

Forskning

04|13



Eldre hjemmeboende i
fare for underernæring

298



I dag har mer enn 65 000 personer i Norge demens. Halvparten bor i eget hjem. Om 40 år er det forventet at antallet er mer enn fordoblet. I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** har May-Karin Rognstad og hennes kollegaer kartlagt ernæringsstatusen til hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demensdiagnose. Selv om disse mottok hjemmetjenester fant forskerne ut at halvparten var underernærte eller sto i fare for å bli det. Studien viser behov for systematisk vurdering og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus.



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
Professor ved Universitetet i Oslo. Seniorforsker ved OUS.



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

Ansvarelig redaktør:
Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaktør: Anners Lerdal
anners.lerdal@sykepleien.no

Assisterende redaktører: **Liv Merete Reinar**
livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no
Kristin Halvorsen kristin.halvorsen@thioa.no
Øyvind Kirkevold oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no
Ådel Bergland adel.bergland@ldh.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Statistiker: Guri Feten
guri.feten@bifk.no

Grafisk produksjon: Sykepleien
Repro og trykk: Color Print A/S

Utgivelsesplan 2014:
20/3, 19/6, 25/9, 4/12
Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Kommunehelsetjenesten trenger et sykepleierløft!

Svakheter ved undervisningen på barne- og ungdomstrinnet i skolen har fått stor oppmerksomhet blant politikere og i media. Problemene er forsøkt løst med forlenget lærerutdanning og store bevilgninger til kompetanseløft for lærerne. Det har heller ikke manglet på oppslag om dårlig omsorg og behandling av eldre i kommunehelsetjenesten, kanskje spesielt etter at samhandlingsreformen ble innført. Men til tross for at «svaret» i utdanningssektoren har vært behov for økt kompetanse, har verken media eller politikere vært synderlig opptatt av økt kompetanse hos sykepleiere og andre yrkesgrupper som tar seg av syke eldre i kommunen. Hvorfor møter ikke opinionen sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten med samme krav, det vil si flere sykepleiere med femårig høyere utdanning (mastergrad)?

Nytteverdien av kompetanse i eldreomsorgen er i dag lite kommunisert: Vi leser stadig om at eldreomsorgen trenger flere hender, aldri hoder. Forståelsen av sammenheng mellom god kvalitet på eldreomsorgen og høy faglig kompetanse er nesten fraværende.

Men det er også et problem at mastergradsutdanningene for sykepleiere ved høyskoler og universitet i svært liten grad gir kandidatene en reell klinisk spesialisering. Det trengs med andre ord ikke bare mer utdanning, men også at den er mer målrettet. Skal kommunehelsetjenesten satse på mastergrad for sykepleiere, må pasientene og samfunnet merke forskjell.

Mastergrader bygget opp rundt den internasjonalt anerkjente Nurse Practitioner-utdanningen er et godt eksempel på en målrettet utdanning som gir sykepleiere en reell klinisk spesialisering. I denne utdanningen har studentene om lag 400 timer veiledet praksis i reelle pasientsituasjoner. Lærerne er med og veileder studentene blant annet i systematisk undersøkelsesmetodikk. Den teoretiske komponenten i studiet omhandler undersøkelsesmetodikken studentene bruker, vurdering av pasientens helsetilstand og iverksetting av tidlig intervensjon.

Nurse Practitioner-utdanningen gir dermed et tilbud til sykepleiere som er motivert for videreutdanning og som ønsker en yrkeskarriere hvor de fortsatt har direkte pasientkontakt. Samtidig svarer denne utdanningen på kompetansebehovet i kommunehelsetjenesten, et behov som vil melde seg sterkere i årene som kommer. Gjennom en mastergrad hvor kliniske ferdigheter prioriteres og studentene tilegner seg kompetanse som gjør at de kan ta større ansvar for pasienter, utredning av helsesituasjonen deres og igangsetting av behandling, kan sykepleierne bedre møte samfunnets forventninger og morgendagens kompetansebehov. Det er på tide med et sykepleierløft.



Redaktør Anners Lerdal

anners.lerdal@sykepleien.no

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Jobber som seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus.

Anners Lerdal

Vital vitenskap

> Aristoteles' bok om dikterkunsten har fremdeles noe å fortelle oss.

Mange husker muligens vagt noe fra skoledagene om at en fortelling skal ha en begynnelse, en midt og en slutt. På nettet – og i skolebøker – kan man finne en rekke nokså meningsløse utdypninger av disse begrepene. Ryggmargsrefleksen hos en humanistisk forsker i slike tilfeller er å søke seg bakover i historien. Det latinske uttrykket «ad fontes» – til kildene – er en dekkende beskrivelse for denne metoden. Ved å gå til originalversjonen kan man få lukt bort senere tiders fortolkninger, feiltolkninger og misforståelser. Går man til kildene med spørsmålet om begynnelse, midt og slutt ender man opp med Aristoteles' bok om dikterkunsten, Poetikken fra cirka 320 før Kristus. Der blir begrepene utfordret på en ganske annen måte.

ARISTOTELES

Først bare kort om dette verket: Aristoteles er opptatt av

å beskrive hva en tragedie er. Han gjennomgår systematisk et stort materiale fra de store tragedieforfatterne fra århundret før ham, Aiskylos, Sofokles og Euripides. På bakgrunn av denne undersøkelsen kommer Aristoteles frem til en bestemt definisjon: Tragedien er etterlikning av en fullstendig handling, og tilføyer at fullstendig i denne sammenheng betyr det som har begynnelse, midte og slutt. Stadig kanskje like selvinnsende og intetsigende, men pass på, for nå følger forklaringen på de tre begrepene: «Begynnelse» er det som selv nødvendigvis ikke kommer etter noe annet. Og tilsvarende: «slutt» er det som naturlig følger etter noe annet, men etter slutten følger intet. Smak litt på dette! Der fikk såpeoperaforfatterne en på trynet, kan man ta seg i å tenke. De lever jo nettopp av aldri å produsere en slutt, etter Aristoteles' begrep.

SÅPEOPERA

En episode i en TV-serie avsluttes gjerne nettopp med en usikkerhet om hva som videre skjer; kanskje døde ikke helten likevel, kanskje skal de elskende ikke gå fra hverandre dersom sånn og slik. Som kjent kan slike serier vare ved i årevis. Å skulle lage noe hvor intet etterfølgende er mulig, er forbeholdt de største dikterne. Men her blander jeg kortene. Som jeg straks skal komme tilbake til har nok langt de fleste såpeoperaforfattere godt kjennskap til sin Aristoteles. Begrepet såpeopera gjaldt opprinnelig amerikanske radioføljetonger i 1920-årene. Disse ble sendt på dagtid, og reklamen i programmet skulle friste hjemmевærende husmødre til å kjøpe såpe og det man i sin tid kalte «husmorprodukter». Forfatterne hadde ikke som oppgave å finne svar på hva menneskets lodd er, men sørge for at husmødrene skrudde på radioen til bestemte tider, slik



Foto: Dan P. Næggard

” Ved å gå til originalversjonen kan man få lukt bort senere tiders fortolkninger, feiltolkninger og misforståelser.

at kanalen kunne få inn mest mulig reklamepenger. Sånn var det i 1920-årene og sånn arbeides det nok i de kommersielle mediehusene fremdeles.

MEDLIDENHET OG FRYKT

Aristoteles sier videre at tragedien skal være bygget opp slik at den vekker medlidenhet og frykt – og samtidig befri oss fra disse følelsene (katarsis er det berømte begrepet for denne befrielse eller renselse). Ikke småtterier, dette. Vi har medlidenhet for det som helten (gjerne uforskyldt) utsettes for – og helten er slik at vi kan frykte for at det samme kan skje oss. Men til slutt, etter at Hedda Gabler har skutt seg, eller Oidipus har stukket ut sine øyne, går vi – merkelig nok – løftet ut av teatersalongen (befrikket for følelsene av medlidenhet og frykt). Alt dette skyldes intet annet enn at plottet er skrudd sammen på den riktige måten. Hvis man har studert Aristote-

les' lille bok om dikterkunsten, så ser man etter hvert for eksempel de store Hollywood-filmene og west-end-teatersuksessene med helt andre øyne. Dagens suksessforfattere kan nettopp bygge opp et plott slik at det gir den best mulige virkning på tilskuerne. Og slike plott-skrivere har nok på sine skrivekurs lært en del av de grepene som Aristoteles beskrev for over to tusen år siden. Når politikere og andre vil ha «gode historier» for å illustrere sine poeng, så er det ut fra en lignende tankegang. De beste medierådgiverne og taleskriverne deres har nok også kikket i Poetikken, vil jeg tro.

NARRATIV MEDISIN

Aristoteles kom frem til sin definisjon av tragedien gjennom å studere et stort antall av dem. I vår tid ville vi si at Aristoteles undersøker et stort tekstkorpus. Dette er en moderne måte å tenke genre på, og som også

inspirerer dagens litteraturforskere. Man kan for eksempel også spørre: hvordan er egentlig sykejournalgenren, noe jeg i sin tid forsøkte å svare på i boken Pasienten som tekst. Mer eller mindre ubevisst inspirasjon fra Aristoteles' metodikk ligger nok i bunnen her.

Hvorfor komme trekkende med Aristoteles her og nå? Vel, innenfor det som av og til kalles narrativ medisin – som motsats eller supplement til den evidensbaserte – vektlegger man blant annet ulike forhold knyttet til kommunikasjon. Mange teorier her kan ha sine utspring i antikkens tekster.

Av og til er det fint å minne om at det i vår kultur og i våre forskningstradisjoner ligger tekster, også vitenskapelige, produsert for over flere tusen år siden, hvorav mange til stadighet kan trekkes frem for å skaffe oss dypere innsikt i denne vår verden og i dette vårt liv.



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

Lars-Petter Jelsness-Jørgensen

Førsteamanuensis Ph.d.,
Høgskolen i Østfold/
Forsker II, Sykehuset
Østfold.



Vi må ikke glemme biologien

› Hvor går grensen for hva som er relevant for sykepleie?

En gang iblant møter jeg, i forskningssøknader så vel som i studiebeskrivelser, kravet om at forskning må være relevant for sykepleie. Men hvor går grensen for hva som er relevant? Hvem har definisjonsmakt i dette spørsmålet, og står vi i fare av å bli for navlebeskuende som profesjon jo snevrere vi definerer relevans? Jeg slutter ikke å bli fortumlet når jeg blir stilt overfor utsagnet, særlig når det kommer fra forskerkollegaer og at det i stor grad oppstår når forskningsprosjekter har integrert naturvitenskapelige variabler. Hva dreier dette seg om? Er det slik at vi avviser naturvitenskapelige forklaringer som en del av et fenomens helhet fordi det ikke passer inn i fagets målsettinger? Skyldes det interne sykepleiefaglige normer, der enkelte ting er mer faglig ukorrekt å beskjefte seg med en andre? Jeg er usikker på svaret, men jeg opplever

at tiden er mer enn moden for å reise diskusjonen. På mange måter går det til kjernen av hva vi tenker vitenskap skal være. Dersom man nærmest blir «tilsmusset» ved å trekke inn naturvitenskapelige variabler, så synes dette å være i konflikt med tanken om at forskning skal være åpen for nye ideer og nysgjerrig søken.

Ifølge WHO vil kronisk sykdom utgjøre en av de største helseutfordringene i årene som kommer. Det betyr at en rekke mennesker må leve med plagsomme symptomer som smerte, fatigue, depresjon og redusert livskvalitet over tid. Når jeg forsker på fatigue, så gjør jeg det ut ifra kunnskap om at fenomenet ikke kan forstås fra et sosialt eller miljømessig perspektiv alene, men også må forstås med bakgrunn i naturvitenskap. Jeg mener det er min plikt som forsker å studere ulike aspekter som

kan tenkes å ha innflytelse på fenomenet. Dels for ikke å møte virkeligheten med et blindt øye, dels for å kunne gi pasientene en best mulig forklaring på plagene og dels for å kunne planlegge målrettede intervensjoner. Sykepleiere har en unik mulighet, gjennom sin nærhet til pasienten, til å integrere kunnskap fra naturvitenskap, miljø og sosiale faktorer, i arbeidet for å lindre pasientens symptomer og forebygge langtidsplager. Spørsmålet er om vi utnytter denne kompetansen godt nok?

Jeg sier ikke at alt er biologi, men at vi ikke må glemme biologi i forskning der dette er naturlig. Vi kan ikke som profesjon la irrasjonalitet og lav takhøyde i spørsmål om relevans komme i veien for fruktbar klinisk forskning. Vi kan ikke havne i en situasjon der vi må skille mellom sykepleieforskning og sykepleiere som gjør forskning.

Antibiotikaproylaks ved urinkateter

Urinveisinfeksjoner er en hyppig årsak til infeksjoner påført i sykehus og 80 prosent av urinveisinfeksjoner i sykehus er relatert til urinkateterbruk. Antibiotikaproylaks før eller under kateterbruk reduserer forekomsten av urinveisinfeksjoner. Slik konkluderer forfatterne i en oppdatert systematisk oversikt.

Urinkateter blir ofte brukt i korte perioder (mindre enn to uker) for pasienter som er innlagt på sykehus. Dette kan føre til urinveisinfeksjoner. Disse infeksjonene kan bidra til lengre sykehusopphold og økte kostnader, men kan også gi ubehagelig symptomer hos pasientene som smerter, feber og frostanfall. Første trinn for å redusere disse urinveisinfeksjonene er å unngå å legge inn kateter, det andre er å fjerne det så snart som mulig. Flere hygieniske tiltak ved innleggende kateter kan også forebygge infeksjoner. Alternative metoder er intermitterende kateterisering og suprapubisk kateterisering.

Strategien å bruke antibiotikaproylaks er kontroversiell. Det er allment akseptert at antibiotika vil forebygge infeksjoner, men denne beskyttende effekt kan føre til økt risiko for bivirkninger fra antibiotika og utvikling av antibiotikaresistente bakterier. Det er mulig å redusere uønskete effekter ved å begrense bruken til spesielt utsatte pasienter, de

som har symptomer som smerte eller feber, eller i gitte situasjoner som ved innsetting og skifte av kateter.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne som står bak oppdateringen av denne systematiske oversikten ville vurdere om én type antibiotikaproylaks er bedre enn en annen eller ingen, med tanke på å forebygge urinveisinfeksjoner, komplikasjoner, livskvalitet og kostnadseffektivitet hos voksne med kortvarig kateterbruk.

Forfatterne inkluderte seks studier og fant at:

- Antibiotika før eller under kateterbruk (minst 24 timer postoperativt) gir mindre risiko for urinveisinfeksjon
- Antibiotika trolig forebygger asymptomatisk bakterieuri
- Antibiotikaresistente bakterier ble funnet i de fleste studiene, men det var ikke direkte linker til bruken av antibiotika
- Allergiske reaksjoner eller andre bivirkninger ble mangelfullt rapportert og forfatterne kunne ikke konkludere

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har oppdatert en oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av antibiotikaproylaks versus ingen antibiotikaproylaks. Forskerne

gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant seks studier med til sammen 789 deltakere. Fire studier omhandlet kirurgiske pasienter, to medisinske pasientgrupper. Studiene var publisert i tidsrommet 1977 til 2006. Studiene hadde lav til uklar risiko for skjevheter. Begrensningene i studiene var i hovedsak relatert til frafallsskjevhet og mangel på «intention to treat»-analyser. Dokumentasjonsgrunnlaget totalt sett ble bedømt til å ha moderat metodisk kvalitet. Forfatterne sier at på grunn av lite informasjon og lite data om bivirkninger og utvikling av resistente bakterier så bør resultatene tolkes med forsiktighet. De gir også anbefalinger for hvilke spørsmål som bør reises i nye randomiserte forsøk.

