressursteam og faste kontaktpersoner er det som hyppigst går igjen. Dette omfatter både å yte øyeblikkelig hjelp og oppfølging etter sykehusopphold. Med unntak av noen få pasientgrupper oppnår man like gode medisinske behandlingsresultater hjemme som i institusjon når det gjelder eldre og kronisk syke (13). Når

for institusjonsplass, blir langt mindre synlig.

Man bør vurdere om nåværende ordning med å varsle kommunene om antatt utskrivningstidspunkt er den beste løsningen for å sette kommunene i stand til å forberede mottak av pasientene. Det er tydelig at så tidlig varsling er usikkert og skaper problemer. Pasientgrup-

pen som har behov for kommunale tjenester er komplekse pasienter med flere sykdommer og stor risiko for komplikasjoner. De har de lengste sykehusoppholdene; gjennomsnittlig ti dager før de er utskrivningsklare, og med stor variasjon (7). I kommunene peker de også på at pasientopplysningene fra sykehus er mangelfulle. Det er alvorlig, men det er ikke noe nytt (9,18).

### Økt byråkratisering

Mange kommuner hadde opprettet en 24/7 bestiller-/tildelertjeneste for utskrivningsklare pasienter. I lys av at ingen informanter fra kommunene nevnte at det faktisk hadde inntruffet endringer i utskrivningstidspunkt for pasienter, og hvis det er tilfelle, er en slik investering vanskelig å forsvare med

kommunene. Som kjent fra sykehus, er også de første døgnene de dyreste. I tillegg til det administrative blir det gjort en ny klinisk utredning med undersøkelser og prøver, for på en trygg måte kunne overta ansvaret og planlegge videre behandling.

Etter hvert som nye helse- og sosialtilbud er kommet til og blitt utbygd i kommunene de siste 50 årene, er de ofte blitt organisert som selvstendige enheter. Når de i tillegg ofte er fysisk atskilte, med separate informasjonssystem og uten felles faglig overbygning, har det medført en betydelig organisatorisk fragmentering av primærhelsetjenesten (19,20). Slik forarbeidet til samhandlingsreformen påpeker er det da vanskelig å få tjenestene til å henge godt sammen (1). Når eller hvis de nye kommunale tilbudene blir

kemelding om at manglende eller forsinket utbredelse av elektronisk meldingsutveksling representerte et hinder i gjennomføringen av effektiv samhandling. Et meldingssystem er helt nødvendig for kontinuitet og framdrift i et pasientforløp. Det vil også kunne være en betydelig effektiviseringsgevinst om nødvendig pasientinformasjon ble samlet og knyttet til pasienten, og ikke duplisert i hver enkelt virksomhet slik det skjer nå (22). Samling av informasjonen kan også legge til rette for mer samarbeid uten å måtte forflytte pasienten, og slik redusere faren for feil i overgangene (23). Felles og oppdatert journalinformasjon er viktig, men likevel ikke tilstrekkelig for å få til bedre koordinering av tjenestene (24).

Kritikk av mangelfulle utskrivningsdokumenter og for dårlig beskrivelse av funksjonsevne og samsykdommer hos pasientene, bekrefter det som er blitt beskrevet som et betydelig asymmetrisk partsforhold i samhandlingskjeden (9). For helsepersonell i primærhelsetjenesten er relevant og tilstrekkelig informasjon avgjørende for en trygg og sømløs mottakelse av pasienten. De er helt avhengige av at sykehuset samler inn og overleverer den informasjonen de trenger. Sykehuset er på sin side mest opptatt av informasjonen de selv trenger for å utføre egne oppgaver. Ofte har sykehuset også hovedfokus bare på behandling av én sykdom av gangen, mens pasientene ofte har flere sykdommer (25). I praksis viser det seg at det er kommunen selv som må sørge for å få tilstrekkelig med informasjon ved hyppig og gjentatt telefonering. Når en kommune i denne undersøkelsen har gått til det skrittet til selv å møte opp på sykehuset for å kartlegge innelig-

” Sykehjemmet har faktisk nå opplevd korridorpasienter, noe som var svært sjeldent før.

henhold til bruk av ressurser i mange kommuner. Imidlertid, når kommunene oppretter et øyeblikkelig hjelp-døgntilbud, må kommunene ha et døgnåpent mottak av pasienter. Det ble ikke fanget opp noen tilfeller der kommuner samarbeidet om en bestiller-/tildelertjeneste, noe som det er vanskelig å se at ikke skulle være gjennomførbart og lønnsomt.

Beskrivelsene av informasjonsutvekslingen i utskrivningsprosessen fra sykehuset, samt oppretting av nye tjenestetilbud (se over), representerer alle overganger med et stort behov for informasjonsutveksling og dokumentasjon. Dette indikerer en kommende vekst av pasientadministrativt arbeid i

interkommunale eller opprettes i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, betyr det nye enheter atskilt fra de andre kommunale tjenestene og en potensiell aksentuering av problemet med fragmentering. Dette er heller ikke uten betydning klinisk. Mange undersøkelser har vist at organisering av primærhelsetjenesten i større tverrfaglige organisatoriske enheter sammenfaller med bedre helse i befolkningen sammenliknet med områder eller land der dette ikke er tilfelle (21).

### Mangelfull informasjonsdeling

Gode pasientforløp omhandler også informasjonsflyt og informasjonstilgang. Mange av informantene ga tydelig tilba-



gende pasienter og beskriver det som en suksess, er det en god illustrasjon på asymmetrien. I noen land har man bøtet på dette problemet ved at sykehusene har ansatt sykepleiere fra primærhelsetjenesten til å lede og organisere utskrivelsesprosessen (26).

## KONKLUSJON

Tiltakene som er iverksatt for å redusere antall pasienter som

blir liggende i sykehus i påvente av et tilbud i kommunene, ser ut til å være effektive. Den måten kommunene har løst utfordringen på i første omgang viser imidlertid tegn til å ha noen uheldige sider. Det har medført en økt bruk av institusjoner og en dominoeffekt med økt bruk av hjemmetjenester for andre pasienter. Man ser også tegn til mer oppstykket pasientforløp

og mer administrativt arbeid. Et alternativ er i større grad å organisere og stimulere til bruk av hjemmetjenester for øyeblikkelig hjelp og utskrivningsklare pasienter direkte, i stedet for å gå veien om institusjoner. Det foreligger forskning som tilsier at man også bør vurdere organisatoriske tiltak som kan knytte tjenestene i kommunene tettere sammen.

## REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Meld. St. 16 (2010–2011). 2010.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009). 2009.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 10/2011. (2011).
4. Norges forskningsråd. Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM) for 2012 og februar 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Page&pagename=evasam%2FHovedsidemal&cid=1253972204829>. (Nedlastet 14.01.2013).
5. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Gyldendal Akademisk. 2010.
6. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qual Research J* 2009;9:27–40.
7. Helsedirektoratet. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten for 2012 og februar 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Sider/default.aspx>. (Nedlastet 14.01.2013)
8. Hannah DR, Lautsch BA. Counting in Qualitative Research: Why to Conduct it, When to Avoid it, and When to Closet it. *J Management Inquiry*. 2011;20:14–22.
9. Paulsen B, Romøren TI, Grimsmo A. A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care*. 2013;13 (14 March): URN: NBN: NL: I: 10-1-114285.
10. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Informa-

tion Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *Jama*. 2007;297:831–41.

11. Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson Å, Eriksson T, Höglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharmacy World & Science*. 2005;27:116–20.
12. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Revidert 01/2013 Oslo: Helsedirektoratet; 2013.
13. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Cmaj*. 2009;180:175–82.
14. Askim T, Rohweder G, Lydersen S, Indredavik B. Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2004;18:238–48.
15. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernandez C, Alonso A, et al. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J*. 2006;28:123–30.
16. Dickson G, Mackenzie F. Shifting the balance of care Edinburgh: NHS Scotland 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.shiftingthebalance.scot.nhs.uk/home/>. (Nedlastet 4.12.2012)
17. U.S. Department of Health & Human Services. Patient centered medical home: Agency for Healthcare Research and Quality. Tilgjengelig fra: [http://www.pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh\\_\\_home/1483](http://www.pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh__home/1483). (Nedlastet 15.10.2012).
18. Hellesø R, Sorensen L, Lorensen

M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International journal of medical informatics*. 2005;74:960–72.

19. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, Conklin A, Erler A, Elissen A, et al. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*. 2012;7 (Special Issue 01): 125–46.
20. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of family medicine*. 2009;7:100–3.
21. Rosano A, Abo Loha C, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Publ Health*. 2012;DOI:10.1093/eurpub/cks053.
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Meld. St. 9 (2012–2013). 2012.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012.2013). 2012.
24. O'Malley A, Grossman J, Cohen G, Kemper N, Pham H. Are Electronic Medical Records Helpful for Care Coordination? Experiences of Physician Practices. *J Gen Intern Med*. 2010;25:177–85.
25. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *The European journal of general practice*. 2008;14 Suppl 1:28–32.
26. Van Emden DMD, Ros WJG, Berns MPH. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Advanced Nursing*. 1999;30:1186–94.

Av Siri Tønnessen

Off. godkjent sykepleier, kandidat i sykepleievitenskap, ph.d og førsteamanuensis ved Høgskolen i Vestfold



Foto: Erik M. Sundt

# Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet

> I en vurdering av om tjenester er sykepleiefaglig forsvarlige er det avgjørende hvilke kriterier man legger til grunn.

I samarbeid med Per Nortvedt har jeg tidligere presentert tre krav til faglig forsvarlige tjenester i hjemmesykepleien knyttet til gjeldende lovverk om kommunale helse- og omsorgstjenester (1). Det er imidlertid avgjørende hvilke hensyn disse kriteriene bygger på. Hensikten i dette essayet er å utdype hvilke forutsetninger et forsvarlighetsbegrep i sykepleien må bygge på, samt å avklare hvilke faglige hensyn som må ligge til grunn. Målet er å gjøre sykepleierspektivet tydelig.