KILDE

Lusardi G, Lipp A, Shaw C. Antibiotic prophylaxis for short-term catheter bladder drainage in adults. Cochrane database of systematic reviews 2013, Issue 7.

Skrivet av Liv Merete Reinar,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Trening og depresjon

Fysisk trening er trolig effektivt for å redusere depresjonssymptomer. Sammenliknet med psykologiske tiltak eller medikamenter er trening muligens ikke mer effektivt. Slik konkluderer forfatterne i en nylig oppdatert systematisk oversikt.

Depresjon er en vanlig sykdom som rammer over 100 millioner mennesker verden over. Depresjon kan ha en signifikant innvirkning på personers fysiske helse og livskvalitet. I Norge er depresjonstilstander også hyppig; 6–12 prosent har depresjon til enhver tid, betydelig flere rammes en eller annen gang i løpet av livet. Forskning har vist at både medikamentelle og psykologiske tiltak kan være effektive for å behandle depresjon. Likevel vil mange personer foretrekke alternative behandlingsformer. Noen retningslinjer forslår at fysisk trening kan være et valg i behandling av depresjon. Norske myndigheter anbefaler at alle voksne er fysisk aktive minst 30 minutter per dag.

Trening ble i denne oversikten definert som «planlagt, strukturert og gjentakende kroppslig bevegelse som gjøres for å bedre eller opprettholde en eller flere komponenter av fysisk funksjon».

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne som står bak oppdateringen av denne systematiske oversikten vurderte effekten av fysisk trening som behandling for depresjon hos voksne sammenlik-

net med ingen behandling eller et annet tiltak.

Forfatterne inkluderte 39 studier og fant:

- Trening er moderat mer effektivt enn ingen terapi for å redusere depresjonssymptomer
- Trening er ikke mer effektivt enn psykologisk behandling, men denne konklusjonen er basert på lite antall studier
- Trening er ikke mer effektivt enn medikamentell behandling med antidepressiva, men denne konklusjonen er basert på lite antall studier
- Når bare studier av høy kvalitet ble inkludert ble ikke forskjellen mellom trening og ikke-trening så tydelig
- Deltakerne i treningsprogrammer fulgte opp med fra 50 til 100 prosent deltakelse
- Kunnskapen om effekten av trening på livskvalitet er usikker

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

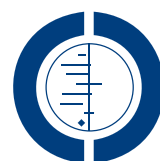
Forskerne i Cochrane-samarbeidet har oppdatert en oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av fysisk trening som behandling for depresjon hos voksne sammenliknet med ingen behandling eller et annet tiltak. Personene som var med i studiene var både generell befolkning og de som var innlagt eller i poliklinisk behandling. Det var flere kvinner enn menn og de var i alderen 22 til 87 år. Alle studiene måtte inkludere voksne

med en depresjonsdiagnose og den fysiske aktiviteten måtte ha en form som kunne defineres som trening. Aktivitetene var for eksempel «aerobic exercise»: 33 studier, løping: 16 studier, tredemølle: tre studier, gå tur: fire studier, saltrening med instruktør: én studie, dans: én studie og sykling/spinning: én studie. Tre studier tilbød trening etter valgfri metode, og flere tilbød en kombinasjon av utholdenhet, kondisjon og styrketrening. Varigheten varierte fra ti dager til åtte måneder, med hovedvekt på cirka fire måneder. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant 39 studier med til sammen 2326 deltakere. Studiene hadde overordnet klar risiko for skjvhet. Begrensningen i studiene var i hovedsak relatert til mangel på blinding av utfallsmåler og frafall i studiene.

KILDE

Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9.

Skrivet av Liv Merete Reinar,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Illustrasjon: Lene Ask

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lerdal**, redaktør i Sykepleien Forskning og seniorforsker ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus.

Forekomst av depresjon hos pasienter i sykehjem

Screening for depresjon bør være standard når pasienter legges inn til langtidsopphold i sykehjem.

Slik konkluderer forskerne som har studert forekomst av depresjon av nylig innlagte pasienter på sykehjem. I tillegg studerte de hvilken medikamentell behandling pasientene ble gitt for depresjon.

Data ble samlet inn fra pasientjournaler, diagnostiske tester og intervjuer i tiden april 2011 til

mai 2012. Alle 27 sykehjemmene i tre kommuner i Rogaland fylke ble invitert til informasjonsmøte og til å delta i studien. Av disse valgte elleve å delta. Pasienter innlagt kortere enn tre måneder ble fortløpende forespurt om å delta. Blant de 123 pasientene som ble innlagt i studieperioden valgte 88 å delta.

Demografiske data ble innhentet fra pasientjournalene. Deltakernes depresjon ble kartlagt og kodet som depresjon i henhold til kriteriene i ICD-10 i International Classification of Primary Care. I tillegg ble det brukt tester som Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) og Geriatric Depression Scale. For pasienter som fikk behandling for depresjon ble medikamentbruk registrert. Etter gjennomgang av journal gjennomførte leger diagnostiske intervjuer av pasientene. Primærpsykele-

erne fylte ut CSDD for den enkelte pasient.

Tjueåtte prosent fikk en depresjonsdiagnose i henhold til ICD-10. Screening med CSDD viste at 72 prosent av pasientene med en skåre = 8 tilhørte depresjonsgruppen. Journalgjennomgangen viste at 19 prosent hadde en depresjonsdiagnose, hvilket viste at journalene inneholdt relativt liten diagnostisk informasjon om pasientenes depressive tilstander. Forskerne foreslår at alle pasienter som legges inn for langtidsopphold screenes for depresjon, og at dette kan gjøres av spesialutdannede sykepleiere.

KILDE

Haugdahl HS, Storli S, Rose L, Romild U, Egerod I. Perceived decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: a Norwegian survey. *Nurs Crit Care* 2013.

Måling av kontinuitet i hjemmesykepleien

I løpet av fire uker mottok pasienter i hjemmesykepleien gjennomsnittlig 51 hjemmebesøk av 17 forskjellige hjemmesykepleiere.

Dette er ett av funnene fra studien som ble gjennomført for å utvikle en målemetode for kontinuitet i hjemmesykepleien for langtidsmottakere som fikk daglig hjelp. Datamaterialet besto av informasjon om hjemmesykepleiebesøk hos 79 pasienter over 70 år

av helsepersonell i tolv kommuner/bydeler. Antall og rekkefølgen personalet besøkte pasientene ble omregnet til en indeks for spredning og en indeks for rekkefølgen den enkelte ansatte besøkte den enkelte pasient over en periode på fire uker. Indeksene brukte hjemmesykepleiernes godkjente hel- tidsturnus som referansemål når de vurderte graden av kontinuitet. Resultater fra målingene av den

faktiske kontinuiteten på besøk av pasientene ble sammenliknet med referansemålet og ga et mål for høyest oppnåelig grad av kontinuitet gitt denne turnusen.

I gjennomsnitt fikk pasientene 51 besøk av hjemmesykepleien, fordelt på 17 ulike personer i løpet av en måned. I denne perioden møtte pasientene den samme personen gjennomsnittlig tre ganger. Dette utgjorde 19 prosent av det som var

Studien viser tydelig behovet for høyt kompetente helsepersonell i sykehjem som har spesialkunnskap om kartlegging av pasientenes psykiske tilstand. Dette for at pasientene skal få en kyndig vurdering av sin helsetilstand og på bakgrunn av den, adekvat oppfølging. Identifisering av behov for behandling og riktig oppfølging er nødvendig for å hjelpe pasientene til best mulig livskvalitet.

> 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

Sykepleieres opplevelse av ansvar ved respiratorbehandling

Sykepleieledere opplevde at sykepleiere hadde større ansvar ved respiratorbehandling enn leger som var ledere.

Dette går frem av en forskningsstudie hvor hensikten var å undersøke hvordan sykepleieledere og ledere med legebakgrunn opplevde sykepleieres ansvar ved respiratorbehandling.

Studien inngår som en del av en europeisk studie av sykepleieres vurdering av sin faglige beslutningsmyndighet ved respiratorbehandling. Ledere ved alle intensivavdelinger som drev respiratorbehandling i Norge ble invitert til å delta i studien. Seksti sykepleiere og 52 ledere med legeutdanning fikk tilsendt spørreskjemaet. Respondentene ble anbefalt å diskutere spørsmålene med personalet som arbeidet med pasienter.

Spørreskjemaet som ble brukt var utviklet i Australia og New Zealand og omhandlet: Sykepleieres ansvarsområder ved respiratorbehandling,

hvor ofte sykepleierne uavhengig tok beslutninger og gjennomførte spesielle oppgaver, sykepleiernes autonomi og innflytelse på behandlingen. Etter at forskerne hadde gjennomført litteraturstudier og snakket med eksperter la de til fem nye spørsmål. Disse omhandlet vurdering av klinisk vurdering av pasientens velvære og sykdomsutvikling.

Sekstire prosent av sykepleielederne og 73 prosent av lederne med legebakgrunn besvarte spørreskjemaene. Svarprosenten fra lokalsykehuse-ene var 92 prosent mens 28 prosent av respondentene ved universitetssykehuse-ene svarte. Ratioen sykepleier respiratorpasient var 1:1 for intuberte pasienter hos 92 prosent av respondentene. Femtini prosent av lokalsykehuse-ene brukte en protokoll for avvenning fra respirator, mens denne andelen var 46 på universitetssykehuse-ene. Sykepleielederne vurderte sykepleiernes autonomi og selvstendighet

ved respiratorbehandling til å være høyere enn lederne med legebakgrunn. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt sykepleiernes vurderinger av pasientenes reaksjoner på endringer på respiratoren.

KILDE

Haugdahl HS, Storli S, Rose L, Romild U, Egerod I. Perceived decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: a Norwegian survey. Nurs Crit Care 2013.

Funnene viste en tendens til at sykepleielederne rapporterte at sykepleierne hadde større ansvar for respiratorbehandlingen enn det lederne med legebakgrunn rapporterte. Hvis funnene stemmer med erfaringer til sykepleier og leger som arbeider med respiratorbehandling, bør funnene diskuteres som et ledd i kvalitetssikringen av

KOMMENTAR

mulig ut fra turnus. Kontinuiteten var under 50 prosent av det som var mulig å oppnå, henholdsvis 15 prosent av kontinuitet med hensyn til spredning og 35 prosent med hensyn til sekvens. Resultatene avdekket et stort potensial for forbedring sammenliknet med referansemålet som var basert på en vanlig heltidsturnus. Hjemmesykepleie for pasienter som mottar daglig hjelp over tid kjennetegnes

ifølge denne studien av lav grad av kontinuitet med hensyn til antall personer og i hvilken rekkefølge personene besøker pasienten.

KILDE

Gjevjon ER, Eika KH, Romoren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. J Adv Nurs 2013.

Studien viser at kontinuiteten var mye lavere enn det turnusen tilsa. Forfatterne har utviklet en generell metode for å tilpasse eksisterende kontinuitetsmål til kontekst. Måling av kontinuitet på hjemmesykepleietjenestene kan gi økt bevissthet rundt kontinuitet og avdekke grunnlag for forbedringsarbeid.

KOMMENTAR





UNDERERNÆRING HOS ELDRE MED DEMENS I HJEMMESYKEPLEIEN



Illustrasjonsfoto:
Erik M. Sundt



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Eldre personer med hukommelsestap er svært utsatt for underernæring. Tidligere studier har i hovedsak fokusert på pasienter som bor på institusjon.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å kartlegge og belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo.

Metode: Det ble gjennomført en

tværssnittsstudie i fire utvalgte bydeler i Oslo, (N=282). Instrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) ble benyttet til innsamling av data. Logistisk regresjonsanalyse ble anvendt for å analysere dataene, og resultatene presenteres i oddsratioer.

Resultater: Studien viser at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom. Omkring halvparten av pasientene

var underernært eller sto i fare for underernæring. Det å være kvinne og ha problemer med matinntak viser seg å være viktige risikofaktorer for underernæring.

Konklusjon: Resultatene i studien viser at det er avgjørende at helsepersonell og pårørende er kjent med risikofaktorene for underernæring. Nødvendige tiltak må iverksettes på et tidlig stadium for å forhindre alvorlig underernæring og sykdom som følge av dette.

ENGLISH SUMMARY

Malnutrition in elderly people living at home with cognitive impairment and dementia

Background: Elderly people with memory loss are particularly vulnerable to malnutrition. Previous studies have mainly focused on elderly living in an institution.

Objective: The purpose of this study is to identify the nutritional status of elderly with dementia who live at home.

Method: The survey design was

conducted in four selected districts in Oslo (N = 282). Mini Nutritional Assessment Instrument (MNA) was used for data collection. Logistic regression analysis was used to analyze the data and the results were presented in odds ratios.

Results: Our results show that malnutrition is highly prevalent among home-living patients with cognitive impairment and dementia. About one-half of the patients were malnourished or were at risk of malnutrition. Being a woman

and having problems with food intake appears to be important risk factors for malnutrition.

Conclusion: One interpretation of these results is that it is essential that health professionals and the patients' relatives are aware of these risk factors, and that necessary measures are implemented at an early stage, in order to prevent severe malnutrition and subsequent disease.

Keywords: Elderly, dementia, nutrition, home nursing.

» Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens

Forfattere: May-Karin Rognstad, Idunn Brekke, Eva Holm, Cecilie Linberg og Nina Lühr

NØKKELORD

- Eldre
- Demens
- Ernæring
- Hjemmesykepleie

INTRODUKSJON

Eldre personer med betydelig hukommelsessvikt er spesielt utsatt for vekttap og problemer relatert til måltider. Dårlig kosthold og dehydrering kan gi redusert hukommelse (1). Det er særlig syke og hjemmeboende pasientene med demenssykdom som er i risikogruppen for å utvikle underernæring (1-2). I denne artikkelen vil vi fokusere på ernæringsstatusen hos eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom og pasienter med kognitiv svikt knyttet til hukommelsestap som trenger tilrettelegging av hjemmetjenesten. Demens er en fellesbetegnelse for flere hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt relatert til hukommelsestap. Sykdomsforløpet kan variere. Verktøyet som brukes for å utrede demens er todelt. Først kartlegges pasientenes situasjon

og den mentale funksjonen testes ved faktaspørsmål og Mini mental statustest (MMS) (3). Deretter bruker man informasjonen dette gir til å stille diagnose. Dette er en tidkrevende prosess. I studiens utvalg har vi både pasienter med diagnosen demenssykdom og pasienter uten diagnose, men med kognitiv svikt, som har behov for variert grad av bistand fra hjemmetjenesten.