## HVORFOR ER DET VIKTIG?

En tydeliggjøring av sykepleierspektivet i et forsvarlighetsbegrep i sykepleie er viktig, fordi undersøkelser (2–5) og rapporter fra Helsetilsynet (6–7) viser at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene ikke er tilfredsstillende. I helsetjenesten er det et misforhold mellom de oppgaver og tjenester kommunene er pålagt å yte og de ressursene de har til rådighet (3,8–9). For sykepleierne innebærer dette daglig vanskelige prioriteringer, der grensene for hva som oppleves som god fagutøvelse utfordres

(10–13). Pasientene sykepleierne skal ivareta er syke og har et redusert funksjonsnivå enten fysisk og/eller mentalt. De trenger pleie og omsorg på mange ulike måter, fra veiledning, støtte og hjelp i forbindelse med dagliglivets aktiviteter, medisinsk behandling, til lindring og trøst fordi de er ensomme eller nærmer seg livets slutfase. Mange sykepleiere, spesielt i kommunehelsetjenesten, beskriver at det er en daglig utfordring å sikre pasientene de tjenestene de har behov for (3,13). For at pasientene skal få forsvarlige tjenester og for å bidra til faglig refleksjon og bevisstgjøring er det derfor presserende å avklare det sykepleiefaglige grunnlaget for et forsvarlighetsbegrep i sykepleie.

## HVA ER GALT I DAG?

I vurderingen av om en tjeneste er sykepleiefaglig forsvarlig har juridiske aspekter hatt en fremtredende rolle. Samtidig har kravet om omsorgsfull hjelp vært lite vektlagt. Statens helsetilsyn, som har til oppgave å følge med i om forsvarlighetskravet oppfylles av helsetjenesten, legger sterk vekt på

juridiske og medisinske kriterier (14). Prinsippene helsetilsynet legger til grunn for «Utredning og vurdering av faglig forsvarlighet i klinisk praksis» er tilpasset normer for medisinsk behandling, og ikke andre deler av helsetjenesten, som for eksempel kravet til god sykepleie (15, 16). Forsvarlighetskravet i helselovgivningen beskrives som en rettslig standard for hva som er forsvarlig medisinsk behandling (17–19). Det mangler en diskusjon om hva som skal være innholdet i sykepleiefaglige forsvarlighetskriterier og hvilke faglige forutsetninger som må ligge til grunn for et forsvarlighetsbegrep i sykepleie (20). Skal forsvarlighetsbegrepet i sykepleie bli tydelig må det «frigjøres» fra det juridiske og medisinske forsvarlighetsbegrepet, fordi disse begrepene bygger på andre hensyn og forutsetninger enn det som er sentralt for sykepleie. Et forsvarlighetsbegrep i sykepleie må bygge på et fundament som er sentralt for sykepleiefaget. Det innebærer at fagets normer, verdier, funksjon og ansvar må ligge til grunn.



## Fagets normer, verdier, funksjon og ansvar må ligge til grunn.

### SYKEPLEIEPERSPEKTIVET

#### Hensyn på individnivå

Sykepleie er å yte omsorgsfull hjelp med bakgrunn i teoretisk, etisk og erfaringsbasert kunnskap og kompetanse i det konkrete møtet med den enkelte pasient (21–23). Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må derfor handle om relasjonen mellom pasient og sykepleier på individnivå, basert på pasientens behov for tjenester i situasjonen. Offentlige pleie- og omsorgstjenester tildeles ved juridiske enkeltvedtak som er personlige og individuelle vedtak (24,25). Det innebærer at et forsvarlighetsbegrep i sykepleie må omhandle noen krav til hvilke tjenester pasientene skal få dekket av det offentlige, og hvordan sykepleieren skal ivareta disse tjenestene i møte med pasienten. Kravene må imidlertid være i tråd med sykepleiefaglige normer og verdier (1,3).

#### Faglige normer og verdier

Forsvarlighetskravet i utøvelse av sykepleie dreier seg om å beskytte pasientene mot handlinger som ikke er i tråd med normer for faglig forsvarlig praksis (26). Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må derfor bygge på faglige kunnskaper om pasientenes grunnleggende pleie- og omsorgsbehov og sentrale verdier i sykepleie (27). Den juridiske og medisinske forsvarlighetsnormen knyttes til hvor alvorlig de medisinske konsekvensene er, og overskrides først når det er fare for liv og helse.

Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må imidlertid omfatte noe

mer enn det medisinske og juridiske forsvarlighetsbegrepet hvis det skal være i tråd med sykepleiefaglige normer og verdier. Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må både knyttes til en faglig akseptabel minstestandard for grunnleggende pleie- og omsorgstjenester, og til menneskeverdet. Det vil si verdirasjonelle handlinger som gjør livet levelig for den syke her og nå. Uforsvarlighet vil være ikke å handle i tråd med forsvarlighetsnormen, for eksempel ved å unnlate å utføre handlinger pasientene har krav på (26). Det innebærer at forsvarlighetsnormen i sykepleie overskrides når basale fysiologiske, psykososiale og åndelige behov ikke ivaretas, eller når verdier som respekt og verdighet krenkes. I praksis betyr det at en pasient som får hjelp til å få dekket sitt behov for mat og drikke, både må sikres tilstrekkelig næringsinntak, men også oppleve seg sett og ivaretatt i situasjonen. Det betyr at sykepleierne må ha tid til å spørre pasienten hva slags mat han kan tenke seg å spise og tilrettelegge måltidet slik at pasienten får lyst til å spise. Hvis pasienten har dårlig matlyst og trenger sosialt fellesskap for å få i seg maten, må sykepleieren ha tid til å sette seg ned å påse at maten blir spist. Sykepleierne må ha tid til samtale og støtte når pasienten føler seg ensom og tid til trøst når pasienter sørger. Det er særlig knyttet til pasientenes psykososiale behov at tjenestene ikke er forsvarlige i dag (1–3,6).

Samtidig er faglig forsvarlighet ikke et statisk begrep, men

en minstestandard for praksis som forandrer seg over tid (19,28). God sykepleiepraksis refererer ofte til en standard som ligger over forsvarlighetskravet (26). Det er imidlertid uklart hvilken standard som gjelder for god sykepleiepraksis. Slik jeg ser det vil det være vanskelig å skille god praksis fra hva som er faglig forsvarlig. Det er fordi forsvarlige tjenester begrunnet i menneskeverdet må ta hensyn til hva pasienten opplever som god ivaretagelse. Det innebærer at et forsvarlighetskrav i sykepleie også må handle om god praksis. Pasienter kan imidlertid ha ulike oppfatninger av hva som er godt. Det som defineres som god sykepleiepraksis hos en pasient vil være forskjellig og kunne endres. Det innebærer at et forsvarlighetsbegrep i sykepleie må legge til grunn verdier som ivaretar fleksibiliteten i relasjonen mellom sykepleier og pasient samt vise til en minstestandard for det som ansees som akseptabel faglig praksis (29).

#### Sykepleiens fundament

I sykepleie er omsorgsfull ivaretagelse av pasientene selve fundamentet faget bygger på (21,23,30). En sykepleier kan ikke handle forsvarlig uten å være omsorgsfull. Samtidig krever det å yte omsorgsfull hjelp faglige kunnskaper og innsikt. Et eksempel er hvordan en sykepleier hjelper en pleietrengende med å ivareta personlig hygiene. Hjelp til vask og stell kan være krenkende hvis det ikke gjøres både med faglig innsikt om kropp, sykdom og



Illustrasjonsfoto: Colourbox

funksjon, og med holdninger og varhet som ivaretar pasientens integritet. Skal sykepleieutøvelsen være faglig forsvarlig, må bluferdighet og respekt ivaretas slik at pasienten opplever tjenesten som omsorgsfull (19, 31, 32). Samtidig må omsorgen som ytes bygge på faglig kunnskap om hygiene og etikk slik at pasientens behov ivaretas forsvarlig. Dette innebærer at omsorgsbegrepet og omsorgsfull hjelp må være et bærende perspektiv for forsvarlighetsbegrepet i sykepleien. I praksis betyr det for eksempel at når en pasient sitter ved vasken for å få hjelp til morgenstell må hygieniske prinsipper, som å vaske fra reint til ureint, følges når avfallsstoffer fjernes.

En omsorgsfull ivaretagelse, og dermed også forsvarlige tjenester, innebærer imidlertid også et godt håndlag. Det vil si at kluten må være passe våt og varm og holdes på en slik måte at pasienten opplever det godt å bli vasket og at huden ikke skrapes opp. Samtidig må sykepleieren være høflig og oppmerksom i situasjonen slik at pasientens grenser ikke blir krenket. Det kan innebære at pasienten skal få være alene på badet og vaske seg selv hvis han vil og klarer det.

#### Hensikt og ansvar

Forsvarlighetsbegrepet i sykepleie må bygge på hensyn som er relevante for den funksjonen sykepleierne har og den omsor-

gen sykepleieren skal yte. Det innebærer at begrepet må være i tråd med det som er sykepleierens ansvar og sykepleietjenestens hensikt. En sykepleier skal ivareta grunnleggende behov og daglige tjenester som pasientene ikke har krefter, kunnskaper eller vilje til å klare selv (33,34). Det kan være å hjelpe pasientene med konkrete gjøremål, «gjøre for» pasientene, gi veiledning og støtte slik at pasienten kan ivareta behovene selv, eller ved tilstedeværelse og oppmerksomhet i møtet med vanskelige livssituasjoner. Sykepleietjenestens hensikt og sykepleierens ansvar er på denne måten sentrale hensyn for et forsvarlighetsbegrep i sykepleie.



## En sykepleier kan ikke handle forsvarlig uten å være omsorgsfull.

### AVSLUTNING

Det er en forutsetning at et forsvarlighetsbegrep i sykepleie må bygge på hensyn som er relevante for sykepleiefaget. Jeg har argumentert for at relevante faglige hensyn handler om hensyn på individnivå, faglige normer og verdier, at omsorgsbegrepet er bærende og at sykepleiens hensikt og ansvar må legges til grunn. Jeg mener at en utdyping av hvilke faglige hensyn et forsvarlighetsbegrep i sykepleie må bygge på er en forutsetning for å gjøre sykepleieperspektivet tydelig.

### REFERANSER

1. **Tønnessen S, Nortvedt P.** Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien forskning. 2012;7:280–5
2. **Tønnessen S, Førde R, Nortvedt P.** Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset, Omsorg på andres premisser. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2009;5:57–71.
3. **Tønnessen S.** The Challenge To Provide Sound and Diligent Care – a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service. Doktorgradsavhandling. University of Oslo. Oslo. 2011.
4. **Thorsen K, Værness K (red.)** Bli omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten. Ad Notam Gyldendal. Oslo. 1999.
5. **Vabø M.** Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. NOVA. Oslo. 2007.
6. **Statens helsetilsyn.** Pleie- og omsorgstjenester på strekk: sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004. Helsetilsynet. Oslo. 2005.
7. **Statens helsetilsyn.** Et Stykkevis og delt tjenestetilbud?: oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Statens helsetilsyn. Oslo. 2006.

8. **Østerud Ø, Engelstad F, Selle P.** Makt og demokratiet: en sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen. Gyldendal akademisk. Oslo. 2003.
9. **Vike H, Haukli H.** Velferdspolitikk ved reisen slutt. Norsk Sykepleierforbund. Oslo. 2007.
10. **Vabø M.** Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten. NOVA. Oslo. 1998.
11. **Nortvedt P, Pedersen R, Grothe KH, Nordhaug M, Kirkeveld M, Slettebo A, et al.** Clinical prioritisations of healthcare for the aged – professional roles. J Med Ethics. 2008;34(5): 332–5.
12. **Tønnessen S, Førde R, Nortvedt P.** Fair Nursing Care When Resources Are Limited: The Role of Patients and Family Members in Norwegian Home-Based Services. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2009;10:276–84.
13. **Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R.** Rationing home-based nursing care – professional ethical implications. Nursing Ethics. 2011;18:386–96.
14. **Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenestene m.m.** 30 mars 1984; nr. 15 [Helsetilsynsloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.com/cgi-wift/wiftloksok?base=QNL&sys=1&felt=titt&emne=statlig+tilsyn&PROS=02> [Nedlastet 06.01.2012].
15. **Statens helsetilsyn.** Veileder for sakyndig uttalelse i tilsynssaker til Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene. Statens helsetilsyn. Oslo. 2010.
16. **Statens helsetilsyn.** Utredning og vurdering av faglig forsvarlighet i klinisk praksis. Statens helsetilsyn. Oslo. 2010.
17. **Halvorsen M.** «Nødvendig helsehjelp» som redskap for prioriteringer. Lov og Rett. 2004;3:143–56.
18. **Kjønstad A.** Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling. 1 ed. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo. 2005.
19. **Molven O.** Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet. Lov og Rett. 2009;48:3–26.
20. **Molven O.** Sykepleie og jus. 1 ed. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo. 2006.
21. **Nortvedt P.** Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk. Universitetsforlaget. Oslo. 2008.
22. **Martinsen K.** Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien. TANO. Oslo. 1993.
23. **Martinsen K, Eriksson K.** Å se og å innse: om ulike former for evidens.

Akribe. Oslo. 2009.

24. **Lov om behandlingsmåten i forvaltningsaker 2 oktober 1967.** [Forvaltningsloven]. Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19670210-000.html&emne=FORVALTNINGSLOV\\*&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19670210-000.html&emne=FORVALTNINGSLOV*&). [Nedlastet 06.01.2012]
25. **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.** 24 juni 2011; nr. 30 [Helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=KOMMUNALE\\*%20%2b%20HELSE\\*%20%2b%20OG\\*%20%2b%20OMSORGSTJENESTER\\*&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=KOMMUNALE*%20%2b%20HELSE*%20%2b%20OG*%20%2b%20OMSORGSTJENESTER*&). [Nedlastet 06.01.2012].
26. **Norsk Sykepleierforbund.** Det du bør vite om Faglig Forsvarlighet. Norsk Sykepleierforbund. Oslo. 2008.
27. **Norsk Sykepleierforbund.** Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Norsk Sykepleierforbund. Oslo. 2007.
28. **Molven O.** Helse og Jus, En innføring for helsepersonell. 6 ed. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo. 2009.
29. **Kjønstad A.** Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling. 1 ed. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo. 2005.
30. **Martinsen K.** Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. TANO. Oslo. 1989.
31. **Braut GS.** Fagleg forsvarleg verksemd handlar om gode prosessar. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2008;19.
32. **Braut GS, Vist jr. J.** Faglig forsvarlighet- garanti og grense. In: Torgauten T-I. (red.). Utviklingshemming og tros- og livssynsutøvelse Rettigheter og tilrettelegging. Universitetsforlaget. Oslo. 2010.
33. **Henderson V.** Basic principles of nursing care. International Council of Nursing. Geneva. 1997.
34. **Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.** 27 juni 2003; nr. 792. Tilgjengelig fra: [http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/for/st/ho/ho-20030627-0792.html&emne=KVALITET\\*%20%2b%20I\\*%20%2b%20PLEIE\\*%20%2b%20OG\\*%20%2b%20OMSORGSTJENEST\\*&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/for/st/ho/ho-20030627-0792.html&emne=KVALITET*%20%2b%20I*%20%2b%20PLEIE*%20%2b%20OG*%20%2b%20OMSORGSTJENEST*&). [Nedlastet 06.01.2012]



## TELEFONOPPFØLGING GIR BEDRE SMERTELINDRING

› Oppfølging og kartlegging av pasienterfaringer har gitt bedre informasjon og standardiserte smertepakker.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

Turid Undebakke Schweitz og Merete Trollsås Egeland, begge kliniske sykepleiespesialister ved Dagkirurgen på Lovisenberg sykehus, har tatt initiativ til å innføre telefonoppfølging av pasienter som har vært til behandling på avdelingen. Det har medført bedre informasjon og smertelindring til pasientene.

### FORBEDRING AV TILBUDET

Skarpt vårlys finner veien inn gjennom vinduet på det trange tomannskontoret i fjerde etasje på Lovisenberg sykehus. Vi har funnet plass til to ekstra stoler og hver vår kaffekopp. Egeland og Schweitz forteller at sykepleierne på Dagkirurgen savnet å vite mer om pasientene sine etter at de var kommet hjem fra sykehuset.

– Når pasientene drar herfra etter et inngrep er de som regel ved godt mot, sier Egeland

– De er gjerne lettet over at alt

er vel overstått, og bedøvelsen virker fremdeles.

Begge mener at å ta kontakt med pasientene etter at de har kommet hjem er viktig både for pasientene og de ansatte.

– Hvis vi ikke vet hvordan det har gått med pasientene, kan vi heller ikke forbedre tilbudet vårt, påpeker de.

### REGISTRERES I DIPS

– Vi ringer opp pasienten første postoperative dag, forteller Schweitz.

Hun holder opp et grønt spørreskjema.

– Registreringsskjemaet vi benytter i samtalen er innarbeidet i DIPS, som et sykepleiedokument. Skjemaet består av standardiserte spørsmål med rom for tilleggs kommentarer, sier hun.

– Ved hjelp av data- og statistikkbehandlingsprogrammet QlikView kan dataene analyseres daglig og brukes som utgangspunkt i forbedringsarbeidet på avdelingen.

Pasientene som behandles ved

avdelingen er ortopediske pasienter og øre-nese-halspasienter. Samtlige inngrep blir foretatt i narkose.

### VIKTIG MED TILLEGGS-KOMMENTARER

– *Hva spør dere pasientene om?*

– Vi spør dem om de har hatt smerter og smertegrad, om hvor mye smertestillende de tar og om de følger legens anbefalinger. Og om kvalme, blødning, bandasje og svimmelhet, forteller Schweitz.

– I tillegg spør vi i hvilken grad de er fornøyd med behandlingen og informasjonen de har fått hos oss.

– Egeland og Schweitz ville det skulle være mulig å komme med tilleggs kommentarer.

– De fleste svarer jo at de er fornøyd med behandlingen, men så har de kanskje en tilleggs kommentar som gir oss svært nyttig informasjon.

Sykepleierne opplever ofte at de ikke kommer i kontakt med pasientene og tilstreber derfor at alle skal få beskjed før hjem-



» **FØLGER OPP:** Turid Undebakke Schweitz (t.v.) og Merete Trollsås Egeland på dagkirurgisk avdeling ved Lovisenberg sykehus har fulgt opp og kartlagt pasienterfaringer.

reisen om at de kommer til å bli oppringt.

#### INFORMERER BEDRE

– *Har dere funnet ut noe om pasientene som dere ikke visste fra før?*

– Ja, vi fant blant annet at pasienter som ble operert for åreknuter med en ny teknikk opplevde at de fikk for lite informasjon fra sykehuset, forteller Egeland.

Også her ga alle uttrykk for at de var fornøyde, men tilleggs-kommentarene viste at informasjonen ikke var bra nok.

– Dette har resultert i at det ble laget et nytt informasjonsskriv til disse pasientene, forteller Schweitz.

#### NY SMERTEPAKKE

Fotopererte pekte seg ut når det gjaldt smerter.

– Vi har alltid visst at fotopererte har mye smerter, men telefonoppfølgingen har gjort at vi har fått det dokumentert, sier Egeland.

Hun forteller at denne statis-

tikken har vært et godt utgangspunkt for å lage ny smertepakke til fotopererte.

– Smerteoppfølgingen av fotopererte har hittil vært avhengig av den enkelte kirurg. Dette har resultert i store variasjoner og



Mange sitter hjemme og lurert på ting, men kvier seg for å ringe og spørre.

mangel på struktur i smertebehandling av disse pasientene, sier hun.

#### MINDRE SMERTER

Et annet interessant funn er at mandelopererte har mindre smerter enn man har trodd.

– Registreringen har generelt gitt oss mer kunnskap om pasientenes opplevelser av smerter. Noen operasjoner har vist seg å være mer smertefulle enn man har trodd, mens andre har vist seg å være mindre smertefulle, som mandeloperasjoner.

En positiv effekt av prosjektet er at de ansatte har blitt mer opp-

merksomme på betydningen av å gi informasjon.

– Tilbakemeldingene viser hvor viktig det er at pasientene får tilstrekkelig og rett informasjon. Dette har konsekvenser for hvordan de opplever behandlin-

gen og tiden etter at de har kommet hjem.

Generelt setter pasientene stor pris på oppfølgingen.

– De føler seg sett og opplever telefonoppfølgingen som omtanke, forteller Egeland.

– Mange sitter hjemme og lurert på ting, men kvier seg for å ringe og spørre.

#### LÆRER MYE

Egeland og Schweitz tror de ansatte opplever det å ringe opp pasientene som meningsfylt.

– Vi får viktig informasjon fra pasienter og lærer noe nytt om jobben vår.

# HVERDAGSMAKT

› Truls Juritzen har sett på hvordan makten virker der vi minst venter å finne den.

## Truls I. Juritzen

1961

**Utdanning:** Psykiatrisk sykepleier med doktorgrad i helsefag

**Arbeidssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus, Videreutdanning i psykisk helsearbeid

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

– Før jeg ble sykepleier jobbet jeg noen år som pleieassistent i psykisk helsevern. Der var det mange låste dører og en utstrakt bruk av tvang, forteller Truls Juritzen.

Da ble interessen for maktbegrepet vekket. Nå har Juritzen avlagt doktorgrad ved Universitetet i Oslo, og undersøkt hvordan makten kommer til syne i forholdet mellom pleiere og pasienter på en sykehjemsavdeling. Som metode har han benyttet deltakende observasjon og gjort fokusgruppeintervjuer av ansatte.

### LITE DISKUTERT

Juritzen ble overrasket over hvor liten plass temaet makt hadde på sykepleierutdanningen.