Norske studier (2,4-6) viser at forstyrret appetitt og spiseatferd er et betydelig problem hos eldre hjemmeboende med demens. Studiene viser at det er viktig å kartlegge mat- og drikkeinntak ved å lage en oversikt over mengde og typer væske som inntas. Redusert appetitt kan være det første subjektive og kliniske tegnet på vekttap og fare for underernæring (5). Man understreker spisesituasjonens betydning og at tilrettelegging, måltidsmiljø og sosial interaksjon kan være tilstrekkelig for mange med demenssykdom for å oppnå økt energiinntak, trivsel og fysisk funksjon (2,5).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) har som formål blant annet «å sikre at tjenestetilbudet blir tilrettelagt med respekt for den enkeltes

integritet og verdighet». Tilbudet skal tilpasses den enkeltes behov. Loven beskriver et minstemål for hva kommunen skal levere av tjenester til pasientene, det vil si den hjelp og omsorg pasientene har krav på fra kommunene eller bydelene. Helsedirektoratet slår fast at helseforetakene og kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Blant hjemmeboende syke

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at mange hjemmeboende eldre står i fare for å bli underernært og at kvinner er særlig utsatt.

Mer om forfatterne:

May-Karin Rognstad er førsteamanuensis, Dr.philos. ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Idunn Brekke er førsteamanuensis, PhD. Sosiologi ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Eva Holm er fagutviklingspsykepleier i geriatri ved GERIA, Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri. Cecilie Linberg er spesialsykepleier i geriatri, Cathinka Guldbergsenteret Lovisenberg. Nina Lühr er ergoterapeut, fag-, kvalitet og utviklingsleder, Bydel Sagene, hjemmetjenesten. Kontaktperson: maykarin.rognstad@hioa.no

eldre anslår man at forekomsten av underernæring ligger på rundt 10 prosent (8).

Flere studier på demens fokuserer på ernæring og kliniske tegn på vekttap og fare for underernæring hos eldre pasienter i sykehjem (9–14). Underernæring er en av de viktigste faktorene som påvirker eldres helse (12). De nevnte studiene viser at eldre ofte har dårlig ernæringsstatus før sykdom oppstår. Videre viser en oppfølgingsstudie at kvinner ser ut til å være mer utsatt for underernæring enn menn (15). Bioletta og kolleger (16) viser til omsorgsgiveres utfordrende rolle når det gjelder å tilføre tilstrekkelig ernæring for å unngå vekttap hos eldre pasienter med Alzheimers sykdom. Studier framhever at faktorer som dårlig appetitt, glemsel, dårlig tannstatus og situasjonen rundt måltidet, for eksempel det å spise alene, øker sannsynligheten for lavt matinntak og utilisitet vekttap (17–19). Personer som bor alene kan ofte være

spise eller å ta medikamenter, noe som kan påvirke den sosiale interaksjon med personalet som assisterer dem under måltidet.

Aselage (22) framhever at endring i atferd relatert til vansker med å spise mat, motsette seg assistanse og annen uønsket atferd under måltid, krever at man identifiserer og vurderer pasienten med tanke på underernæring. Studier viser at problemer kan oppstå mellom personer med demenssykdom og omsorgsperson som bistår under måltidet (23, 24). Kommunikasjon mellom omsorgsperson og den hjelpetrequende er viktig for å gjøre måltidet til en positiv opplevelse. En studie av sykepleiere og andre omsorgsgivere i sykehjem beskriver omfattende utfordringer. Dette gjelder særlig å kommunisere med og tilføre tilstrekkelig ernæring til pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt for at de skal unngå vekttap (25).

Mange studier beskriver vekttap og underernæring hos

belyse ernæringsstatusen til eldre hjemmeboende pasienter med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten i fire bydeler i Oslo.

Følgende to forskningsspørsmål stilles i denne studien:

- I hvilken grad forekommer underernæring blant eldre hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt?
- Hvilke risikofaktorer for underernæring peker seg ut som særlig sentrale hos denne utsatte pasientgruppen?

METODE

Design

For å besvare forskningsspørsmålene benyttet vi en tverrsnittsstudie med kartlegging ved hjelp av spørreskjema. Studien ble gjennomført i 2012.

Utvalg

Inklusjonskriterier er eldre, hjemmeboende pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt, 67 år og eldre som skåret 3–5 på IPLOS- (individbasert pleie og omsorgsstatistikk) skalaen med variabelen «hukommelse», og som mottar kommunale helsetjenester i hjemmet. Antallet pasienter med demensdiagnose er ikke registrert, men felles for pasientene i utvalget er deres hukommessvikt, som i ulik grad gjør dem avhengige av bistand fra hjemmetjenesten. IPLOS-skalaen er en del av dokumentasjonssystemet GERICA. IPLOS-skalaen med variabelen «hukommelse» henviser til pasientens behov for bistand til å huske inntrufne hendelser, finne fram, være orientert for tid og sted. 1–2=lite eller ingen bistand, 3=middels behov for bistand, 4=stort behov for bistand og 5=full bistand. Totalt i de fire

” En viktig kilde til glede hos eldre er mat.

utsatt for de nevnte faktorer.

En viktig kilde til glede hos eldre er mat, og derfor er det en oppgave for helsearbeidere å stimulere denne gleden hos pasientene sine så lenge som mulig (20). Watson (21) identifiserte problemer knyttet til ernæring ved å definere begrep som «feeding» (mate) og «eating» (spise) i litteraturen som omhandler spiseatferd og måltidsatferd. En oversiktsartikkel (22) anvender de nevnte domene. Faktorer som tannhelse og svelgeproblemer kan føre til uønsket atferd hos personer ved at de nekter å

eldre personer på sykehjem med kognitiv svikt. Flere faktorer framheves som årsak til underernæring, som atferdsproblematikk knyttet til spising, mating eller selve måltidet. Få studier er gjennomført der man har sett på ernæringsstatusen hos eldre, hjemmeboende personer med demenssykdom eller kognitiv svikt.

I denne studien vil vi studere ernæringsstatus hos eldre personer med demenssykdom eller kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten. Hensikten med studien er å kartlegge og

bydelene var det 445 pasienter som skåret 3–5 på IPLOS-skalaen. Eksklusjonskriterier: pasienter som skårer 1–2 på IPLOS-skalaen. Totalt i de fire bydelene var det registrert langt flere kvinner enn menn, 138 menn og 307 kvinner, i alt 445 pasienter. I vår studie deltok 282 (80 menn og 202 kvinner) av de 445 pasientene. Årsaken til at ikke alle 445 pasienter ble tatt med, var at noen var syke og andre ikke ville delta. Pasienter som var syke skilte seg ikke ut fra gruppen som ble inkludert i studien, heller ikke aldersmessig. Det er velkjent at pasienter med kognitiv svikt eller demenssykdom kan ha en betydelig varierende dagsform. Den totale svarprosenten i de fire bydelene var 63,4.

Datainnsamling

For å vurdere ernæringsstatusen til pasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt, har vi benyttet instrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA). Flere studier viser at MNA er et nyttig instrument for å identifisere underernæring hos eldre hjemmeboende personer (12,20,26). MNA er etablert som et av de mest valide og oftest anvendte instrumentene ved screening av eldre personers ernæringsstatus. MNA er derfor en anbefalt del av en omfattende geriatrisk vurdering og spesifikt utviklet for å vurdere eldre personer (8,18,24). I denne artikkelen benytter vi det nevnte MNA-skjemaet til innsamling av data og for å måle underernæring og fare for underernæring.

MNA-skjemaet består av to deler: Screening del I som består av seks spørsmål og screening del II som består av tolv spørsmål knyttet til underernæring.

MNA del I, består av seks spørsmål om:

- Matinntaket har gått ned i løpet av de tre siste månedene på grunn av nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge
 - Vekttap i løpet av de tre siste månedene
 - Mobilitet
 - Opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de tre siste månedene
 - Nevropsykologiske lidelser
 - Kroppsmasseindeks (KMI)
- MNA del II inneholder spørsmål om:
- Bolig
 - Medikamentforbruk
 - Sår
 - Antall måltider per dag
 - Proteininntak
 - Inntak av frukt og grønt
 - Væskeinntak
 - Spisemåte
 - Syn på egen ernæringsstatus,
 - Syn på egen helse
 - Overarmens omkrets
 - Leggens omkrets

En viktig årsak til at vi har valgt å benytte instrumentet MNA er fordi det er enkelt i bruk, uten bruk av invasive metoder og at det er et godt validert screening-instrument (27). MNA er også brukt i norske studier (28, 29). En annen årsak til at vi har valgt å benytte MNA er at Oslo kommune allerede har valgt MNA-instrumentet til kartlegging av ernæringsstatus hos sine pasienter. Det ble besluttet i prosjektgruppen å utforme et tilleggsskjema for innsamling av flere tilleggsdata og bakgrunnsdata med følgende variabler: daglige aktiviteter, boform, boligtype, innkjøp av mat, inntak av mat, bistand, IPLOS-registrering. Prosjektgruppen besto av fire koordinatører fra hver bydel og leder

for prosjektet fra Høgskolen i Oslo og Akershus.

Før start av datainnsamling, gikk hver av de fire koordinatørene gjennom MNA-skjemaet, og vurderte hvordan det skulle fylles ut. Deretter ble det holdt forelesning om kosthold og ernæring for alle sykepleierne og hjelpepleierne som hadde ansvar for å samle data hos sine «faste» pasienter i de fire bydelene. De fire koordinatørene fungerte også som motivatorer for personalet som deltok i datainnsamling og samlet inn utfylte skjemaer som ble videreført til leder for prosjektet. MNA-skjemaet ble utfylt hjemme hos pasientene. Pleierne leste opp spørsmål fra skjemaet som pasientene besvarte. For pasienter som skåret 5 på IPLOS-skalaen var det pleieren som vurderte pasienten.

Analyse

I denne studien benyttes logistisk regresjonsanalyse. Den avhengige variabelen i analysene er ernæringsstatus. Det skilles mellom to utfall: 1= underernært eller i fare for underernæring og 0= normal/ikke i faresonen. En person er definert som normal/ikke i faresonen for underernæring hvis han/hun skåret 12 poeng eller mer i del I av MNA-screeningen. De som skåret 23,5 poeng eller mindre på MNA-screening del II regnes som underernærte eller i fare for å bli underernærte.

Vi benytter en rekke uavhengige variabler i analysen. De inkluderte variablene er valgt ut fordi tidligere studier har vist at de har betydning for ernæringsstatus. Kjønn er kodet 0 for kvinner og 1 for menn. Variabelen IPLOS-registrering skiller mellom 0=middels behov for bistand og 1=stort behov eller

fullt behov for bistand. De som har problemer med matinntak har verdien 1 på denne variabelen, de som ikke har problemer med matinntak har verdien 0. Variabelen hvem gjør matinnkjøp skiller mellom 0=familiehandler, 1=handler selv og 2=praktisk bistand/andre handler. De som bor alene har fått verdien 1 på denne variabelen, mens de som bor sammen med noen har verdien 0. Alder er inndelt i følgende alderskategorier: 1) 63–79 år, 2) 80–84 år og 3) 85–89 år og 4) 90 år og eldre. Alder er ikke inkludert i regresjonsanalysen som er vist i denne artikkelen. Dette fordi det er liten aldersspredning i utvalget og alder viste seg heller ikke å være statistisk signifikant ($p=0,358$). Egenrapportert helse, plass på dagsenter og bistand fra hjemmesykepleien

ble forsøkt inkludert i analysen. Ingen av de nevnte variablene hadde signifikant betydning for pasientenes ernæringsstatus, vi valgte derfor å ekskludere disse variablene fra analysen. «The Variance Inflation Factor» (VIF) benyttes for å identifisere multikollinearitet i en matrise av prediktorer. Den kritiske verdien for VIF blir ofte satt til 10 (30), variabelen bo alene oversteg tallet ti og ble derfor tatt ut av analysen. De andre uavhengige variablene som inngår i den logistiske regresjonsanalysen oversteg ikke den kritiske verdien for VIF. I tillegg har vi også forsøkt å inkludere samspillsledd mellom kjønn og en rekke relevante variabler. Ingen av samspillsleddene var signifikante og er derfor ikke tatt med i analysen.

Fra den logistiske regresjons-

analysen presenteres tre ulike modeller. I modell 1 inkluderes kun kjønn, i modell 2 innlemmes variabelen problemer med matinntak, og til slutt, i modell 3 inkluderes også variabelen hvem gjør matinnkjøp. Signifikansnivået ble satt til 5 prosent ($p < 0,05$). Analysene er gjennomført med statistikkprogrammet STATA, versjon 12.

Etiske overveielser

Prosjektet er registrert hos NSD, prosjektnummer 33174. Alle deltakerne som ble inkludert i studien hadde samtykkekompetanse. Et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse ble lest opp for pasientene av personalet som var ansvarlig for datainnsamlingen. Informasjonen omfattet kort bakgrunn for studien, opplysninger om anonymitet, konfidensialitet og frivillig deltakelse. Resultater fra instrumentet MNA er også overført dokumentasjonssystemet GERICA i de nevnte fire bydelene.

RESULTATER

Tabell 1 viser deskriptiv statistikk over utvalget, i prosentandeler hvis ikke annet er oppgitt. Tabell 1 viser kvartilene på MNA-screening del 1: 25 prosent persentilen var 9, medianen var 11 og 75 prosent persentilen var 12. Videre viser tabell 1 at det er hele 40,4 prosent av pasientene som er i fare for underernæring, mens det er 10,3 prosent i utvalget som var underernært. 47,9 prosent var ikke i faresonen for underernæring. Tabellen viser også at over 30 prosent av pasientene i utvalget har stort behov for eller trengte full bistand (IPLOS-skår 4 og 5) når det gjelder dagliglivets aktiviteter. Det er flere kvinner enn menn

TABELL 1: Deskriptiv statistikk over utvalget, prosentandeler hvis ikke annet er angitt.

	(n=282)
Ernæringsstatus vurdert med MNA skjema,	
sumskåre screening del 1	
25 % persentil	9
50 % persentil	11
75 % persentil	12
Ernæringsstatus vurdert med MNA skjema,	
samlet vurdering del 1 og del 2	
Normal/ikke i faresonen	47,9 (n=135)
Fare for underernæring	40,4 (n=114)
Underernært	10,3 (n=29)
IPLOS registrering: 3–5 på IPLOS-skalaen	
3= Middels behov for bistand/assistanse	67,4
4= Stort behov for bistand/assistanse	28,0
5= Fullt bistands-/assistansebehov	3,6
Kvinne	71,7
Alder	
63–79 år	19,3
80–84 år	23,3
85–89 år	34,0
90 år og eldre	23,3
Problemer med matinntak	9,3
Bor alene	70,7
Hvem gjør matinnkjøp	
Familie	56,1
Handler selv	15,8
Praktisk bistand/andre	28,0

i utvalget, henholdsvis 71,7 og 28,3 prosent. 91 prosent av pasientene angir at de ikke hadde fysiske problemer med matinntak. Videre viser tabell 1 at hele 71 prosent bor alene. Til slutt i tabell 1 ser vi at 56 prosent av pasientene får hjelp av familien til å gjøre matinnkjøp, 16 prosent handler selv og 28 prosent får praktisk bistand.

Tabell 2 viser resultatet fra en logistisk regresjonsanalyse av ernæringsstatus hos brukere av hjemmetjenesten i fire utvalgte bydeler i Oslo. Variablene som er brukt i analysen er kjønn, problemer med matinntak og bistand til matinnkjøp. I modell 1 ser vi at menn hadde 49 prosent lavere odds for å være underernært eller det å stå i fare for underernæring enn kvinner, og resultatet er statistisk signifikant. Resultatet av

denne analysen peker mot at hjemmeboende kvinner med kognitiv svikt er mer utsatt for underernæring enn hjemmeboende menn med kognitiv svikt.

I modell 2 inkluderer vi variabelen problemer med matinntak. Etter at vi har inkludert

Til slutt i modell 3, inkluderer vi bistand til matinnkjøp. De som foretar matinnkjøp selv har 64 prosent lavere odds for å være underernært eller stå i fare for underernæring sammenliknet med dem som får hjelp til handling fra familien. Det er

” Hvem som bidrar ved matinnkjøp har sammenheng med pasientenes ernæringsstatus.

den nye variabelen i modell 2 er kjønn fremdeles statistisk signifikant. Det å ha problemer med matinntak har naturlig nok signifikant betydning for pasientenes ernæringsstatus. De som ikke har problemer med matinntak har 86 prosent lavere odds for å være underernært eller stå i fare for underernæring, sammenliknet med de som har problemer med matinntak.

ingen signifikant forskjell mellom de som får hjelp til handling fra familie eller praktisk bistand. Betydningen av kjønn er fremdeles signifikant etter at vi inkluderte variabelen bistand til matinnkjøp i modellen.

DISKUSJON

Denne artikkelen har analysert ernæringsstatusen til pasienter og brukere av hjemmetjenesten

TABELL 2: Logistisk regresjonsanalyse av ernæringsstatus (vurdert med MNA skjema) hos brukere av hjemmetjenesten i fire utvalgte bydeler i Oslo.

	Modell 1 (n=276)			Modell 2 (n=271)			Modell 3 (n=268)		
	OR	95 % KI	p-verdi	OR	95 % KI	p-verdi	OR	95 % KI	p-verdi
Kjønn									
Kvinner	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Menn	0,506	0,297	0,863	0,441	0,250	0,778	0,515	0,286	0,925
			0,012			0,005			0,026
Problemer med matinntak									
Ja	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Nei				0,144	0,047	0,442	0,138	0,043	0,440
						0,001			0,001
Hvem gjør matinnkjøp									
Familie							1	-	-
Handler selv							0,365	0,171	0,779
Praktisk bistand/andre							1,246	0,697	2,227
									0,459

med kognitiv svikt eller demenssykdom i fire utvalgte bydeler i Oslo. Resultatene viser at halvparten av denne gruppen er underernært eller står i fare for underernæring. Vårt funn om at en betydelig andel av hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt er underernært eller står i fare for underernæring, er i samsvar med tidligere studier som har studert ernæringstilstanden blant eldre hjemmeboende (11,16,31–33). De nevnte studiene viser at pasienter med kognitiv svikt eller demenssykdom har høy risiko for å utvikle underernæring, spesielt hjemmeboende pasienter med demens.

Et annet sentralt funn i vår

som bidrar ved matinnkjøp har sammenheng med pasientenes ernæringsstatus. De pasientene som foretar matinnkjøp selv har betydelig lavere sannsynlighet for å være underernært eller stå i fare for underernæring sammenliknet med dem som ikke foretar matinnkjøp selv. Ettersom vi kun har tverrsnittsdata kan vi ikke si noe sikkert om årsaksforholdet mellom det å handle selv og fare for underernæring. Dette funnet kan tolkes på mange måter, men en nærliggende forklaring er at denne gruppen har bedre helse og ernæringsstatus. Av den grunn er de i bedre stand til å handle selv og trenger derfor ikke bistand fra andre. Videre

med matinntak, og da spesielt kvinner. Denne pasientgruppen har behov for ekstra oppfølging med hensyn til ernæring, for å forebygge store vekttap og underernæring.

Metodekritiske betraktninger

En styrke ved studien er svarprosenten på 63,4. En utfordring under datainnsamlingen var at pasientene hadde hukommelsessvikt med behov for bistand. Dette innebar redusert innsikt i og forståelse av egen ernæringsstatus, når det gjaldt å besvare spørsmål på inntak av mat og drikke. Svar knyttet til synet på egen ernæringsstatus og inntak av ulike sorter mat blir derfor usikre og kan ikke inkluderes i våre analyser. En styrke er at mange pleiere hadde sine faste pasienter og innsikt i deres behov for bistand og evne til både å gjenkjenne mat og å spise den. Ettersom pleierne kjente pasientene godt kunne de bistå pasientene med å besvare spørsmålene om mat og drikke. For dem som ikke var i stand til å svare selv hadde pleierne rimelig god oversikt over pasientenes matinntak og kunne derfor besvare spørsmålene på vegne av pasienten.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi belyst underernæring og fare for underernæring blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt eller demenssykdom. Våre funn viser at underernæring er svært utbredt i denne pasientgruppen. Omkring halvparten av pasientene i vårt utvalg var underernærte eller sto i fare for underernæring. Det å være kvinne og ha problemer med matinntak viste seg å ha en klar sammenheng med underernæring. Videre viser våre resul-

” Det å være kvinne og det å ha problemer med matinntak har en sterk sammenheng med underernæring.

undersøkelse er at kjønn har signifikant betydning for sannsynligheten for å være underernært eller stå i fare for underernæring. Kvinner har betydelig høyere sannsynlighet for å stå i fare for underernæring eller være underernært sammenliknet med menn, dette er også vist i andre studier (13–15).

Problemer med matinntak viste seg også å ha stor betydning for sannsynligheten for å være underernært eller stå i fare for underernæring. De pasientene som oppga fysiske problemer med å få i seg mat, var særdeles utsatte for underernæring, noe som ikke er veldig overraskende. Andre studier bekrefter også at problemer med matinntak på grunn av dårlig tannstatus kan føre til dårlig ernæring (18).

Videre fant vi også at hvem

kan det også være slik at de som er underernærte eller somatisk syke ikke har krefter til å handle selv. En annen mulig forklaring er at det å kunne planlegge, handle sin egen mat og velge selv hva man skal spise, samtidig som en er i stand til å innta måltidet, faktisk bidrar til bedre matlyst og reduserer risikoen for underernæring.

Hovedfunnene i denne artikkelen er at det er en betydelig andel av hjemmeboende pasienter som er underernærte eller står i fare for å bli underernærte. Et annet sentralt funn i denne artikkelen er at det å være kvinne og det å ha problemer med matinntak har en sterk sammenheng med underernæring. Våre resultater peker mot at helsepersonell må være spesielt oppmerksomme på pasienter som har problemer

tater at pasienter som foretar matinnkjøp selv har betydelig lavere sannsynlighet for å være underernærte enn de som ikke foretar matinnkjøp selv. Det vil derfor være heldig at pasienter med behov for bistand tilbys mulighet for å handle sammen med hjemmehjelpen slik at de selv kan velge mat de gjenkjenner og vil spise. Det er viktig at helsepersonell har rutiner for å innhente data relatert til ernæringsstatus hos denne sårbare pasientgruppen. Likeså er det avgjørende at pleiere og pårørende er kjent med de nevnte risikofaktorene, og at tiltak blir iverksatt på et tidlig tidspunkt for å forebygge og forhindre alvorlig underernæring og sykdom som følge av dette.

REFERANSER

1. Amella EJ. Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *The Nursing Clinics of North America*. 2004; 39: 607-23.
2. Rekve HK. Tilrettelegging av måltider for personer med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens*. 2009;1:18-20.
3. Husom, N. Nytt redskap for diagnostisering av demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2002;8:122:861-2.
4. Smedshaug B G. Ernæring til eldre – med bakgrunn i nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. *Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens*. 2009;1:6-10.
5. Sørbye L W, Scholl M, Finne-Svori H. Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in home care project (ADHOC). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2008;12:10-16.
6. Sørbye L W. Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenliknende data fra AdHOC studiet. Oslo: Diakonhjemmets høyskole. 2003.
7. Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m. m (helse og omsorgstjenesteloven) 2012 <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/all/hl-20110624-001.html>
8. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009, IS-1580.
9. Fagerström C, Palmquist R, Carlsson J, Hellström Y. Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years and above living in regular housing and in special housing in Sweden: A population- based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011; 48 (7): 863-71.
10. Meijers JM, Schols JM, van der Bokhorst-de van der Schueren MA, Dassen T, Jassen MA, Halfens RJ. Malnutrition in The Netherlands: results of the annual Dutch national measurement of care problems. *The British Journal of Nutrition*. 2009; 101: 417-23.
11. Kvamme J-M, Grønli O, Florholmen, Jacobsen B. Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: The Tromsø Study. *BMC Psychiatry*. 2011; 11: 112-20.
12. Norman K, Picard C, Lochs H. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008; 27: 5-15.
13. Suominen M, Muurinen S, Pitkälä H. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2005; 59: 578-83.
14. Sund-Levander M, Grodzinsky E, Wahren, L K. Gender differences in predictors of survival in elderly nursing-home residents: a 3-year follow up. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21:18-24.
15. Khater MS, Abouelezz F. Nutritional status in older adults with mild cognitive impairment living in elderly homes in Cairo, Egypt. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2011;15:104-8.
16. Bioletta C, Bergamaschini L, Arienti R, Spreafico S, Vergani C. Caregiver burden as a short-term predictor of weight loss in older outpatients suffering from mild to moderate Alzheimer's disease: A three months follow-up study. *Aging & Mental Health*. 2010; 14: 481-8.
17. Kim JM, Stewart R, Prince M, Kim S W, Yang S J, Shin S, Yoon J S. Dental health, nutritional status and recent-onset dementia in a Korean community population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007; 22: 850-5.
18. Kuosma K, Hjerrild J, Pedersen P U, Hundrup Y H. Assessment of the nutritional status among residents in Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy. *J Clin Nurs*. 2007;17:2288-93.
19. Keller HH, Smith D, Kasdorf C, Martin L S, Cook C, Genoe R. Nutrition Education and Resources for Dementia Care in Community. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*. 2008;23:13-23.
20. Berry EM, Marcus E L. Disorders of eating in elderly. *Journal of Adult Development*. 2000;7:87-99.
21. Watson R. Measuring feeding difficulties in patients with dementia; perspectives and problems. *J Adv Nurs*. 1993;18:25-31.
22. Aselage B M B. Measuring difficulties: eating, feeding and meal behaviors in older adults with dementia. *J Clin Nurs*. 2010;19 621-31.
23. Chang C C, Roberts B L. Cultural Perspectives in Feeding Difficulty in Taiwanese Elderly With Dementia. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40:235-40.
24. Mamhidir A G, Karlsson I, Norberg A. Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *J Clin Nurs*. 2007;16: 987-96.
25. Pasman H R, The B A, Philipsen B D, van der Wal G, Ribbe M W. Feeding nursing home patients with severe dementia: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2003;42:304-11.
26. Inoue K, Kato M. Usefulness of the Mini Nutritional Assessment (MNA) to evaluate the nutritional status of Japanese frail elderly under home care. *Geriatr Gerontol Int*. 2007;7:238-44.
27. Guigoz Y, Laugue S, Vellas B J. Identifying the elderly risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:737-57.
28. Ranhoff AH, Gjøn A, Mowe M. Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: the usefulness of MNA-SF. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2005;9:221-5.
29. Mowe M, Diep L, Bøhmer T. Greater seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m². *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56:359-60.
30. Montgomery DC, Peck EA, Vining GG. *Introduction to Linear Regression Analysis*, 3rd Ed. 2001, John Wiley and Sons.
31. Umegaki H, Suzuki Y, Yanagawa M, Nonogaki Z, Nakashima H, Kuzuga M, Endo H. Cognitive impairments and functions declines in older adults at high risk for care needs. *Geriatrics Gerontology International*. 2012;13:77-82.
32. Lee KS, Cheong HK, Kim EA, Kim KR, Oh BH, Hong CH. Nutritional risk and cognitive impairment in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007;48:95-9.
33. Chang CC, Chan LC. Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *J Clin Nurs*. 2005;14:1185-92.

Vi må fokusere mer på ernæring

► Å delta i planlegging av eller innkjøp av mat kan bidra til å stimulere matlyst hos eldre i hjemmetjenesten.



Randi Holm Rotvold

Hjemmesykepleien i Verdal kommune, Øra distrikt.

Artikkelen «Underernæring hos eldre personer» skrevet av Rognstad og medforfattere, gir oss et viktig innblikk i ernæringsstilstanden blant hjemmeboende eldre med kognitiv svikt og demenssykdom. Funnene viser at omkring halvparten av pasientene i denne gruppen var underernærte eller sto i fare for underernæring. Noe som kanskje kan være et ekstra interessant funn for oss som jobber ute i feltet, er at de som har noen til å handle for seg har større sannsynlighet for underernæring enn de som gjør innkjøp selv.

Kommunene skal sikre forsvarelig identifikasjon, kartlegging og oppfølging for å forebygge og behandle underernæring. Dette skal være en integrert del av behandlingstilbudet. I mitt møte med personer med demens som bor hjemme ser jeg at ernæring er et område vi trenger å fokusere mer på. Vi ser at behovet for bistand er til stede, men at den eldre av og til ikke ønsker den hjelpen vi tilbyr. Her gir forsk-

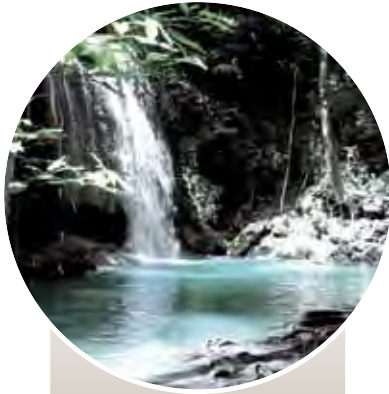
ningsartikkelen oss kunnskap om hva som kan ha betydning for den eldre ernæringsstatus. Den viser blant annet at de som gjør innkjøp selv har bedre ernæringsstatus. Artikkelforfatterne sier dette kan tolkes på flere måter, blant annet at de som handler selv i utgangspunktet har bedre helse og ernæringsstatus, og at de som er underernærte eller somatisk syke ikke er i stand til å handle selv. Jeg er enig i at dette spiller en viktig rolle her, for de fleste som gjør innkjøp selv har sannsynligvis mindre kognitiv svikt enn de som får hjelp. Ved at de handler selv får de dessuten mer sosial stimuli og er i mer fysisk aktivitet, noe som også har betydning for helsen. Men, som artikkelforfatterne skriver; det å kunne planlegge, handle sin egen mat og velge selv hva man skal spise kan faktisk også bidra til bedre matlyst og reduserer risiko for underernæring. Dette er noe å tenke på for oss i hjemmetjenesten, der de som trenger hjelp til å handle

ikke selv får være med til butikken. Denne kunnskapen bør også viderefremmes til pårørende som gjør innkjøp for sine slektninger med kognitiv svikt. Det er ikke alltid den maten vi omsorgspersoner kjøper inn som gir matlyst. Resultatene i undersøkelsen viser også at kvinner er mer utsatt for underernæring enn menn. Dette kan være en tankevekker for oss når vi skal kartlegge pasientens hjelpebehov.

Resultatene er svært aktuelle for alle som jobber i hjembaserte tjenester samt ved utdanningssteder innenfor helse. Jeg ser fra egen praksis at vi trenger å vektlegge ernæring mer, og mer kunnskap og kompetanse på dette feltet. Det er behov for gode rutiner og prosedyrer for både kartlegging og oppfølging. Denne artikkelen minner oss også på et verktøy for kartlegging som er lett å bruke (MNA).