– Det at man ikke diskuterte makt ble startpunktet for min interesse for maktbegrepet.

Interessen resulterte i en hovedfagsoppgave om maktkritikk og selvkritikk i sykepleier-

litteraturen, mens doktorgraden handler om makten i praksis, i sykehjemskulturen.

– Jeg skriver om hvordan maktforholdet er i hverdagslige situasjoner som vi ikke i første omgang forbinder med makt; i en påkledningssituasjon, ved matbordet, under et hårsstell, sier han.

– *Hvorfor valgte du å undersøke maktforholdet mellom pleier og pasient på akkurat sykehjem?*

– Fordi bruken av makt ikke er så åpenbar i de hverdags- og stellsituasjoner man finner i sykehjem, sier Juritzen.

– I psykisk helsefeltet har maktkritikken vært høyt oppe på agendaen i årevis. Derfor valgte jeg det bevisst bort. Jeg ønsket å se på maktutøvelse innenfor et felt der det ikke vanligvis er tematisert.

### FOUCAULT

I avhandlingen tar Juritzen utgangspunkt i den franske filosofen Michel Foucaults maktforståelse og har derfor bevisst

unngått å definere maktbegrepet.

– Foucault understreker viktigheten av ikke å definere makt, fordi ved å definere makt definerer man også hva som ikke er makt. Det at makten er overalt er en viktig tanke hos Foucault, sier han.

– Han er opptatt av en annen type makt enn den sensasjonelle som aktiviseres gjennom overgrep og krenkelser.

Derfor har Juritzen sett på maktutøvelse på i det dagligdage, i stell- og matesituasjoner, hverdagshendelser som repeteres hver dag.

– Jeg forstår dette som analogt til det Foucault kaller maktens kapillærnivå. Dette betegner makten på dens mikronivå hvor den lett blir usynlig og overses, sier han.

– Vi er vant til å tenke på makt som noe negativt, men Foucault var opptatt av at makten kan få oss i bevegelse, til å produsere noe, framfor å hindre at noe skjer. Han mente også at makten er på sitt mest virksomme der hvor den er minst åpenbar.





” Vi er vant til å tenke på makt som noe negativt.

> **MAKTENS IRRGANGER:** Vi definerer det ikke som makt når pleieren på sykehjemmet får stelt håret til pasienten som helst vil slippe, sier Truls Juritzen. Foto: Erik M. Sundt

### PRODUKTIV MAKT

Juritzen mener pleierne på sykehjemmet utøver produktiv makt når de for eksempel får en pasient, som egentlig ikke vil stå opp, ut av senga, eller får ordnet håret til en som egentlig ikke vil bli stelt.

– Fordi vi ikke definerer dette som makt, blir det heller ikke veid og målt på samme måte, mener han.

– Det handler jo om å makte å få pasientene opp av sengen, inn i dusjen og ut til matbordet. Fordi disse oppgavene er så hverdagslige blir de ikke forstått som makt og på den måten står de i fare for å usynliggjøres og blir derfor utilgjengelig for kritisk vurdering.

Juritzen mener empowermentprosesser er et godt eksempel på produktive maktprosesser. En av avhandlingens artikler er også publisert som et kapittel i boka «Makt på nye måter» sammen med Kristin Heggen og Eivind Engebretsen, begge professorer ved Avdeling for helsefag ved Universitetet i Oslo.

– Her ser vi på empowermentbegrepet med et kritisk blikk, forteller han.

– Maktutjevningprosesser handler om å bevege makt; hvilken makt ligger det i å tilføre andre makt?

Juritzen peker på at målet med empowerment er å gi mer makt til personer som har lite makt i utgangspunktet, for eksempel pasienter.

– Empowerment hindrer ikke hjelperens maktutøvelse, men omformer den til en mer indirekte form der pleieren leder brukeren til å lede seg selv, sier han.

### Å MAKTE

Fokusgruppeintervjuene av de ansatte ved sykehjemmet ble gjort i samarbeid med Kristin Heggen.

– De ansatte mente selv at makt vanligvis var lite til stede i arbeidsdagen. Men på direkte spørsmål kom det fram at det hendte de, som de sa, måtte ta noen pasienter «med makt». De opplevde det som smertefullt å

tvinge noe igjennom mot en annens vilje.

Andre situasjoner, der de fikk gjennomført noe mot pasientens vilje ved for eksempel å avlede dem eller snakke om noe annet, ble ikke problematisert fordi de ikke så på det som makt.

– Men dette er også en form for makt, fordi det handler om å makte noe, påpeker Juritzen.

– Avhandlingens perspektiver på makt kommer ikke i stedet for andre maktperspektiver, men i tillegg.

Han mener at å bruke maktperspektivet på et område man vanligvis ikke forbinder med makt gjør det mulig å tenke annerledes.

– Det overraskende i funnene mine er ikke at det er mulig å finne makt i pleiepraksis. Men det var interessant å undersøke tilsynelatende grå og hverdagslige situasjoner for å forstå mer om makten i hverdagspraksisen og slik tilføre et annerledes og spennende perspektiv på kjente fenomener og situasjoner.

# DEMENS – ER VI FORBEREDT?

Det blir stadig flere mennesker i Norge med demens, i denne artikkelen finner du tips til hvor du kan finne informasjon om lidelsen.



Tekst: **Ingrid Moen Rotvik**,  
nettredaktør Legemidler og Samfunnsmedisin  
og folkehelse, Helsebiblioteket.

Ifølge tall fra Helsedirektoratet er det i dag om lag 71.000 personer med demens i Norge. Tallet er antatt å stige til det dobbelte frem mot 2040. Tar vi med de nærmeste pårørende vil 350.000 mennesker være berørt av sykdommen. Hvilke virkemidler finnes for å imøtekomme denne utviklingen?

«Grønn omsorg» var et av temaene på Landskonferansen for NSF's faggruppe av sykepleiere innen geriatri og demens denne våren. Aktivitetstilbudet gir mulighet for rehabilitering, restitusjon, opplevelse og læring. Initiativet «Inn på tunet» (1) er et eksempel på grønn omsorg. Det gir personer med demens mulighet til fysisk aktivitet og mestringsfølelse gjennom å delta i ulike gårdsaktiviteter som stell av dyr og hage, bærplukking, matlaging, vedhogging og så videre, og ikke minst sosial samholdighet med folk i samme situasjon. Det er anslått at dagtilbud av denne typen kan utsette behovet for institusjonsplass med ett til tre år.

## NASJONAL DEMENSPLAN

Rapporten «Glemsk men ikke glemt» (2) fra Helsedirektoratet, sier noe om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Rapporten har vært et steg på veien til det som har blitt «Demensplan 2015» (3); verdens første nasjonale demensplan. Den slår fast at innen 2015 skal alle norske kommuner ha et eget demensteam, et svært viktig skritt i riktig retning.

Teamene skal bistå fastlegene i å utrede personer med mistanke om demens og følge opp disse personene og deres pårørende videre i sykdomsforløpet. Planen skal sikre et godt og verdig tjenestetilbud, hovedsakelig gjennom et styrket aktivitetstilbud på dagtid, økt kunnskap og kompetanse i omsorgstjenesten og i samfunnet ellers, og utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjem.

## SPOR AV FREMTIDEN

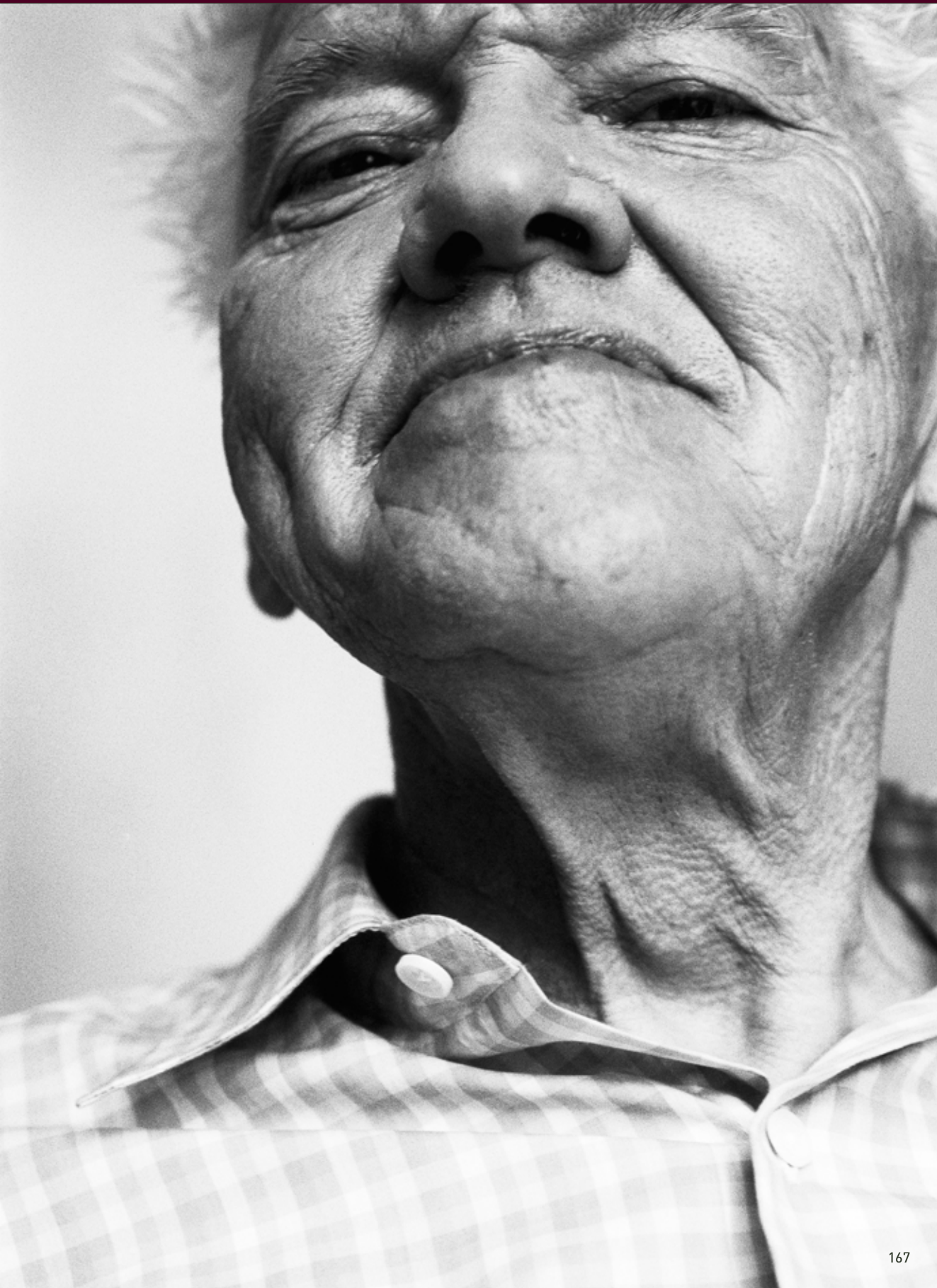
Personer med demens møter en rekke utfordringer i hverdagen, ofte knyttet til rutinemessige oppgaver. For å gjøre hverdagen lettere utvikler forskningsmiljøene stadig nye hjelpemidler, ofte omtalt under samlebetegnelsen «velferdsteknologi». Sintef har et GPS-basert forskningsprosjekt kalt «Trygge Spor» (4). Resultatene viser at lokaliseringsteknologien bidrar til økt trygghet, frihet og livskvalitet – både for personer med demens og pårørende. Gjennom samarbeid med fem norske kommuner ønsker forskerne å finne ut hvordan man best kan utnytte teknologien med «global positioning system – GPS» til hjelp for personer med demens.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har mer informasjon om velferdsteknologi (5), blant annet en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten knyttet til etiske utfordringer. Her kan du også lese mer om prosjektet «Almas hus» og om visningsleiligheten i Oslo der man kan se ulike tekniske løsninger på nært hold.