Les artikkelen på side 298





ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



kunnskapskilde

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: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forebyggende hjemmebesøk til eldre er et tilbud i flere kommuner. Effekt av besøkene på funksjon, innleggelse i institusjon og dødelighet er vurdert før, og resultatene varierer. Effekt på egenopplevd helse og livskvalitet er ikke tidligere systematisk oppsummert.

Hensikt: Vurdere om forebyggende hjemmebesøk til eldre har effekt på egenopplevd helse og livskvalitet.

Metode: Vi søkte i AMED, CENTRAL, Cinahl, EMBASE, MEDLINE og Sve-

Med+, i referanselister og kontaktet forskere. Inkluderte studier ble kritisk vurdert ved hjelp av «The Cochrane Collaboration» sitt verktøy for vurdering av risiko for skjevheter. Resultatene er presentert i en narrativ syntese, og vi vurderte kvaliteten på den samlede dokumentasjonen ved hjelp av «The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation».

Resultat: Syv studier med totalt 4833 deltakere møtte inklusjonskriteriene. Fem studier har målt egenopplevd

helse og tre har målt livskvalitet. En av fem studier viser signifikant effekt på egenopplevd helse og en av tre studier viser signifikant effekt på livskvalitet. Ingen av studiene har alvorlig risiko for systematiske skjevheter. Kvaliteten på den samlede dokumentasjonen er lav.

Konklusjon: To studier viser en liten positiv effekt. Faktorer som kan bidra til en positiv effekt på helse og livskvalitet er at de som utfører besøkene jobber i et tverrfaglig team og at de har spesialkompetanse.

ENGLISH SUMMARY

Systematic review on the effect of preventive home visits to the elderly on self-rated health and quality of life

Background: Preventive home visits are offered by a number of municipalities in Norway to enable the elderly to stay at home. The effect of preventive home visits have been synthesised earlier concerning physical function, admittance to institution and death, but not regarding self-rated health and quality of life.

Objective: To assess the effect of preventive home visits to the elderly on self-rated health and quality of life.

Method: We searched in AMED, CENTRAL, Cinahl, EMBASE, MEDLINE and Svemed+, in reference-lists, and contacted scientists. We critically appraised the included studies using The Cochrane Collaboration's «Risk of bias tool». The results were summarised in a narrative syntheses and we assessed the robustness of the results using «The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation».

Results: Seven studies including 4,833 elderly met the inclusion criteria. Five studies measured self-rated health and three measured quality of life. One out of five studies reported a sig-

nificant effect on self-rated health, and one out of three studies has a significant effect on quality of life. None of the included studies had serious risks of bias. The quality of the collected evidence is low.

Conclusion: Two studies showed a small positive effect of preventive home visits and no studies reported negative effects. If the health visitors were part of an interdisciplinary team with special competence to implement the preventive home visits, this seems to correlate with positive effects.

Keywords: Elderly, Preventive, Home visits, Quality of Life, Systematic review

EN SYSTEMATISK OVERSIKT:

» Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre

Forfattere: Randi Skumsnes,
Lillebeth Larun og Eva Langeland

NØKKELORD

- Eldre
- Forebygging
- Livskvalitet
- Systematisk oversikt

INTRODUKSJON

Antall eldre over 67 år i Norge vil i 2060 være om lag 1,5 millioner mot 0,6 millioner i 2009 (1). Krav om kvalitet og effektiv ressursutnyttelse i helsesektoren får stadig mer oppmerksomhet (2), og samhandlingsreformen påpeker at man må jobbe kunnskapsbasert og rette innsatsen mot tiltak som gir dokumentert effekt (3).

For å styrke eldres ressurser og mulighet for å leve et selvstendig liv, og samtidig lette presset på velferdstjenestene, er helsefremmende og forebyggende arbeid viktig (3). Flere kommuner tilbyr sine eldre innbyggere oppsøkende forebyggende hjemmebesøk (4) og helsemyndighetene legger opp til kompetanseutvikling ved utprøving av metodikk, dokumentasjon og spredning av kunnskap (5). Målet med forebyggende hjemmebesøk er at eldre skal oppleve livskvalitet,

bevare funksjonsevne og helse, og bo hjemme lengst mulig (5–7). De nordiske modellene for slike hjemmebesøk vektlegger individuerte samtaler om temaene helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring og boforhold, samt rådgivning og informasjon om kommunale tjenester (4,8,9).

En rekke primærstudier har evaluert effekt av forebyggende hjemmebesøk til eldre. Systematiske oversiktsartikler har oppsummert effekten på funksjon, innleggelse i institusjon og dødelighet (10–16). Disse oversiktene behandler i liten grad effektspørsmål på livskvalitet og opplevelse av helse og egenmestring.

Hensikten med denne studien er en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen om forebyggende hjemmebesøk og effekten det har på de eldres egenopplevde helse og livskvalitet, for å komplimentere de eksisterende oversiktene. Resultatene vil være til nytte både for kommuner som har forebyggende hjemmebesøk, og de som vurderer eller planlegger oppstart av forebyggende hjemmebesøk.

METODE

Vi har oppsummert forskning om effekten av hjemmebesøk på

egenopplevd helse og livskvalitet i en systematisk oversikt. En systematisk oversikt er en strukturert innhenting av all tilgjengelig forskning innen et definert område, samt en kritisk vurdering og sammenfatning av resultatene for å kunne avgjøre om tiltak har effekt eller ikke (17). Framgangsmåten skal være både systematisk, eksplisitt og etterprøvable (18,19).

Datainnsamling

Vi inkluderte randomiserte kontrollerte studier publisert på engelsk eller skandinavisk, som

Hva tilfører artikkelen?

Denne systematiske oversikten viser en liten positiv effekt av forebyggende hjemmebesøk på eldres opplevelse av helse og livskvalitet.

Mer om forfatterne:

Randi Skumsnes er fagutvikler og ergoterapeut i Stavanger kommune, Fysio- og ergoterapitjenesten, og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Lillebeth Larun er forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, seksjon for primærhelsetjenesten. Eva Langeland er førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen, Avdeling for Helse og Sosialfag. Kontakt: randi.skumsnes@stavanger.kommune.no.

TABELL 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Populasjon/deltakere	Hjemmeboende personer over 67 år
Intervensjon/tiltak	Forebyggende hjemmebesøk som tilsvarer følgende beskrivelse: <ul style="list-style-type: none"> - Oppsøkende; eldre får tilbud om besøk uten selv å ha tatt initiativ til en slik tjeneste - Utført av helse- eller sosialfaglig personell - Besøkene er multidimensjonale/mangesidige, (har et bredt fokus, for eksempel på fysisk og mental helse, funksjon og aktivitet, fallforebygging, ernæring, og boforhold) og har både forebyggende og helsefremmende fokus - Besøket inkluderer råd og veiledning
Sammenligning	Studier med «ingen oppfølging» og studier med «oppfølging som vanlig» (for eksempel tilgang på det ordinære helsesystemet) som sammenligning inkluderes
Utfallsmål	Egenopplevd helse, livskvalitet
Studiedesign	Randomiserte kontrollerte studier (RCT)
Språk	Engelsk og skandinavisk
Eksklusjon	Ensidig intervensjon som retter seg mot spesifikke grupper med uttalt risiko for en sykdom eller tilstand, f. eks hjertesykdommer eller diabetes, eller kun fokus på f. eks fallforebygging, eller screening for å avdekke en sykdomsrisiko. Studier med målgrupper som gjennomgår en rehabiliteringsprosess, eller definert målsetning er å forebygge gjeninnleggelser etter utskrivning fra sykehus.

omhandler hjemmeboende eldre over 67, forebyggende hjemmebesøk og egenopplevd helse og/eller livskvalitet. Studier der hjemmebesøket retter seg mot spesifikke grupper ble ekskludert (tabell 1).

Søkestrategien ble bygget opp ved å bruke engelske emneord og tekstord for eldre i kombinasjon med emne- og tekstord for forebygging og helsefremming og emne- og tekstord for hjemmebesøk. Vi tilpasset strategien til de enkelte databasene og søkte 18.06.12 i AMED (1985–juni 2012), Cinahl (1981–juni 2012), EMBASE (1974–juni

Kunnskapssenteret utførte oppdateringssøk i februar 2013. Vi gikk gjennom referanselister fra tidligere oversiktsartikler og kontaktet forskere og forfattere av protokoller for relevante studier.

To av forfatterne screenet uavhengig av hverandre tittel og sammendrag på treff fra søkene. Vi innhentet fulltekstartiklene til referanser vi inkludert på bakgrunn av tittel og sammendrag, vurderte endelig inklusjon eller eksklusjon, og innhentet relevant informasjon fra de inkluderte studiene.

(RoB)» (20). Randomiseringsprosessen, hvordan ufullstendige eller manglende data er behandlet i de inkluderte studiene og hvordan intervensjonen er gjennomført, ble særlig vurdert. En samlet vurdering ble lagt til grunn for å avgjøre om studiene hadde lav, uklar eller høy risiko for systematiske feil (20).

Analyse av resultater

Vi samlet resultater fra utfallsmålene egenopplevd helse og livskvalitet og undersøkte resultatene for mønster i og mellom de inkluderte studiene. Resultatene fra de aktuelle utfallsmålene ble planlagt presentert i en metaanalyse dersom dataene var sammenliknbare nok. Dersom data ikke egnet seg til å sammenstilles statistisk, planla vi å sammenfatte resultatene i en narrativ syntese (19).

Kvaliteten på dokumentasjonen vurderte vi ved hjelp av «Grading of Recommendation,

” Deltakerne var ikke sterkt hjelpetrequende fysisk eller mentalt.

2012), MEDLINE (1946–juni 2012), SveMed+ (1977–juni 2012) og The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (1800–juni 2012). Forskningsbibliotekar ved

Kritisk vurdering

Førsteforfatter vurderte risiko for skjevheter eller systematiske feil i de enkelte studiene ved hjelp av «The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias

Assessment, Development and Evaluation» (GRADE) (21). Her er studiekvalitet, samsvar mellom effektestimaterne, overførbarhet, presisjon i resultater og rapporteringsskjvheter vurdert (22).

RESULTATER

Vi fant 1330 potensielt relevante referanser. 44 artikler ble gjennomgått i fulltekst, og av disse ble 37 ekskludert (figur 1). Syv studier (23–29) ble inkludert, og disse studienes egenskaper presenteres i tabell 2.

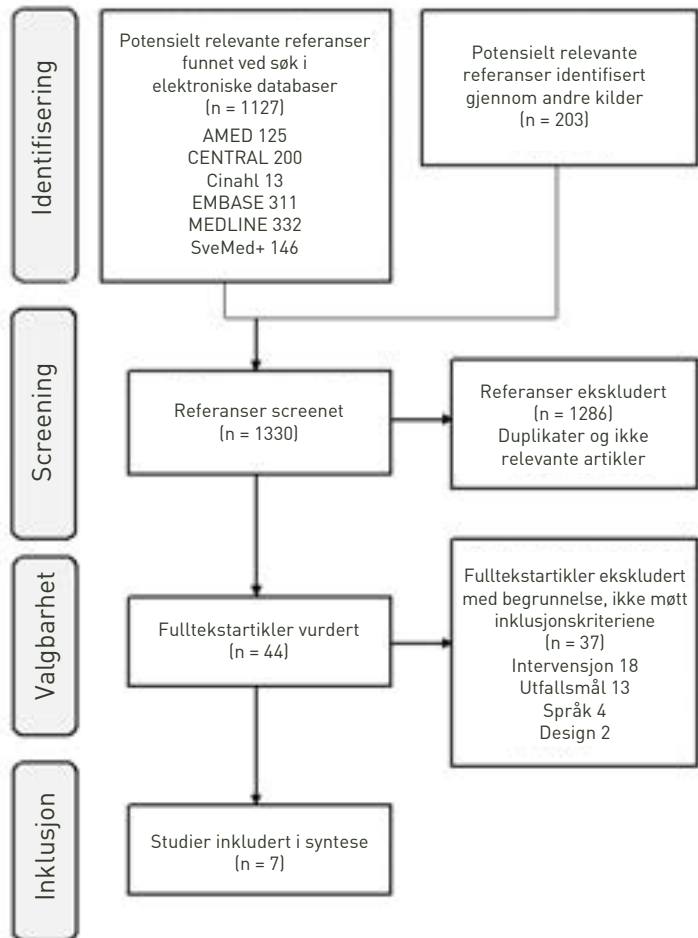
Forebyggende hjemmebesøk er gjennomført forskjellig i de ulike studiene, og består av ulike former for individuell vurdering av helsestatus og sykdomsrisiko, samt rådgivning, generell helseinformasjon, rapport til lege eller eventuelt henvisning til andre instanser (tabell 3). Intervensjonsgruppene ble sammenliknet med kontrollgrupper som ikke fikk forebyggende besøk.

Effekt på egenopplevd helse

Av de syv inkluderte studiene var det fem som hadde målt effekt av forebyggende hjemmebesøk på egenopplevd helse (23,25,27–29). Det påvises ingen signifikant effekt i fire av studiene (tabell 4), en studie (25) viser signifikant positiv effekt. Ingen negative effekter er rapportert.

Til sammen deltok 2404 eldre i de fem studiene og gjennomsnittsalderen på deltakerne varierte fra 75,5 år (23) til 86 år (25). Alle deltakere var i risikozonen for funksjonsfall eller hadde allerede noen funksjonsvansker, men deltakerne var ikke sterkt hjelpetrengende fysisk eller mentalt. Ingen av studiene inkluderte deltakere som jevnlig mottok sykepleie i hjemmet, og fire studier ekskluderte også de som mottok annen

FIGUR 1: Flytdiagram studieleksjon



hjelp i hjemmet (25,27–29).

Egenopplevd helse ble målt ved rangeringer av egen helse på ulike skalaer. Første spørsmål av «Medical Outcome Study Short Form-36» (SF-36) ble brukt i tre av studiene (25,27,28), og to studier (23,29) brukte rangering av egen helse på skala 1–10 uten å oppgi om dette var hentet fra et spesifikt måleinstrument. En av de fem studiene viser til signifikant resultat (25). Gustafsson m.fl. 2012 (25) oppgir en odds ratio (OR) for ikke å ha forverret

tilstand tre måneder etter tiltaket på 2,21 (95 prosent KI: 1,12–4,37, p-verdi 0,02) i favør av gruppen som har hatt hjemmebesøk. Dette viser at halvparten så mange i intervensjonsgruppen har hatt en forverring i sin egenopplevd helse sammenliknet med kontrollgruppen, etter tre måneder.