## UTREDNINGSVERKTØY

Med henblikk på utredning finnes både verktøy rettet spesielt mot helsepersonell i sykehjem og for leger i kommunehelsetjenesten. Det er også





utarbeidet sjekklister for demensutredning, testark inkludert «komporentintervju for kjøreferdigheter» og oppfølgingsverktøy. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har samlet alt på én nettside. Her finner du også sentrale tester som MMSE, klokketesten og Cornell-skala for depresjon (6). Flere tester og verktøy finner du på Helsebibliotekets emneside for psykisk helse, under skåringsverktøy>alderspsykiatri (7).

### RETNINGSLINJER

Det nærmeste vi kommer en nasjonal retningslinje for demensutredning i Norge, er veilederen fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse «Demensutredning i kommunehelsetjenesten» (8). Denne finner du på Helsebibliotekets retningslinjeside under tema «eldre», sammen med andre retningslinjer på eldreområdet, eksempelvis offisiell metodebok i geriatri og prioriteringsveilederen i geriatri (9).

### LEGEMIDLER

En eldre institusjonsbeoer kan stå på mange forskjellige legemidler. Dette innebærer betydelig risiko for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Uheldig bruk av antipsykotika, legemidler med antikolinerg\* effekt samt beroligende midler og sovemedisin, har vist seg å være utbredt. Dette er faktorer som også må tas med i betraktningen når en person utredes for demens. Den svenske sosialstyrelsen har laget en oversikt med «Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre» (10).

Ved mistanke om demens skal utredningen følge et fast program, der andre somatiske og psykiske sykdommer og legemiddelbivirkninger utelukkes. Landstinget i Uppsala län har laget terapianbefalingen «God läkemedelsterapi hos äldre» der de gjennomgår ulike legemidlers

positive og negative effekter i forbindelse med ulike typer demens (11). På Helsebibliotekets legemiddelside finner du mer informasjon om eldre og legemidler.

### DISKUTER ERFARINGER

Facebookgruppen «Hverdagsrehabilitering» har blitt en ressurs innen fagmiljøet for utveksling av ideer og tips til nyttig fagstoff om eldre og demens. Her finner du også informasjon om konferanser, møter og andre aktiviteter for inspirasjon og hjelp i arbeidet med demenssykdom.

\*Antikolinerge legemidler er en gruppe legemidler som hemmer eller blokkerer acetylkolinets effekter på det perifere og sentrale nervesystemet, og hemmer dermed det parasympatiske (kolinerge) nervesystemet (<http://sv.wikipedia.org/wiki/Antikolinergika>).

### REFERANSER:

1. <http://gml.innovasjon Norge.no/Satsinger/Landbruk/Innpa-tunet/>
2. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemskmen-ikke-glemt-rapport-om-demens/Sider/default.aspx>
3. [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/planer/2011/demensplan-2015-den-gode-dagen.html?id=663429](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2011/demensplan-2015-den-gode-dagen.html?id=663429)
4. <http://www.sintef.no/trygge-spor>
5. <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=4988>
6. <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=634>
7. <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse>
8. <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=1598>
9. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/eldre>
10. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-29>
11. <http://goo.gl/oDsBK>

# OM KORREKTUR

Korrekturlesningen av en vitenskapelig artikkel er det siste man gjør før artikkelen sendes til trykkeriet.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Resultatet av korrekturlesningen avgjør hva som publiseres. Hvis forfatteren og redaksjonen ikke gjør en grundig jobb i denne fasen, kan mye av det omfattende kontrollarbeidet man har gjort i tidligere faser av manuskriptet være bortkastet. Vi har erfart at noen forfattere tar for lett på den siste korrekturlesningen. Forfattere har godkjent egne manuskripter hvor redaksjonen i etterkant, heldigvis før publisering, har oppdaget at litteraturlisten tilhørte en annen artikkel eller at tabeller og figurer mangler. Men det har også hendt et par ganger at en artikkel er trykket med en tabell for lite eller med feil i tabellen. For å gi manusforfattere og lesere innsikt i hvordan denne kvalitetssikringen foregår har vi valgt å beskrive hvordan vi jobber med korrekturlesning av stoffet vi trykker.

## BEST MULIG

Alt stoffet i Sykepleien Forskning, fra forskningsartikler, innspill, og oppsummert forskning til intervjuer og reportasjer, går gjennom flere runder med språkvask og korrektur. Målet er å produsere et tidsskrift uten skrivefeil, men det skjer antakeligvis aldri. Uansett hvor mange øyne som ser, virker det nærmest som en naturlov at en og annen liten (eller stor) feil oversett. Men flere runder med systematisk korrektur gir oss i hvert fall best mulig resultat. Hovedansvaret for korrektoren ligger hos redaksjonen, men også forfatterne av forskningsartiklene og nyttestoffet får tilsendt artiklene til en siste korrektursjekk, etter at designeren har tegnet ut artiklene og før bladet går i trykken.

## FAGFELLER

Alle forskningsartiklene som publiseres i Sykepleien Forskning blir sendt til vurdering hos fagfeller etter at redaktøren har lest gjennom manuset. Redaktøren retter også opp eventuelle språk- eller skrivefeil. Fagfellenes oppgave er hovedsakelig å kommentere det faglige innholdet, men enkelte av dem retter også skrivefeil. Språket som brukes i forskningsartikler består også av mange fagbegreper. Begrepene er ofte mer spesifikke enn begreper i dagligspråket. Valg av begrepsbruk i artiklene er derfor vesentlig. Små nyanser kan endre opprinnelig mening og bidra til uklarheter eller faktisk endre forståelsen av teksten. Etter at manuset har vært hos fagfeller, som sannsynligvis har foreslått noen endringer, blir det revidert av forfatter som sender det tilbake til redaktør. Hvis det er snakk om store endringer blir manuset gjerne sendt tilbake til forfatter for en siste runde med justeringer. Deretter blir revidert versjon sjekket av statistiker og endelig godkjent for publisering. Publiseringsklart manus blir deretter overtatt av redaksjonssekretær som «desker» manuset.

## DESKING

Desking innebærer språkvask og redigering, og ved forslag til store endringer, for eksempel å erstatte et sentralt begrep med et annet, eller fullstendig endre en setning, diskuterer vi dette med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson. Ofte har vi forslag til nye titler på artiklene, hovedsakelig fordi forfatternes forslag er for lange, uklare eller fordi vi mener vårt forslag vil gjøre dem mer søkbare på nettet. Vi kommer også med forslag til nye mellomtitler hvis disse er for lange. Vi ser helst at mellomtitlene er så korte at de bare går over en linje, det vil si at de kun består av to eller tre ord. Små justeringer, som for eksempel å rette



opp skrivefeil, eller å dele en spesielt lang setning i to, drøfter vi ikke med forfatter underveis. Vi prøver også gjennomgående å gjøre språket mer aktivt (se nyttestoff om språkråd i Sykepleien Forskning nr. 2-2012). Manuset blir jo uansett sendt til forfatter for en siste gjennomlesning og sjekk før det sendes i trykken. Hvis forfatteren ser endringer som han eller hun er uenige i kommer vi frem til en løsning som alle kan leve med. I tillegg blir alle manuskripter rettet med «Tansa», som er det korrekturprogrammet vi benytter på alle Sykepleiens utgivelser. Tansa kan likevel ikke erstatte det menneskelige øye, fordi den kun retter stavefeil når et ord ikke finnes, og enkelte grammatikalske feil som «en» eple i stedet for «et» eple. Hvis det for eksempel står en «hest» når det egentlig skal stå en «helt», vil Tansa ikke rette dette.

### SETTING

Når manuset er ferdig redigert blir det tegnet ut, eller «satt», av grafisk designer. Det er dette resultatet som sendes til forfatterne som pdf, slik at de får en siste sjanse til å sjekke at alt er på plass, at tabeller og figurer er blitt korrekte og lese korrektur. Alle tabeller og figurer blir tegnet helt på nytt av grafisk designer, derfor hender det ikke sjelden at disse har feil eller mangler; en kolonne som har forskjøvet seg, et komma på feil sted eller opplysninger som har falt ut. Derfor ber vi alltid om at tabeller og figurer sjekkes ekstra nøye av forfatter, som har førstehåndsinformasjon om hvordan de skal se ut og hva de skal inneholde. En annen feil som gjerne oppstår under settingen er orddelingsfeil da teksten skal passe inn i kolonner av en gitt størrelse. Forfatterne melder deretter inn alle feil og mangler ved artikkelen til redaksjonssekretær, på e-post eller telefon.

### SISTE RUNDE

Alle artiklene blir også korrekturlest av redaksjons-

sekretær eller en annen språkkyndig person i redaksjonen. Rettelser føres inn i pdf-en, på papir med rød penn, sammen med rettelser fra forfatterne. Pdf-en med rettelser leveres så inn til grafisk designer som retter opp versjonene i den digitale versjonen. Deretter blir det skrevet ut nye, rettede pdf-er som leveres til redaksjonssekretær. Redaksjonssekretær kontrollerer at rettelser er forstått og riktig utført av designer. Når denne siste runden er gjennomført blir bladet sendt til trykkeriet.



I denne spalten stiller vi seks faste spørsmål om sykepleieforskning til forskjellige fagfolk.