De fem inkluderte studiene som har vurdert egenopplevd helse er vurdert til å ha lav risiko for skjvheter eller systematiske feil som kan påvirke resultatene

TABELL 2: Karakteristika inkluderte studier¹

Studie, År Land	Populasjon (Antall deltakere, beskrivelse)	Utfallsmål (Aktuelle for denne over-sikten er uthevet)	Målemetoder (Aktuelle utfallsmål)	Varighet intervensjon	Lengde på oppfølging	RoB
Bouman, 2008 Nederland	n = 330 Eldre hjemmeboende, 70-84 år, med dårlig helsestatus, men ikke avhengig av sykepleie i hjemmet	Primære: Selvopplevd helse , funksjonell status, ADL, IADL, og livskvalitet Sekundære: Helseklager, depresjonsklager, kognitiv status, mestring, sosial støtte, ensomhet og medisinerings	Selvrangert helsescore 1-10 MOS SF-20, «Mental health» og «Social functioning» RAND-36 health change	18 mnd.	24 mnd.	Lav
Byles, 2004 Australia	n = 1596 Eldre krigsveteraner og krigsenker, 70 år og over, hjemmeboende	Primære: Forskjeller i helserelatert livskvalitet, innleggelse i sykehjem og sykehus, dødelighet	MOS SF-36 Physical Health Component Summary score and Mental Health Component Summary score	36 mnd.	36 mnd.	Lav
Gustafsson, 2012 Sverige	n = 459 Eldre over 80 år, hjemmeboende, ikke avhengig av andre personer i ADL, og kognitivt fungerende	Primære: Endring i skrøpeligheit, selvopplevd helse og ADL	MOS SF-36, første spørsmål	Ett besøk	3 mnd.	Lav
Herbert, 2001 Canada	n = 503 Eldre hjemmeboende, over 75 år	Primære: Nedgang i funksjon (død, innleggelse i institusjon eller en økning på mer enn fem poeng på SMAF) Sekundære: Funksjonell autonomi, generell velvære , opplevd sosial støtte, bruk av helsetjenester	Dupuy's Well-being Schedule	Ett besøk	12 mnd.	Uklar
Ploeg, 2010 Canada	n = 719 Eldre, 75 år eller eldre, hjemmeboende og ikke mottakere av hjemmetjenester	Primære: Quality adjusted lifeyears (QALYs) Sekundære: Kostnader til helse- og sosialtjenester, funksjonell status, selvurdert helse , dødelighet	MOS SF-36, første spørsmål	12 mnd.	12 mnd.	Lav
Van Haastregt, 2000 Nederland	n = 316 Eldre over 70 år, hjemmeboende, rapportert om fall siste 6 mnd. eller redusert mobilitet	Primære: Fall og nedsettelse av mobilitet Sekundære: Antall fysiske klager, opplevd helse , opplevde gangproblemer, ADL, redsel for å falle, mental helse, sosial fungering og ensomhet	RAND-36, første spørsmål	12 mnd.	15 mnd.	Lav
Van Rossum, 1993 Nederland	n = 580 Eldre mellom 75 og 84 år, hjemmeboende	Primære: Egenrangert helse , velvære, funksjonell og mental status Sekundære: Helseplager, syn- og hørselsproblem, dødelighet	Rangering av opplevd helse, skala 0-10	36 mnd.	36 mnd.	Lav

¹Intervensjonen er beskrevet i en egen tabell.

FIGUR 2: Samlet vurdering av risiko for systematiske skjevheter (RoB)

Område/Domene	Studie	Bouman, 2008	Byles, 2004	Gustafsson, 2012	Herbert, 2001	Ploeg, 2010	Van Haastregt, 2000	Van Rossum, 1993
Ble generering av tilfeldig fordelingssekvens gjort på en adekvat måte?								
Ble fordeling til gruppene skjult på en hensiktsmessig måte?								
Ble deltakere og personell blindet for intervensjonen?								
Ble utfallsmålere blindet for intervensjon på en adekvat måte?								
Ble ufullstendige data behandlet på en adekvat måte?								
Er det sannsynlig at det ikke foreligger selektiv utfallsrapportering?								
Er studien tilsynelatende fri for andre problem som kan utsette den for risiko for systematiske feil?								
Samlet vurdering av risiko for systematiske skjevheter i studien:		Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Uklar risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko

= Ja = Uklart = Nei

og effektestimaterne i stor grad (figur 2). Samlet vurdering av kvaliteten på effektestimater basert på GRADE er lav. Det betyr en begrenset tillit til effektestimater (21) og at «den sanne effekten kan være vesentlig forskjellig fra den estimerte effekten» (30, s. 404). Vi nedgraderte fra høy til lav kvalitet på grunn av for stor forskjell i omfang og varighet av intervensjon mellom de inkluderte studiene, og fordi sannsynligheten for at det foreligger publiseringsskjevhet er stor.

Effekt på livskvalitet

Tre studier har målt effekt av forebyggende hjemmebesøk på livskvalitet (23, 24) eller gene-

rell velvære (26). En av de tre studiene kan vise til en signifikant positiv effekt (24). Det er ikke rapportert om negativ effekt av tiltaket i noen av studiene. Til sammen ble 2429 deltakere over 70 (23,24) eller 75 (26) år inkludert i de tre studiene.

Bouman m.fl. 2008 (23) målte livskvalitet ved hjelp av to ulike deler av SF-20 («Mental health score» og «Social functional score»), sammen med ett spørsmål fra RAND-36 om endring i helsestatus. Byles m.fl. 2004 (24) har brukt SF-36 med «Physical Health Component Summary score» og «Mental health Component Summary score» for å måle livskvalitet. Herbert m.fl. 2001 (26) har brukt «Dupuy's

Well-being Schedule».

Ved avslutning av hjemmebesøkene etter tre år kunne Byles m.fl. 2004 (24) vise til en signifikant positiv effekt på deltakernes livskvalitet. Når det gjelder fysiske komponenter (poeng 1–100) var gjennomsnittlig forskjell 0,90 (95 prosent KI: 0,05–1,76, p-verdi 0,04) i intervensjonsgruppens favør. For mentale komponenter (poeng 1–100) var resultatet 1,36 (95 prosent KI: 0,40–2,32, p-verdi 0,006) i intervensjonsgruppens favør (24). I Bouman m.fl. 2008 (23) viste resultatene ved avslutning av hjemmebesøkene svært små differanser og ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Et halvt år etter at tiltaket var

TABELL 3: Beskrivelse av intervensjon

Studie, År	Personell	Opplæring	Innhold i besøket	Protokoll/sjekkliste	Antall besøk	Varighet per besøk	Total oppfølging	Tilbud etter eller mellom besøk
Bouman, 2008	Sykepleiere	Veiledet av «public health nurse»	Vurdere helseproblem og risiko gjennom intervju. Rådgivning	Ja	8	60-90 min	18 mnd.	Henvising til relevant medisinsk og/eller helsefaglig personell ved behov Telefonkontakt 1-4 uker etter hvert besøk. Rapport til lege
Byles, 2004	Sykepleier, psykolog, ergoterapeut, sosialarb. el. fysioterapeut	Alle deltok i jevnlig øvingsworkshops	Vurdere helse, sykdomsproblem og risiko gjennom semistrukturerte intervjuer, muntlig og skriftlig tilbakemeldinger og generell helseinformasjon	Ja	3 eller 6 (lett eller to besøk per år)	Ikke oppgitt	36 mnd.	Telefonoppfølging 3 mnd. etter besøkene. Rapport til lege
Gustafsson, 2012	Ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, eller sosialarbeider	Spesialutdannede fagpersoner	Informasjon om aktivitetsalternativ i lokalmiljøet, offentlig og frivillige hjelpeinstanser, fallforebygging, råd og veiledning	Ja	1	90-120 min	Kun ett besøk en gang	Ingenting beskrevet
Herbert, 2001	Sykepleiere	Ikke beskrevet	Vurdering av ulike fysiske og kognitive forhold, medisiner og sosiale forhold	Ja	1	Ikke oppgitt	Kun ett besøk en gang	Telefonoppfølging hver måned. Rapport til lege, eller diskusjon om behov for oppfølging. Evt. henvising til annet helsepersonell.
Ploeg, 2010	Erfarne hjemmesykepleiere	Ikke beskrevet	Omfattende vurdering av helse. Helseinformasjon vedr fallforebygging, hjemmeulykker, trening, medisinbruk, ernæring, trening, vaksiner, mestring av kroniske sykdommer	Ja	1-7 (gj.snitt 3)	Ikke oppgitt	12 mnd.	Evt. henvising til relevant medisinsk og/eller helsefaglig personell, eller f.eks. matlevering. Telefonkontakt Rapport til lege
Van Haastregt, 2000	Sykepleiere	Ikke beskrevet	Screening risiko for fall, informasjon og rådgivning, Fokus på mobilitet, psykisk helse, medisinbruk, ADL, sosial fungering, kognitiv og psykososial funksjon	Ja	5	Ikke oppgitt	12 mnd.	Evt. nødvendige henvisninger til andre fagprofesjoner
Van Rossum, 1993	Sykepleiere	Ikke beskrevet	Diskutere helserelevante tema som funksjonell status, medikamentbruk, sosiale kontakter, fysiske omgivelser, råd og veiledning, evt. anbefaling om å kontakte lege eller andre helsepersonell	Ja	12 (4 per år)	45-60 min	36 mnd.	Deltakerne kunne kontakte besøkere per telefon

TABELL 4: Egenopplevd helse, gjennomsnittlig forskjell (MD) mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe

Studie Måle- metode	12 mnd.	(95% KI)	P-verdi	18 mnd.	(95% KI)	P-verdi	24 mnd.	(95% KI)	P-verdi	36 mnd.	(95% KI)	P-verdi
Bou- man SRH ¹	0,33	(-0,01- 0,66)	0,06	-0,22	(-0,54- 0,10)	0,018	-0,02	(-0,38- 0,33)	0,90	Ikke målt		
Gus- tafsson SF-36 ²	Ikke opp- gitt ³			Ikke målt			Ikke målt			Ikke målt		
Ploeg, SF-36 ⁴	-0,015	(-0,16- 0,13)	0,83	Ikke målt			Ikke målt			Ikke målt		
Van Haast- regt, RAND- 36 ⁵	Data uklare ⁶			0	Ikke opp- gitt	0,31	Ikke målt			Ikke målt		
Van Ros- sum SRH ⁷	Ikke målt	0		00,1	(-0,2- 0,4) ⁸	Ikke oppgitt	Ikke målt			0,1	(-0,2- 0,4)	Ikke oppgitt

¹Self-rated health, skala 1–10, 10 er best.

²MOS Short Form – 36 (SF-36) Første spørsmål; skala 1–5, 1 er best. Resultatene er overført til dikotome data «good» eller «bad» og det er rapportert antall (%) som har oppgitt ingen forverring, og OR for ikke å ha opplevd forverring i intervensjonsgruppen versus kontrollgruppen. Har etterspurt rådata, men ikke fått dette av forfatter.

³Denne studien har målt 3 mnd. etter avsluttet intervensjon.

⁴MOS Short Form – 36 (SF-36), Første spørsmål; skala 1–5, 1 er best.

⁵RAND-36, første spørsmål.

⁶Forfatter oppgir i artikkel at skalaen brukt er 1–5 der 5 er best, mens det omvendte er beskrevet i litteraturen. Har forsøkt å komme i kontakt med forfatter for oppklaring, men ikke fått kontakt. Tar derfor ikke med data fra måling på 12 mnd., da jeg ikke vet om forskjell mellom gruppene er i favør intervensjon eller kontroll.

⁷Self-rated Health, skala 1–10, 10 er best.

⁸Denne studien presenterer 90 % KI.

avsluttet viste måling av mental helseskår (poeng 1–100) en forskjell på 2,9 (95 prosent KI: -1,1–7,0, p-verdi 0,15) i intervensjonsgruppens favør (23). Heller ikke Herbert m.fl. 2001 påviste noen signifikante forskjeller (26).

To av studiene er vurdert til å ha lav risiko for skjevheter (23,24), og den tredje studien (26) er vurdert til å ha uklar risiko for skjevheter (figur 2). Det er lite sannsynlig at metode for gjennomføring av studiene har påvirket effektestimater i vesentlig grad. Samlet vurdering av kvaliteten på effektestimater basert på GRADE er lav. Stor sannsynlighet for publis-

eringskjevhet, og stor variasjon mellom studiene med hensyn til omfang og varighet av intervensjonen, har ført til nedgradering.

DISKUSJON

Hovedfunnet i denne oversikten er at to av de inkluderte studiene påviser positiv effekt av forebyggende hjemmebesøk til eldre, på utfallene egenopplevd helse og livskvalitet (24,25). Felles for studiene som påviser effekt, og som skiller dem fra studiene som ikke påviser effekt, er at hjemmebesøkene er utført av tverrfaglig helsepersonell med spesialkompetanse eller ekstra opplæring i forebyggende helsearbeid.

Styrke og begrensninger

Denne oversikten behandler utfallsmål som ikke tidligere er vektlagt i andre oversikter om forebyggende hjemmebesøk. En styrke ved studien er at gjennomføring av prosessen er bygd opp etter retningslinjer fra The Cochrane Collaboration (18,20) og Center for Reviews and Dissemination (19). Av syv inkluderte studier har vi vurdert at seks studier (23–25,27–29) har lav risiko for systematiske skjevheter, og den siste (26) har uklar risiko. Dette viser at metodisk gjennomføring av de inkluderte studiene med tanke på randomiseringsprosess, blinding av

utfallsmålere og oppfølging av ufullstendige data er god. Vi antar dermed at sannsynligheten for at resultatene er påvirket av systematiske feil er liten (20).

Oversikten styrkes også ved at søkene var brede og resulterte i mange relevante treff, og at syv studier møtte inklusjonskriteriene. En mulig begrensning med oversikten er likevel sannsynligheten for at vi ikke har funnet og inkludert alle studier som belyser dette konkrete spørsmålet. Vi identifiserte to tyske (31,32) og to spanske (33,34) potensielt relevante studier, men ekskluderte disse på grunn av språk. Studier som ikke kan påvise effekt kan være vanskelige å få publisert, og dermed kan publiseringsskjevhet føre til overestimering av effekt (35). Vi identifiserte ett eksempel på at en studie (36) uten signifikante resultater ikke er blitt publisert (37). Samtidig viser resultatene i de inkluderte studiene svært små eller ingen signifikante effekter, noe som likevel tyder på at også studier med slike resultater er publisert.

En mulig begrensning ved oversikten er at selv om fire av studiene ikke omtaler spesifikt kompetanse og opplæring av dem som utfører hjemmebesøkene, er det likevel en mulighet for at de kan ha hatt dette.

Andre systematiske oversiktsartikler om forebyggende hjemmebesøk til eldre har sammenstilt resultatene i metaanalyser (11,12,15). En begrensning ved denne oversikten er at de inkluderte studiene ikke har rapportert resultatene på en slik måte at de kunne trekkes sammen og framstilles i en metaanalyse. Vi forsøkte å kontakte forfattere på to studier for å etterspørre flere data. Forfatterne av Gustafsson m.fl. 2012 (25) hadde ikke anledning til å

oppgi data (38), og vi kom ikke i kontakt med forfatterne av van Haastregt m.fl. 2000 (28).

Hva sier resultatene?

Når det gjelder retning og omfang av resultatene er det en begrensning at effektestimaterne er små, ikke signifikante i flere av studiene, og ikke konsistente på tvers av de inkluderte studiene. En av fem studier viser likevel positiv effekt på egenopplevd helse (25). Av dem som mottok hjemmebesøk i denne studien var det 10 prosent av deltakerne som opplevde nedgang i egenopplevd helse etter hjemmebesøket. I gruppen som ikke fikk hjemmebesøk var andelen med nedgang dobbelt så stor, 20 prosent. Denne studien er vurdert til å ha lav risiko for systematiske feil, og selv om effektestimateret er lite, er det signifikant.

En av tre studier viser en signifikant positiv effekt i forhold til deltakernes livskvalitet (24). Gjennomsnittlig forskjell i intervensjonsgruppens favør er liten, både med hensyn til fysiske og mentale komponenter, men resultatene er signifikante. Studien har lav risiko for systematiske feil, og har opp mot fem ganger flere deltakere enn de to andre studiene som ikke påviser signifikant effekt på dette utfallet (23,26).

Tidligere oversikter som fokuserer på andre utfallsmål, viser også sprikende resultater når det gjelder effekt. Tre systematiske oversikter påviser ingen effekt på dødelighet, innleggelse i institusjon eller funksjon (10,13,14). Bouman m.fl. 2008 (14) forklarer resultatet med at populasjonen som var målgruppen i de inkluderte studiene allerede var skrøpelig, og at deltakerne bedre ville nyttiggjøre seg andre type tjenester (14). En oversikt fra

2001 konkluderer med at forebyggende besøk kan ha effekt på dødelighet og innleggelse i institusjon, men ikke funksjon (11). Stuck m.fl. 2002 (12) og Huss m.fl. 2008 (15) konkluderer med at slike besøk kan ha effekt på funksjon dersom intervensjonen er basert på en multidimensjonal geriatrisk vurdering, består av flere oppfølgingsbesøk, har yngre eldre som målgruppe (12), og at utformingen av besøk blir skreddersydd til de lokale forhold der besøkene skal tilbys (15). Tappenden m.fl. 2012 (16) hevder at hjemmebasert helsefremmende sykepleie kan gi helsegevinst, men det er uklart hvilke komponenter som bidrar til effekt.

Det er flere forhold som kan påvirke resultatene i studier av helsefremmende og forebyggende intervensjoner. Studiene ble sammenliknet og funnene er undersøkt for å avdekke eventuelle mønstre mellom de inkluderte studiene. Elementene som ble vurdert er valgt med bakgrunn i faktorer som er trukket frem i andre studier (8,9), oversiktsartikler om temaet (10–16), teori (39–42) og erfaringer fra praksisfeltet. Det ble sett på likheter og forskjeller i resultatene ut fra alder og funksjonsnivå på inkluderte deltakere, omfang og varighet på intervensjonen, kompetansenivå hos dem som utfører besøkene, samarbeid med lege, og hvordan og når utfallene er målt.

Den største forskjellen mellom studiene er hvordan intervensjonen er utformet. Hjemmebesøkene i de ulike studiene inneholder mange av de samme elementene, men intervensjonens omfang og kompetanse hos dem som utførte hjemmebesøkene varierer.

Omfang av intervensjonen varierer både med tanke på antall

besøk og utstrekning i tid. Sammenlikning viser at den studien som hadde lengst varighet hadde best effekt på livskvalitet (24), men på egenopplevd helse ga ett besøk best effekt (25). Av flere tidligere systematiske oversikter som har sett på effekt av forebyggende hjemmebesøk til eldre på funksjonsnivå, innleggelse i institusjon og dødelighet, konkluderer to oversikter med størst positiv effekt på funksjonell status når besøkene er gjentakende over tid (12,15).

Forskjell i kompetansen til de som utfører besøkene kan også påvirke resultatene. Studiene som viste signifikant positivt resultat både på egenopplevd helse (25) og livskvalitet (24), har hatt en tverrfaglig gruppe av besøkere. Beswick m.fl. 2008 (43) konkluderer med at sammensatte intervensjoner kan bidra til å bevare funksjon og selvstendighet hos eldre. Gustafsson m.fl. 2009 (44) mener at tverrfaglige team med variert helsefaglig bakgrunn kan tilby et bredere kunnskapsspekter inn i komplekse helsefremmende og forebyggende intervensjoner. Dette støttes også av ulike teorier om helsefremming som påpeker at tverrfaglighet er en forutsetning for helsefremming på grunn av dens helhetlige orientering (45). Et utviklingsprosjekt for forebyggende hjemmebesøk peker også på tverrfaglighet som ett av flere sentrale punkter, ved å gi bredde i det helsefremmende arbeidet gjennom felles refleksjoner og utveksling av fagkunnskap mellom besøkene (46).

De to studiene som påviser effekt skiller seg også ut fra de andre ved at besøkerne er spesialutdannete (25) eller har fått jevnlig kursing underveis (24). I de andre studiene er besøkene utført av hjemmesykepleiere uten

noe beskrevet tilleggskompetanse på feltet (23,26–29). Bouman m.fl. 2008 (23) hevder at manglende påvist effekt av intervensjonen blant annet kan skyldes at sykepleierne ikke hadde nok kompetanse til å håndtere kom-

et overraskende gyldig bilde av en persons reelle helsesituasjon. De mener likevel å ha påvist subjektive forskjeller i hva som legges i denne typen rangering, og at dette kan føre til store variasjoner i målinger av egenopplevd



Intervensjonens omfang og kompetanse hos dem som utførte hjemmebesøkene varierer.

pleksiteten av problemene til de eldre som de besøkte. Funn fra en dansk studie (47) viser også at hjemmebesøk utført av fagpersoner med ekstra opplæring, ga bedre resultat enn besøk utført av fagpersoner uten ekstra opplæring. Opplæringen besto blant annet av kommunikasjonsteknikker med eldre, hvordan støtte opp om individuelle helseressurser, viktigheten av fysisk aktivitet og opprettholdelse av sosialt nettverk, fallforebygging, samt hvordan identifisere tidlige indikatorer på funksjonsnedgang og oppfordre til tverrfaglig oppfølging ved behov. De som ikke mottok denne opplæringen var sykepleiere som utførte forebyggende hjemmebesøk innimellom sitt ordinære arbeid i hjemmetjenesten (47). En slik opplæring sannsynliggjør en mer eksplisitt oppmerksomhet mot helse og livskvalitet og dermed større samsvar mellom innholdet i intervensjonen og utfallsmål.

Utfallene som måles i denne oversikten er egenopplevd helse og livskvalitet. Dette er vide begreper som kan bli brukt med forskjellig betydning eller om hverandre (48), og som kan være vanskelig å sammenstille (49). Målinger av disse aspektene kan likevel gi verdifulle bidrag til utforming av tiltak og behandlingsmetoder for eldre (49). Schüz m.fl. 2011 (50) hevder at måling av «self-rated health» gir

helse (50).

Osborne m.fl. 2007 (51) deler utfallsmål innenfor helseopplysning og rådgivning inn i tre kategorier. Kategoriene er proksimale/nære, middels og distale/fjerne utfallsmål, og det hevdes at jo mer distale utfallsmålene er, dess vanskeligere er det å påvise effekt (51). Utfallsmål som egenopplevd helse og livskvalitet kategoriseres som middels, og det kan dermed være fare for at disse utfallsmålene ikke er sensitive nok til å fange opp effekten av hjemmebesøkene.

Betydning for praksis

Resultatene kan være overførbare til vestlige land med godt utbygde kommunehelsetjenester, da de inkluderte studiene er utført under slike forhold. GRADE-vurderingen viste imidlertid at det samlede resultatet ikke er direkte overførbart fordi intervensjonens omfang er usikkert.

Siden denne oversikten er avgrenset til to utfallsmål kan den ikke alene brukes til å konkludere for eller imot forebyggende hjemmebesøk til eldre. Helsefremmende og forebyggende intervensjoner er som oftest komplekse og det er vanskelig å evaluere atskilte deler av intervensjonen (19,52). Denne oversikten må derfor ses i sammenheng med de eksisterende oversiktsartiklene (10–16,44)

som har oppsummert effekt på andre utfall.

Små effektestimater gjør at resultatenes kliniske betydning for praksis ikke er åpenbar. På en annen side kan virkningen av forebyggende og helsefremmende intervensjoner være vanskelige å vise på kort sikt (19,40). Derfor er det avgjørende med studier som følger deltakerne over lengre tid, med gjentakende målinger.

Videre forskning vil kunne være nyttig dersom en vurderer mer sensitive utfallsmål som bedre fanger opp eventuell effekt av hjemmebesøkene. Teoretisk rammeverk med tanke på atferds- og endringsteorier, empowerment og Eldres anledning til å beholde kontroll over egne liv, sett i sammenheng med betydningen av Eldres egne erfaringer med hjemmebesøkene, er i liten grad belyst. Det finnes få kvalitative studier om dette temaet (7), og det oppfordres til å rette oppmerksomheten mot disse aspektene i videre forskning. Dette vil komplimentere den kvantitative forskningen som foreligger.

KONKLUSJON

To studier viser en liten positiv effekt av forebyggende hjemmebesøk, ingen viser negativ effekt. Faktorer som kan bidra til en positiv effekt på helse og livskvalitet er at de som utfører besøkene jobber i et tverrfaglig team og at de har spesialkompetanse eller ekstra opplæring for å utføre forebyggende hjemmebesøk.

Takk til Stavanger kommune og Utviklingssenter for hjemmetjenesten i Rogaland, ved Unni Rostøl, Hanne Marit Kristiansen Skjæveland, Anne Ravndal og Bente Dable Tysland, som har bidratt med støtte og lagt til rette

for arbeidet med oversikten. Takk også til Gunbild Austrheim og Birgitte Espehaug ved Høgskolen i Bergen for metodiske bidrag i prosessen, og til Ingvild Kirkehei ved Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten som har bidratt med å kvalitets-sikre søkene, samt gjort oppdateringsøk.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2010–2060. Fortsatt høy befolkningsvekst. 15. juni 2010. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2010-06-15> (Nedlastet 14.04.13).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett hjelp – på rett sted – til rett tid. St.meld nr. 47 (2008–2009). Oslo, 2009. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (Nedlastet 14.04.13).
3. Sosial- og helsedirektoratet. ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helse-tjenesten. Sosial- og Helsedirektoratet, Oslo, 2006.
4. Pettersen AM, Wyller TB. Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Norge – med blick mot Sverige og Danmark. Sosial- og Helsedirektoratet. Forlaget Aldring og helse. 2005.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2012–2013) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2013. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-1-s-20122013/4/6/1.html?id=702184> (Nedlastet 23.04.13).
6. Stavanger kommune. Forebyggende hjemmebesøk. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.stavanger.kommune.no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/Forebyggende-hjemmebesok/>. (Nedlastet 14.04.13).
7. Fagerström L, Wikblad A, Nilsson J. An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? Scand J Caring Sc. 2009;23:558–68.
8. Vass M, Avlund K, Hendriksen C. Ældre og forebyggende hjemmebesøk. Ældreforum, Odense. 2005.
9. Theander E, Edberg A-K. Preventive home visits to older people in Southern Sweden. Scand J Public Health. 2005;33:392–400.

2005;33:392–400.

10. Van Haastregt JCM, Diederiks JMP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ. 2000;320:754–8.
11. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BM J. 2001;323:719–25.
12. Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic Review and meta-regression analysis. JAMA. 2002;287:1022–8.
13. Ploeg J, Feightner J, Hutchinson B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. Can Fam Physician. 2005; 51:1244–5.
14. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen G, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review. BMC Health Serv Res. 2008;8:74.
15. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Korr KM. Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Gerontol Biol Sc. 2008;63:298–307.
16. Tappenden P, Campell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. Health Technol Assess 2012;16 [20].
17. Polit DF, Beck CT. Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8. utg. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2008.
18. Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD, Oxman AD. Chapter 1: Introduction. In: Higgins JPT, Green S (editors), Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011). [Internett]. The Cochrane Collaboration, 2011. Tilgjengelig fra: www.cochrane-handbook.org. (Nedlastet 14.04.13).
19. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York Publishing Services Ltd. York. 2009.
20. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011).

- [Internett]. The Cochrane Collaboration, 2011. Tilgjengelig fra: www.cochrane-handbook.org. [Nedlastet 14.04.13].
21. Guytt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, Norris S, Falck-Ytter Y, Glasziou P, de Beer H, Jaeschke R, Rind D, Meerpohl J, Dahm, P, Schünemann HJ. GRADE guidelines: 1. Introduction- GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clinical Epidemiol*. 2011; 64:383-4.
 22. Kunnskapsenteret. Slik oppsummerer vi forskning. [Internett], Oslo, Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten. [03. okt. 2011] Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapsenteret.no/Verkt%C3%B8y/Slik+oppsummerer+vi+forskning>. 2139. cms. [Nedlastet 14.04.13].
 23. Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical trial in the Netherlands. *J Am Geriatr Society*. 2008;56:397-403.
 24. Byles JE, Tavenor M, O'Connell RL, Nair BR, Higginbotham NH, Jackson CL, McKernon ME, Francis L, Heller RF, Newbury JW, Marley JE, Goodger BG. Randomised controlled trial of health assessments for older Australian veterans and war widows. *Med J Australia*. 2004;181:186-90.
 25. Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedström G, Zidén L, Kronlöf GH, Højgaard B, Slinde F, Rothenberg E, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term-results from the randomized and three-armed elderly persons in the risk zone study. *J Am Geriatr Society*. 2010;60:447-54.
 26. Herbert R, Robichaud L, Roy P-M, Bravo G, Voyer L. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at the risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age Aging*. 2001;30:147-53.
 27. Ploeg J, Brazil K, Hutchinson B, Kaczorowski J, Dalby DM, Goldsmith CH, Furlong W. Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010; 340:1480.
 28. van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *BMJ*. 2000;321:994-8.
 29. van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ*. 1993;307: 27-32.
 30. Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:401-6.
 31. Luck T, Røling G, Heinrich S, Lupp M, Matschiger H, Fleischer S, Sesselmann Y, Beutner K, Rothgang H, König H-H, Riedel-Heller SG, Behrens J. Altern zu Hause - Unterstützung durch präventive Hausbesuche. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*. 2011;10:1-33.
 32. Von Renteln-Kruse W, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner HP. Preventative home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg. *Z Gerontol Geriatr*. 2003;36:378-91.
 33. Marin GH, Homar C, Niedfeld G, Matcovick G, Mamonde M. Evaluation of the state intervention project to improve quality of life and reduce the complications associated with aging: «Add health to your years». *Gac Sanit*. 2009;23:272-7.
 34. Monteserin Nadal R, Altimir Losada S, Brotons Cuixart C, Padros Selma J, Santaeugenia Gonzalez S, Moral Pelaez I, Fornasini M, Sellares Sallas J. Randomized clinical trial on the efficacy of global geriatric assessment in primary care. *Rev Esp Geriatr Gerontologia*. 2008;43:5-12.
 35. Sterne JAC, Egger M, Moher D (editors). Chapter 10: Addressing reporting biases. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. [Internett]. The Cochrane Collaboration, 2011. Tilgjengelig fra: www.cochrane-handbook.org. [Nedlastet 14.04.13].
 36. Cutchin MP, Coppola S, Talley V, Svihula J, Catellier D, Shank K. Feasibility and effects of preventive home visits for at-risk older people: design of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2009; 9:54.
 37. Cutchin M. Question regarding the protocol of a study on preventive home visits [online]. E-post 05.07.12.
 38. Gustafsson S. Question regarding the results in the study on preventive home visits. [online]. E-post 08.10.12 og 30.10.12
 39. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health. How people manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass, San Francisco. 1987.
 40. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis. 3. utgave. Universitetsforlaget, Oslo. 2010.
 41. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot*. 1997; 12:38-48.
 42. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [Internett], Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). 2006 Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf [Nedlastet 14.04.13].
 43. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008;371:725-735.
 44. Gustafsson S, Edberg A-K, Johansson B, Dahlin-Ivanoff S. Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. *Eur J Ageing*. 2009;6:315-29.
 45. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälse och hälsöfrämjande - en litteraturstudie. Studentlitteratur, Lund. 2000.
 46. Klungerbo B, Bredland E, Sødal AB, Nervik T. Prosjektrapport Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk 2012. [Internett], Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingscenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok>. 5034875-185540.html [Nedlastet 09.08.13].
 47. Avlund K, Vass M, Kvist K, Hendriksen C, Keiding N. Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *J Clin epidemiol*. 2007;60:954-62.
 48. Patrick D, Guyatt GH, Acquadro C. Chapter 17: Patient-reported outcomes. In: Higgins JPT, Green S (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. [Internett]. The Cochrane Collaboration, 2011. Tilgjengelig fra: [Nedlastet 14.04.13].
 49. Halvorsrud L. Livskvalitetsmålinger og eldre. *Geriatrisk sykepleie*. 2012;2:26-30.
 50. Schüz B, Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer C. What do people include when they self-rate their health? Different associations according to health status in community-dwelling older adults. *Qual Life Res*. 2011; 20:1573-80.
 51. Osborne RH, Elsworth GR, Whitfield K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Educ Couns*. 2007;66:192-201.
 52. Lund, T. Innføring i forskningsmetodologi. Unipub, Oslo. 2002.