**Kari Bugge**

Fagsjef, Fag- og helsepolitisk avdeling, NSF.

# SYKEPLEIEFORSKNINGEN ER GOD OG NØDVENDIG

> Kari Bugge mener sykepleieforskning bidrar til å gjøre helsetjenesten bedre for brukere og pårørende.

Fortalt til Susanne Dietrichson

## 1. Hvorfor trenger vi sykepleieforskning?

– Vi trenger oppdatert kunnskap innen fagområdet sykepleie for å bedre kvaliteten på og utvikle tjenester til pasienter, brukere og pårørende. Til dette trenger vi sykepleiere som kan se behov og utviklingspotensialer og formulere problemstillinger vi trenger å forske på ut ifra disse.

## 2. Hva mener du det bør forskes mer på?

– Sykepleievitenskapelige emner som pasient, pårørende og brukeres opplevelser og mestring knyttet til sykdom og lidelse. Kvalitetsindikatorer innen sykepleie og forbedringer av tjenester i alle deler av helsetjenesten. Metode og intervensjonsforskning samt prosedyreutvikling.

## 3. Hvilken norsk forsker har betydd mest for deg og hvorfor?

– Da må jeg svare Marit Kirkevold. Hun stimulerte meg til å bruke kvalitativ forskningsmetode og metodetriangulering og lærte meg ulike metoder for implementering av forskning i praksis. Jeg har brukt alt jeg har lært av dette, og det har fungert godt i praksis.

## 4. Hva bør en nyutdannet sykepleier vite om sykepleieforskning?

– En nyutdannet sykepleier bør vite hvor mye av det hun eller han har av kunnskap som er begrunnet i sykepleieforskning og være bevisst på hvor hun eller han henter kunnskap fra. Nyutdannede sykepleiere må også vite hvor de kan finne resultater av sykepleieforskning og hvordan denne kunnskapen kan brukes.

## 5. Hvordan skal vi få sykepleiere til å lese mer forskning?

– Jeg tror det er nødvendig å gjøre forskningen mer tilgjengelig, blant annet ved å popularisere og skrive tydelig om hvordan resultatene kan anvendes. Utdanningene har også et ansvar for å stimulere studentenes nysgjerrighet på sykepleieforskning, og praksisfeltet må legge til rette for forskningssøk og sette av dager til fordypning for sykepleierne.

## 6. Hvilket råd vil du gi sykepleieforskere?

– Vær stolte og tydelige! Den forskningen dere gjør er god og nødvendig for pasienter, pårørende og brukere. Samarbeid så mye dere kan; støtt og styrk hverandre. Vær ryddige i metodebruk, da vil resultatene bli akseptert. Ikke tål at andre profesjoner mener kvalitativ forskning ikke er godt nok. Det er problemstillingene som skal bestemme metoden og kvalitativ forskning er velegnet til å fordype seg i blant annet pasientopplevelser og mestring.





” Jeg tror det er nødvendig å gjøre forskningen mer tilgjengelig.

# HVORDAN SAMMENLIKNE STAT

I denne artikkelen kan du lese om hvordan man bruker statistikk til å sammenlikne to grupper.

Av **Kjetil Gundro Brurberg**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og **Hugo Hammer**, Institutt for informasjonsteknologi, Høgskolen i Oslo og Akershus

I forrige nummer av Sykepleien Forskning argumenterte vi for at grunnleggende forståelse av statistikk er viktig for å forstå forskningsartikler, og vi definerte sentrale begrep som statistiske fordelinger, populasjon og tilfeldige utvalg (1). I denne artikkelen skal strikken tøyes enda litt lenger, og vi skal se nærmere på hvordan vi kan bruke statistikk til å sammenlikne to grupper. Et eksempel kan være å sammenlikne en gruppe personer som har fått en bestemt type medisin med personer som bare har fått placebomedisin. Vårt mål er å gi leseren tilstrekkelig kunnskap til å forstå statistikken som svært mange forskningsartikler baserer seg på.

## GJENNOMSNIITT OG STANDARDVAVIK

Det er kjent at høyt kolesterolnivå øker risikoen for hjerteinfarkt og andre karsykdommer. Vi ønsker nå å undersøke hvordan det står til med kolesterolnivået til nordmenn. Vi måler derfor kolesterolnivået til 30 tilfeldige nordmenn (tabell 1). I mange forskningsartikler oppsummerer man et slikt datasett med to verdier, en for sentraltendens, for eksempel gjennomsnitt og en for variansen, for eksempel standardavvik. Gjennomsnittsverdier er kjent stoff for de fleste, og vi nøyer oss med å fortelle at gjennomsnittet for dette datasettet er 5,28 mmol/liter.

Av det samme datasettet ser vi at verdiene varierer omtrentlig mellom 3,5 og 7,5 mmol/liter, og vi kan regne ut at standardavviket er 1,15. Hvordan kan du finne svar på andre steder (2), for de detaljene ønsker vi ikke å grave oss ned i her. Det som er viktig å vite er at standardavvik er tall som forteller oss hvor mye kolesterolet varierer mellom de ulike personene. I figur 1 viser vi to fiktive datasett, et med liten varians og et med stor varians.

## HVA ER KONFIDENSINTERVALL?

Tabell 1 viser hvordan det står til med kolesterolnivået til 30 enkeltpersoner, men vi er mer interessert i hvordan det står til med kolesterolnivået til hele den norske befolkningen (populasjonen). Siden de 30 personene er en del av befolkningen er det naturlig at de også kan fortelle en del om hvordan det står til i befolkningen. I de fleste situasjoner er det umulig å gjøre målinger for alle i hele landet (1), og derfor er vi nødt til å basere analysene på et tilfeldig utvalg som for eksempel de 30 personene. Vi trenger derfor et verktøy som systematisk kan benytte dataene fra et utvalg til å si noe konkret om hele befolkningen. Et konfidensintervall er nettopp et slikt verktøy. Her vil vi prøve å forklare hva resultatet betyr. Regner vi ut et 95 prosent konfidensintervall for dataene i tabell 1 vil vi få følgende resultat: [4.85, 5.71]. Det betyr at vi med 95 prosent sikkerhet kan si at det gjennomsnittlige kolesterolnivået til hele den norske befolkningen ligger et eller annet sted mellom 4,85 og 5,71 mmol/liter. Konfidensintervallet benytter

**TABELL 1:** Kolesterolnivå for 30 tilfeldig valgte nordmenn. NB data er fiktive.

Kolesterolnivå (millimol per liter)
4.7, 4.1, 4.9, 4.0, 5.7, 5.5, 3.8, 4.1, 6.0, 5.4, 3.8, 4.0, 5.8, 3.3, 6.4, 6.4, 6.5, 5.1, 6.0, 7.3, 7.7, 5.3, 6.4, 6.5, 4.5, 6.5, 5.4, 3.9, 5.2, 4.2

# ISTISK?



altså de 30 tilgjengelige målingene til å si noe om hva slags resultat vi ville fått hvis vi hadde tatt oss bryet med å måle kolesterolet til alle i hele befolkningen og deretter beregnet gjennomsnittet. Det er kanskje ikke overraskende at konfidensintervall har stor nytteverdi innen forskning og andre steder hvor data analyseres.

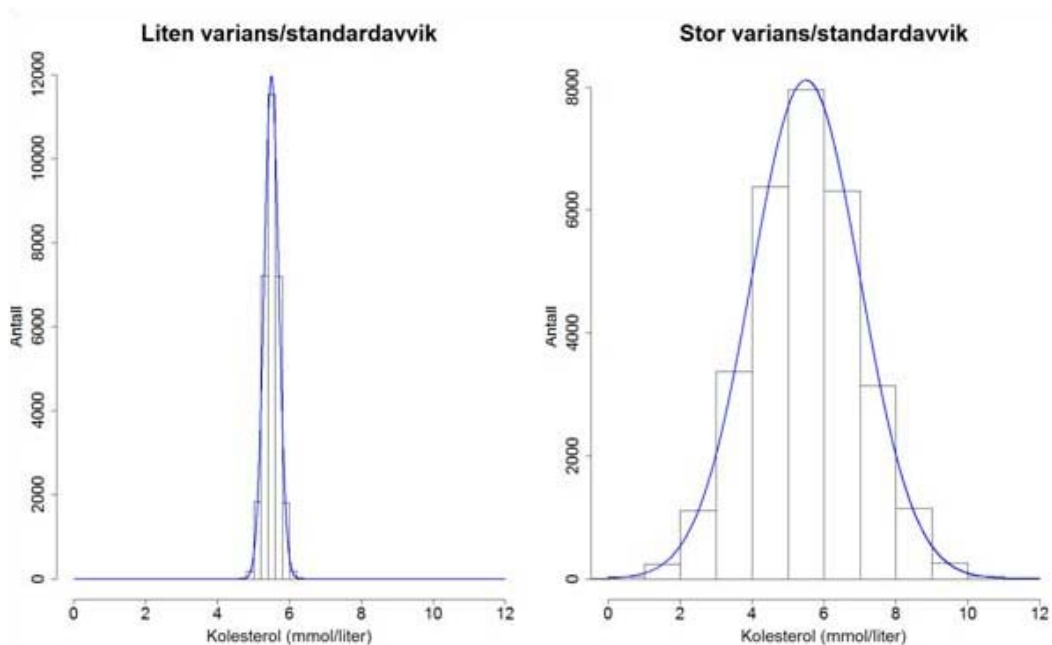
## HVA PÅVIRKER BREDDEN?

Nå kunne vi kanskje tenkt oss et konfidensintervall som var smalere enn det vi fikk i avsnittet over. Det er i hovedsak to faktorer som gjør at et konfidensintervall blir bredt, stor varians i dataene og få målinger. Det finnes en måte å redusere variansen i en statistisk

analyse, men det går utenfor hva vi kan skrive om her. Flere målinger vil også gjøre konfidensintervallet smalere fordi flere målinger rett og slett betyr at vi har mer informasjon om hele befolkningen og dermed kan vi med større sikkerhet si hva det gjennomsnittlige kolesterolnivået i befolkningen er. Hadde vi for eksempel hatt 3000 målinger i stedet for 30 målinger, men med samme gjennomsnitt og varians, ville konfidensintervallet blitt: [5.24, 5.32], altså mye smalere.

Så langt har vi kun sett på populasjonen som hele den norske befolkningen, men i praksis kan en populasjon vise til mye forskjellig. Ønsker vi å studere hvordan ulike kommuner har tilpasset seg en ny

**FIGUR 1:** Eksempler på to fiktive datasett med henholdsvis liten og stor varians/standardavvik. I histogrammet til venstre ligger i praksis alle verdiene mellom 5 og 6 (liten varians) sammenliknet med datasettet til høyre hvor verdiene ligger spredd mellom 0 og 12 (stor varians).



helsereform, vil populasjonen være alle norske kommuner og utvalget et tilfeldig utvalg av disse. Ønsker vi å studere kvaliteten på maten på et sykehus kan alle måltider som serveres på sykehuset gjennom året sees som en populasjon, mens utvalget er et sett tilfeldig valgte måltider. Ønsker vi å studere hvordan pasienter med forhøyet kolesterolnivå responderer på statiner kan populasjonen være alle nordmenn med totalkolesterol over en gitt grense. Men vi kan også peke ut en smalere populasjon ved å si at vi bare er interessert i dem som samtidig tilfredsstillt ett eller flere tilleggskriterier. Her kan det nevnes at variasjonen i et datasett kan påvirkes av hvordan populasjonen er definert. En snevert definert populasjon resulterer ofte i mindre naturlig variasjon og smalere konfidensintervall.

### HVORDAN MÅLE FORSKJELLER?

Vi har nå sett hvordan vi bruker statistikk til å si noe om en populasjon basert på et mindre utvalg. I enkelte sammenhenger, som for eksempel spørreundersøkelser og prevalensstudier, er det nettopp dette vi ønsker å bruke statistikken til. Andre ganger er vi mer interessert i å sammenlikne to grupper. Vi kan lure på om det er trening eller kognitiv behandling som hjelper best mot depresjon, eller om Birkendeltakelse øker risiko for hjerteinfarkt. I prinsippet åpner statistikken for å sammenlikne det meste, men det er en stor fordel hvis vi kan forutsette at de to gruppene vi sammenlikner er like ved oppstart. Tenk deg at vi sammenlikner risiko for hjerteinfarkt blant Birkendeltakere og en gruppe mennesker som mosjonerer jevnlig uten å delta i Birken, og vi ser at forekomsten av hjerteinfarkt er større blant Birkendeltakerne. Det er lett å hoppe raskt til en konklusjon, men vent! Er dette en rettferdig sammenlikning, eller kan forskjellen like gjerne skyldes at de som deltar i Birken har større konkurranseinstinkt, mer stressende jobber og generelt er mer stressete mennesketyper? Det finnes statistisk verktøy som kan justere for antatte ulikheter mellom grupper, men analysene blir mer komplekse og resultatene

mer usikre enn når vi sammenlikner likt mot likt.

Den eneste måten vi kan være ganske sikre på at vi starter ut med å sammenlikne likt mot likt er ved randomisering hvor deltaker til de ulike gruppene er trukket ut tilfeldig. Et eksempel på dette ser vi i en norsk studie der forfatterne blant annet ønsker å undersøke om statiner (fluvastatin) har større innvirkning på kolesterolet enn placebomedisin [3]. Forfatterne ønsker å kontrollere effekten blant stillesittende og overvektige menn som får medisiner mot høyt blodtrykk (populasjonen), og de rekrutterer 83 personer som blir tilfeldig fordelt til å få placebo-medisin (n=41) eller fluvastatin (n=42). Vi kan si at forfatterne har delt sitt opprinnelige utvalg inn i to mindre utvalg som hver for seg spiller den samme populasjonen.

### GJENNOMSNIITT FØR OG ETTER

Deler av resultatene fra fluvastatinstudien er oppsummert i tabell 2. Vi ser at gjennomsnittlig totalkolesterol ved oppstart er ganske likt (6,02 versus 5,88 mmol/liter). Den lille forskjellen kan enkelt forklares av tilfeldige feil [1]. Mer interessant er det å studere medisineringsens påvirkningskraft. På den ene siden kan vi se på utviklingen i de to gruppene hver for seg, også kalt før- og ettersammenligninger. De 42 personene i fluvastatingruppen fikk i gjennomsnitt endret sitt kolesterolnivå med  $-0,56$  mmol/liter (tabell 2). Et 95 prosent konfidensintervall er da gitt ved  $[-0,80, -0,32]$  mmol/liter. Med referanse til vår tidligere beskrivelse av konfidensintervall kan vi si at hvis vi hadde gitt fluvastatin til alle stillesittende og overvektige norske menn med høyt blodtrykk så ville deres gjennomsnittlige kolesterolreduksjon ganske sikkert (95 prosent) ligget et sted mellom 0,32 og 0,80 mmol/liter.

Basert på konfidensintervallet over er det fristende å konkludere at fluvastatin reduserer kolesterolnivået til stillesittende og overvektige menn, men igjen må vi være forsiktig med å hoppe for raskt til en konklusjon. Hva om årsaken til kolesterolreduksjonen er at mennene inviteres til å delta i under-

**TABELL 2:** Gjennomsnittlig total kolesterol ved oppstart og gjennomsnittlig endring i kolesterolnivå etter ett års behandling med placebo eller fluvastatin, standardavvik (SD) i parentes. Tallene er hentet fra en norsk randomisert kontrollert studie (3).

	Fluvastatin	Placebo
Gjennomsnittlig total kolesterol ved studiens oppstart	5,88 (0,75)	6,02 (0,98)
Gjennomsnittlig endring i kolesterolnivå etter ett år	-0,56 (0,78)	-0,00 (0,70)

søkelsen? Hva om de som er med i undersøkelsen samtidig får større oppmerksomhet rundt sin egen helse og begynner å spise sunnere eller trene mer? Hittil har vi bare sammenliknet gjennomsnitt før og etter behandling. Vi kan derfor ikke utelukke at den egentlige årsaken til at kolesterolet endrer seg er at mennene får større oppmerksomhet rundt sin egen helse.

### SAMMENLIKNING AV GJENNOMSNIET

Hvis vi ønsker å avgjøre om reduksjonen i kolesterolnivå faktisk skyldes fluvastatin og ingenting annet kan vi sammenlikne med gruppen som får placebomedisin. Med unntak av medisin/placebomedisin er nemlig alt likt mellom disse to gruppene. Ser vi ulike resultater i de to gruppene, må dermed årsaken ligge i selve medisinen. For placebogruppen ser vi at gjennomsnittlig endring er 0,00 mmol/liter (tabell 2). Tilhørende 95 prosent konfidensintervall er [-0,22, 0,22] mmol/liter. Sammenlikner vi de to konfidensintervallene ser vi altså potensielt langt større kolesterolreduksjon i fluvastatingruppen enn i placebogruppen.

De to konfidensintervallene over styrker oss i troen på at fluvastatin virker bedre enn placebo. Det finnes egne tester i statistikken som er laget nettopp for å bekrefte dette. I gjennomsnitt er bedringen 0,56 mmol/liter større i fluvastatingruppen enn i placebogruppen, og for denne gjennomsnittsforskjellen strekkes 95 prosent konfidensintervall fra 0,24 til 0,88

mmol/liter. Dette konfidensintervallet tar høyde for tilfeldige feilkilder i både placebo og fluvastatingruppen. Vi kan derfor si at hvis hele den aktuelle populasjonen hadde fått fluvastatin så ville gjennomsnittlig total kolesterol med 95 prosent sannsynlighet gått ned 0,24 til 0,88 mmol/liter mer enn hvis den samme populasjonen hadde fått placebomedisin. Siden den eneste forskjellen på de to gruppene er medisin/placebomedisin kan vi konkludere med at fluvastatin reduserer kolesterolnivået til stillesittende og overvektige menn med høyt blodtrykk.

I praksis vil forskjeller i gjennomsnitt og konfidensintervall ofte oppgis i samme åndedrag som en p-verdi. Selv om konfidensintervall og p-verdier ofte gir overlappende informasjon er de resultater av litt ulike tilnæringsmåter. P-verdier er et resultat av hypotesetester, og det er ikke fritt for at mange ser på denne p-verdien som noe magisk og absolutt. I neste nummer av Sykepleien Forskning skal vi ta en nærmere titt på hypotesetester, p-verdier og fortolkningen av disse.

### REFERANSER

- 1) Brurberg KG, Hammer HL. Hvorfor trenger vi statistikk? Sykepleien Forskning. 2013;8(1): 78-82.
- 2) Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for helse- og sosialfagene. Gyldendal akademisk, Oslo. 2004
- 3) Hjelstuen A, Anderssen SA, Holme I, Seljeflot I, Klemsdal TO. Effect of lifestyle and/or statin treatment on soluble markers of atherosclerosis in hypertensives. Scandinavian Cardiovascular Journal. 2007;41:313-20

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**GØRILL HAUGAN**

**Tittel:** Self-transcendence, livskvalitet og pleier-pasient-interaksjon blant kognitivt intakte pasienter i sykehjem

**Arbeidssted:** Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleie

**Utgått fra:** NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

**Veileder:** Professor Geir Arild Espne

**Disputas:** 7.mars 2013

**E-post:** gorill.haugan@hist.no

> **Bakgrunn:** Langtidspasienter i sykehjem anses som svært sårbare; de har gjennomlevd sykdom, med påfølgende tap av fysiske funksjoner, sosiale relasjoner og sitt hjem. «Self-transcendence» er et korrelat til velvære i sårbare populasjoner samt ved slutten av livet. Studier viser at pleier-pasient-interaksjonen påvirker syke-

hjemspasienters trivsel og velvære.

**Hensikt:** Å undersøke 1) sammenhengen mellom self-transcendence og fysisk, sosial, emosjonell, funksjonell og åndelig velvære, og 2) i hvilken grad pleier-pasient-interaksjonen påvirker pasientens self-transcendence.

**Metode:** Utvalget består av 202 av 250 kognitivt intakte langtidspasienter i 44 sykehjem fra norske by- og landkommuner. Self-transcendence skala, livskvalitetsskjemaene FACT-G (fysisk, sosialt, emosjonelt, funksjonelt velvære), FACIT-Sp (åndelig velvære) samt Nurse-Patient-Interaction (pleier-pasient-interaksjon) skala ble anvendt. Statistiske analyser ble i hovedsak utført ved bruk av SEM-analyse (Structural Equation Modeling).

**Resultater:** Gjennomsnitt for self-transcendence var lavere sammenlignet med tidligere studier. En to-faktor-modell bestående av interpersonlig og intrapersonlig self-transcendence viste bedre tilpasning til

data og var psykometrisk bedre enn 1-faktor-modellen. Nurse-Patient-Interaction skala ble utviklet og testet og viste gode psykometriske egenskaper ( $=0,91$ ,  $=0,82$ ). Self-transcendence var signifikant relatert til sosialt, emosjonelt, funksjonelt og spirituelt velvære, samt signifikant indirekte relatert til fysisk velvære, mediert via funksjonelt og emosjonelt velvære. Intrapersonlig self-transcendence var signifikant influert av pleier-pasient-interaksjonen, og en mediert effekt på interpersonlig self-transcendence ble identifisert.

**Konklusjon:** Velvære kan økes ved å øke pasientens self-transcendence, både interpersonlig og intrapersonlig. Kvaliteter i pleier-pasient-interaksjonen påvirker pasientens self-transcendence, og dermed velvære. Utvikling av spesifikke guidelines for god sykepleieintervensjon er ønskelig. Det er nødvendig å videreutvikle personalets kunnskaper om og evne til bevisst å anvende pleier-pasient-relasjonen på en helsefremmende måte.



**Kandidat:**  
**SIGRUNN DRAGSET**

**Tittel:** Psykologiske reaksjoner, mestring og sosial støtte i den diagnostiske og preoperative fase av brystkreft

**Arbeidssted:** Institutt for sykepleiefag, Høgskolen i Bergen

**Utgått fra:** Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

**Veileder:** Professor Torill Christine Lindstrøm

**Disputas:** 11. oktober 2012

**E-post:** sigrunn.drageset@hib.no

> **Bakgrunn:** En av ti kvinner får brystkreft. Hvordan kvinner opplever og mestrer perioden før operasjon har betydning for senere psykososial tilpasning.

**Hensikt:** Å beskrive sammenhengen mellom mestring, sosial støtte, psykologiske reaksjoner, og demografiske karakteristikker i den diagnostiske og preoperative fasen av brystkreft.

**Metode:** Mixed-methods-design. Kvantitativ undersøkelse av 117 kvinner med mistanke om brystkreft og kvalitativ intervjuundersøkelse med 21 nylig diagnostiserte kvinner.

**Resultat:** Problemfokuset mestring og kognitivt forsvar, men ikke sosial støtte og følelsesfokuset mestring, hang sammen med mindre angst. God mestring var knyttet til utdanning og emosjonell støtte. Kvinner uten arbeid, med lavt utdanningsnivå, samt enslige/skilte/enker, brukte mer kognitivt forsvar. Kvinner som benyttet defensivt forsvar hadde dårlig sosial støtte. Kvinner som ventet på operasjon brukte mye energi på å håndtere usikkerhet om fremtiden og alvorlighetsgraden av kreften. Ventetiden ble opplevd som lang og vanskelig, men også nødvendig som forberedelse. Å informere andre var vanskelig fordi andre måtte både informeres og trøstes. Karakteristiske mestringsstrategier og mestringsmønstre ble identifisert. Å unngå å bli overveldet av følelsesmessige reaksjoner var et hovedmål i kvinnes mestringsstrategier. Å holde diagnosen litt på avstand hjalp. Sosial kontakt var viktig, men det kunne også

oppleves som problematisk. Helsepersonell var en viktig kilde til sosial støtte.

**Konklusjon:** Helsepersonell kan hjelpe kvinner til bedre mestring i denne sårbare situasjonen ved å være oppmerksomme på kvinners individuelle behov og ulike mestringsstrategier.



**Kandidat:**  
**BORGHILD LØYLAND**

**Tittel:** Kroniske smerter, psykiske plager og helserelatert livskvalitet hos langtidsmottakere av sosialhjelp i Norge

**Arbeidssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus

**Utgått fra:** Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Veiledere:** Professor Tone Rustøen

**Disputas:** 18. april 2013

**E-post:** borghild.loyland@hioa.no

> **Bakgrunn:** Det fantes lite nyere kunnskap om langtidsmottakere av sosialhjelp, en

# DOKTORAVHANDLINGER

kunnskap man trenger for å bekjempe fattigdom i Norge.

**Hensikt:** Å utforske ulike aspekter av kroniske smerter, psykiske plager og helsere-latert livskvalitet blant langtidsmottakere av sosialhjelp i Norge

**Metode:** «Funksjonsevne-studien» fra 2005, er en tverrsnittsstudie blant 1066 sosialhjelpsmottakere fra 14 kommuner i Norge og sosialhjelpen skulle være deres hovedinntektskilde.

**Resultat:** Mange langtidsmottakere av sosialhjelp plages av kroniske smerter (44 prosent), over halvparten har psykiske plager (57 prosent) og livskvaliteten deres er lav.

Langtidsmottakere av sosialhjelp er unge, flertallet er menn, de bor oftere alene, er oftere skilt og har mindre utdanning enn hele befolkningen. En av tre har rusproblemer og en tredjedel har ikke vært i arbeid i mer enn seks måneder. Ulykker og sykdom er oftere årsak til kroniske smerter hos sosialhjelpsmottakerne

enn i befolkningen ellers. Sosialhjelpsmottakerne har oftere smerter i mageregionen og mottar sjeldnere fysioterapi som behandling for smertene.

Sosialhjelpsmottakerne med kroniske smerter er eldre, oftere gift, flere er ensomme og flere har problemer med alkohol sammenliknet med de uten kroniske smerter. De som har sosialhjelp som hovedinntektskilde er «sårbare og vanskeligstilte» og mange har en følelse av håpløshet med tanke på framtiden.

**Konklusjon:** Denne studien viser at ulike profesjoner i offentlige tjenester må samarbeide tett for å finne løsninger for denne gruppen. Et samarbeid på tvers av helsetjenester og NAV kan være hensiktsmessig og nødvendig. Sammensatte problemer krever koordinerte og flerfaglige løsninger. Livsløpsstudier ville vært nyttig for å forstå mer om hvorfor noen blir langtidsmottakere av sosialhjelp.



**Kandidat:**  
**KJERSTI GRØNNING**

**Tittel:** Tittel: Pasientopp-læring og kronisk inflam-matorisk leddsykdom – mestrings og effekt.

**Arbeidssted:** Avdeling for Sykepleierutdanning, Høg-skolen i Sør-Trøndelag

**Utgått fra:** Det medisinske fakultet, Institutt for sam-funnsmedisin, NTNU

**Veileder:** Professor Aslak Steinsbekk

**Disputas:** 24. august 2012

**E-post:** kjersti.gronning@hist.no

› **Bakgrunn:** Å få en kronisk inflammatorisk leddsykdom påvirker hverdagen og den generelle følelsen av velvære. Hvordan mestre det å leve med en kronisk inflammatorisk leddsykdom er ofte et overordnet tema i pasientopplæring. For å utvikle gode kunnskapsbaserte pasientopplæringskurs er det behov for mer kunnskap om hvordan personer med inflammatorisk leddsykdom lever med og mestrer de



utfordringer sykdommen byr på.

**Hensikt:** Hensikten med denne avhandlingen var å fremskaffe mer kunnskap om hvordan personer med inflammatorisk leddsykdom mestrer det å leve med sykdommen, og effekten av en kombinasjon av gruppebasert og individuell opplæring for pasienter med kronisk inflammatorisk leddsykdom.

**Metode:** Det ble gjennomført en kvalitativ studie som undersøkte opplevelsen av mestring hos 26 pasienter med inflammatorisk leddsykdom, og en randomisert

kontrollert studie (RCT) med 141 pasienter som studerte effekten av pasientopplæringen.

**Resultat:** Den kvalitative studien viste at mestring av sykdommen opplevdes som en dynamisk, interaktiv og balancerende prosess hvor pasientene ønsket å leve et normalt liv. Sentrale elementer i pasientenes mestringsprosess ble beskrevet som «å fortsette som før», «lytte til kroppen», «tilpassninger» og «livsholdning». Etter fire måneder viste RCT-studien at pasientene som deltok i pasientopplæringen hadde bedre

velvære og mestringstro, mindre smerter, og økt «mestringsaktivering» enn pasientene som fikk vanlig oppfølging. Etter 12 måneder var fremdeles effekten av velvære til stede, men ikke effekten av mestringstro.

**Konklusjon:** Denne avhandlingen bidrar med ny kunnskap om effekten av opplæring for pasienter med kronisk inflammatorisk leddsykdom, hvordan mestring oppleves, dynamikken i mestringsprosessen, og hvordan synet på et normalt liv endres i et kronisk sykdomsforløp.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).



## Har du tatt doktorgrad?

**Sykepleien Forskning** publiserer nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å sende inn nødvendig informasjon til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).



150



162

## Contents >>

<b>Editorial:</b> We need a holistic health care .....	103
<b>Contributions:</b>	
Berit Rokne: Nurses should research on community health .....	104
Ådel Bergland: Academic excitement in nursing homes .....	107
<b>Summarised research:</b>	
Cochrane .....	108
Research news .....	112
<b>Research articles:</b>	
Elderly, loneliness and home. By Arvid Birkeland .....	114
Continuity in the nursing patients with alternating stays. By Merethe Rusdal and Karina Aase .....	124
Comment: Continuity requires facilitation. By Trine Myrvold Haugseth .....	131
Cognitive milieu therapy in community mental health care. By Mona Sommer og Grethe Eilertsen .....	132
Nurses' evaluation of the relevance of science theory after two years of professional practice. By Karen Louise Pedersen .....	140
Comment: We need a philosophy of science. By Ingrid Lerdal .....	148
What happens when municipalities are charged for patients waiting in hospitals for proper primary care to be established? By Anders Grimsmo .....	150
Essay: Academic qualifications for prudent concept. By Siri Tønnessen .....	158
<b>Research in practice</b> .....	162
<b>Research Interview</b> .....	164
<b>New and useful</b> .....	166



## Innhold >>

<b>Leder:</b> Vi trenger et helhetlig helsetilbud .....	103
<b>Innspill:</b>	
<b>Berit Rokne:</b> Sykepleierne bør forske på kommunehelsetjenesten .....	104
Ådel Bergland: Faglig spennende på sykehjem .....	107
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	108
Forskningsnytt .....	112
<b>Forskningsartikler:</b>	
Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Av Arvid Birkeland .....	114
Kontinuitet i Sykepleien til pasienter med vekselopphold. Av Merethe Rusdal og Karina Aase .....	124
Kommentar: Kontinuitet krever tilrettelegging. Av Trine Myrvold Haugseth .....	131
<b>Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofelleskap.</b> Av Mona Sommer og Grethe Eilertsen .....	132
<b>Etter kvalitetsreformen: Sykepleiers vurdering av vitenskapsteori etter to års yrkespraksis.</b> Av Karen Louise Pedersen .....	140
Kommentar: Vi trenger vitenskapsteori. Av Ingrid Lerdal .....	148
Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Av Anders Grimsmo .....	150
Essay: Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. Av Siri Tønnessen .....	158
<b>Forskning i praksis</b> .....	162
<b>Forskerintervju</b> .....	164
<b>Nytt og nyttig</b> .....	166