Forebygging krever oppfølging over tid

» Mange seniorer setter pris på å ha én kontaktperson i helsetjenesten.



Heidi Kleven

Spesialsykepleier Forebyggende helseteam for eldre i Drammen, Master i klinisk helsearbeid

Artikkelen er en gjennomgang av eksisterende forskning og kan være nyttig for kommuner som ønsker å starte et forebyggende tilbud. Et aspekt som jeg mener bør vektlegges i tillegg, er effekten av oppfølging over tid.

Artikkelen samsvarer i stor grad med vår erfaring med systematiske forebyggende hjemmebesøk i 14 år. Forfatterne konkluderer med at tverrfaglighet og god kompetanse hos utøverne kan bidra til at man lykkes i arbeidet. Modellen i Drammen er tuftet på erfaringer fra Danmark og vektlegger kompetanse og oppfølging over tid, fortrinnsvis av samme person. Drammen har spesialsykepleiere med høy kompetanse, både faglig og personlig, til å utføre besøkene. Vi samarbeider og henviser ofte til andre faggrupper. Andre kommuner har tverrfaglige grupper som utøver tjenesten.

Artikkelen inkluderer studier hvor alderen er over 67 år i intervensjonsgruppen. Etter vår mening er det vesentlig å treffe seniorene tidlig nok. Vi fokuserer på det friske i mennesket og vektlegger helseressurser. Det er den enkeltes eget ansvar at alderdommen blir så god som mulig, samtidig som man må være trygg på at hjelpen er der om man trenger den.

Trygghet er et nøkkelord i vår tjeneste. Å ha en kontaktperson som senior i helsetjenesten, er noe mange setter stor pris på. Pårørende til seniorer med helsesvikt verdsetter denne kontakten høyt. Effekten er vanskelig målbar, men i praksis er det dette seniorene og pårørende melder tilbake. Det ser ut til at trygghet har en positiv effekt på opplevelsen av livskvalitet.

Den gode samtalen er redskapet i arbeidet. En åpen intervjuguide sikrer at man i en samtale favner alle geriatriens

hovedpunkter, men utgangspunktet er det seniorene selv ønsker å formidle. Vi erfarer også at sosial aktivitet og nettverk bidrar til opplevelsen av å ha et godt liv.

Seniorer blir stadig sprekere og mer opplyst via forskjellige medier. Kommunene kan ha begrensede ressurser, og selv om forebyggende arbeid er viktig og bør prioriteres, må vi først og fremst utføre de lovpålagte tjenestene. Videre arbeid med forebygging bør derfor handle om videreutvikling av et mer differensiert tilbud til de yngste av seniorene, for eksempel i form av mer gruppevirksomhet, informasjonsmøter og så videre, som et supplement til tradisjonelle hjemmebesøk. Gruppeaktivitet kan i tillegg bidra til nettverksbygging.

Les artikkelen på side 310



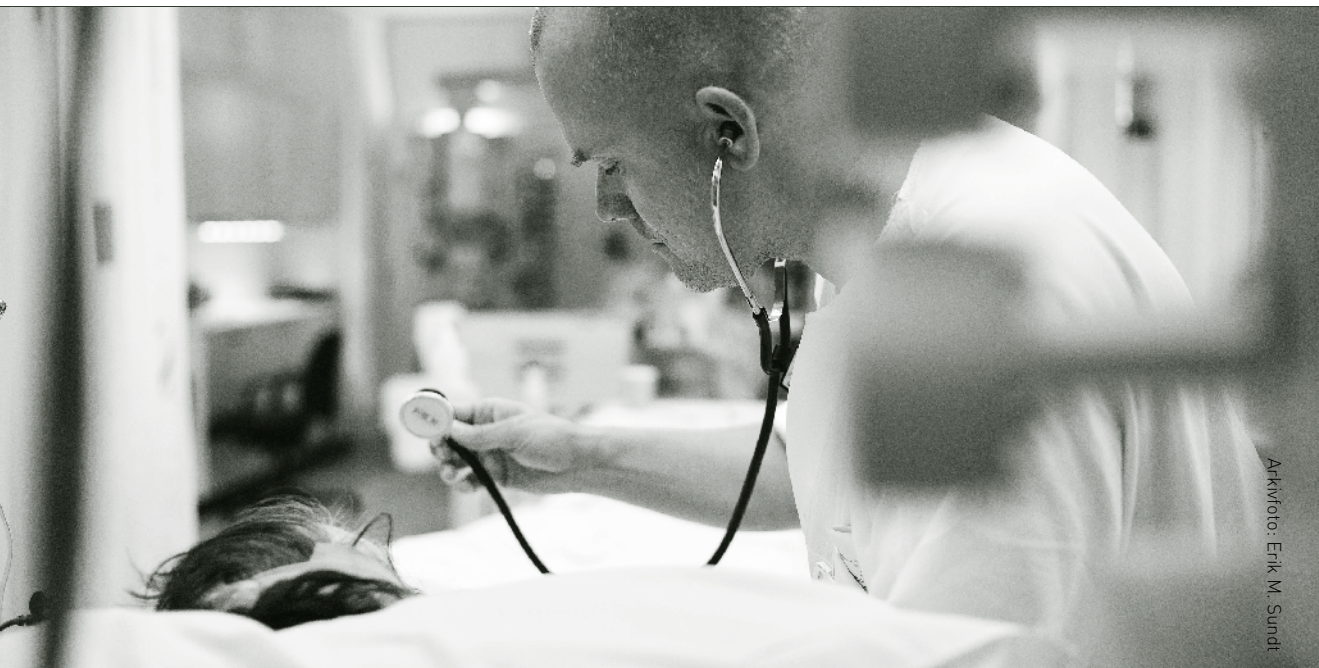


Har du tatt doktorgrad?

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.

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider www.sykepleien.no.



Arkivfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har medført kompetanseutfordringer i helsetjenesten. For å styrke den kliniske kompetansen har sykepleierutdanningen ved Universitetet i Nordland innført systematiske kliniske undersøkelser og vurderinger (SKUV) som del av ferdighetstreningen.

Hensikt med studien: Undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver systematiske kliniske undersøkelser og hvilke implikasjoner det har for sykepleiefunksjon og sykepleieutdanning.

Metode: Litteraturstudie. Søkene

ble gjort i august 2012 i følgende databaser: Swemed+, Medline, ProQuest Nursing & Allied Health Source, Scopus og Science Direct.

Hovedresultat: Kliniske undersøkelser innebærer bruk av inspeksjon, perkusjon, palpasjon og auskultasjon. Det er en del av datasamlingen og har betydning for beslutningstaking i sykepleie. Utdanninger som har implementert systematiske kliniske undersøkelser underviser i mer enn hva som benyttes i praksis. Vektleggingen er ofte medisinsk. Undervisningen må knyttes opp mot sykepleiefaget.

Innholdet i fagplaner må vurderes ut fra praksisrelevans. Sykepleiere oppgir behov for økt kompetanse grunnet endringer i helsetjenesten og gode rollemodeller i praksis.

Konklusjon: Forskningslitteraturen beskriver SKUV som en del av den totale datasamlingen i sykepleien. Implementering av SKUV kan bidra til oppøving av klinisk vurderings-evne og bedre beslutningsprosessen. Forskning fra land som har innført SKUV viser et gap mellom hvilke undersøkelser det undervises i ved sykepleierutdanningene og hva som benyttes i sykepleiepraksis.

ENGLISH SUMMARY

What does physical assessment mean in nursing? A literature review

Background: The Coordination Reform has resulted in new challenges in health care. At the University of Nordland, we have introduced physical assessment in the bachelor degree in nursing. We want there to be more focus on assessment of the patient and clinical competence.

Objective: To investigate how the research literature describes physical assessment and the implications for nursing and nursing education.

Method: Literature study. The searches

were done in August 2012 in the following databases: Swemed+, Medline, ProQuest Nursing & Allied Health Source, Scopus and Science Direct.

Results: Physical assessment involves the use of inspection, percussion, palpation and auscultation. It is part of the data collection and affects decision-making in nursing. Educational programs are teaching more skills than what is used in practice. The focus is often medically oriented. The curriculum must be based on practical relevance and the nursing profession. Nurses

describe needs for increased skills due to changes in the health service and good role models.

Conclusion: The research literature describes physical assessment as a part of the overall data collection in nursing. Implementing physical assessment can improve clinical judgement and better decision making. There is a gap between teaching content and what is used in practice.

Keywords: physical assessment, physical examination, nursing assessment.

» Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?

Forfattere: Solveig Breivik og Anita Tymi

NØKKELORD

- Litteraturstudie
- Observasjon
- Pasient
- Undersøkelse
- Systematisk oversikt

INNLEDNING

Ifølge Samhandlingsreformen (1) skal det skje en oppgavefordeling hvor flere pasienter skal motta pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten. Endringene medfører at pasienter blir utskrevet tidligere fra sykehus. Sammen med høyere levealder, flere med sammensatte lidelser og økende andel kroniske syke medfører dette blant annet kompetanseutfordringer i kommunehelsetjenesten. I sykehusene blir pasientoppholdene kortere, og krever mer intensiv pleie og behandling. Opsahl et al. (2) sier at dersom Samhandlingsreformen skal gjennomføres etter intensjonen, må blant annet den sykepleie- og medisinskfaglige delen i sykepleieutdanningen styrkes. Lerdal (3) sier at sykepleiere må utvikle sin rolle som avanserte klinikere i et moderne og spesialisert helsevesen.

I land som USA, Canada, Australia og New Zealand har det i flere år vært utdannet sykeplei-

ere som undersøker og vurderer pasienter systematisk. Systematiske, kliniske undersøkelser er definert som bruken av klassiske ferdigheter som inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon (4). Den systematiske kliniske undersøkelsen er en liten del av den komplette datasamlingen, hvor både subjektiv og objektiv informasjon om pasientens helsetilstand inngår. Subjektive data framkommer i samtale med pasienten, mens objektive data framkommer gjennom fysiske undersøkelser (5).

Å samle data om pasienten er sentralt i sykepleie. De fysiske undersøkelsene har ikke alltid vært like systematisk utført. I Norge har sykepleietjenesten ikke hatt tradisjon for eksempelvis å lytte på lunger og hjerte. Sykepleierutdanningen ved Universitetet i Nordland har innført systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (vi har valgt forkortelsen SKUV) som en del av ferdighetstreningen. Vi ønsker å styrke den kliniske kompetansen, slik at studentene blir bedre rustet til å vurdere pasientene. Hensikten med studien er å finne forskningslitteratur som tar for seg temaet systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie for å undersøke hvordan dette emnet beskrives, samt å undersøke hvilke implikasjoner implementering av

SKUV har for sykepleiefunksjonen og sykepleieutdanningen.

METODE

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasene Swemed+, Medline, Scopus, Science Direct og Proquest Nursing & Allied Health Source i august 2012. Søkeordene var physical assessment, nursing assessment og physical examination kombinert med nurs*. Vi kombinerte søkeordene med and/or i de ulike databasene (se tabell 1). Referanselistene i inkluderte studier ble gjennomgått for å se etter relevante studier.

Begge forfatterne vurderte identifiserte referanser. Første

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at systematisk klinisk undersøkelse kan bidra til å utvikle sykepleieres kliniske vurderingsevne og hjelpe dem til å treffe bedre beslutninger.

Mer om forfatterne:

Solveig Breivik er intensivsykepleier med hovedfag i helsefag. Hun er ansatt som universitetslektor i sykepleie ved Universitetet i Nordland. Anita Tymi er sykepleier med mastergrad i rehabilitering. Hun er ansatt som universitetslektor i sykepleie ved Universitetet i Nordland. Kontaktperson: solveig.breivik@uin.no

TABELL 1: Viser kombinasjoner av søkeord i ulike søkebasar, antall treff og inkludering/ekskludering

Søkebase	søkeord	Antall treff	Potensielt relevante, lest i fulltekst	Ekskludert på grunn av duplikat	Ekskludert	Inkludert
Medline Ovid	Physical examination and physical assessment and nurs*	46	14		6	8
Scopus	Nursing assessment and physical examination and nurs*	255	15	5	9	1
Science Direct	Physical examination or physical assessment and nurs*	63	3	1	1	1
Proquest Nursing & Allied Health Source	Physical examination and nursing assessment	18	1	1	0	0
Swemed+	Nursing assessment AND nurs*	232	0	0	232	0
Referanselister			3		2	1
Totalt		614	36	7	250	11

seleksjon baserte seg på tittel og sammendrag. Inklusjonskriteriene var:

- tittel/sammendrag inneholder ett eller flere av søkeordene
- omhandler kliniske undersøkelser
- er relevant for bachelorstudiet i sykepleie og/eller sykepleiefunksjonen
- er engelskspråklig eller skandinavisk
- artiklene er publisert mellom 2000–2012.

Spørreundersøkelser er mye benyttet i studier knyttet til «physical assessment» og vi valgte studier med dette designet. I tillegg søkte vi etter systematiske oversiktsartikler. Ekskluderingskriterier:

- avanserte, kliniske undersøkelser som ikke er knyttet til bachelorutdanning
- undersøkelser ved bestemte sykdommer
- manglende beskrivelse av studiedesign og metode

Andre seleksjon baserte seg på at begge forfatterne leste potensielt relevante artikler i fulltekst. Her

gjorde vi en vurdering av gjennomføringen av studiene, hvor det ble sett på relevans, studiedesign, utvalg, svarprosent og hvorvidt spørreskjema var vurdert med tanke på validitet og reliabilitet (se tabell 2). Ikke alle artiklene beskriver metoden tilstrekkelig, og det er en svakhet ved vår studie at vi likevel har tatt dem med. Vi hadde et høyt antall treff på artikler som var potensielt relevante. Mange av disse hadde ikke beskrevet metode og ble derfor ekskludert. I vurdering av oversiktsartiklene så vi på relevans i forhold til vårt forskningsspørsmål. Vi vurderte også hvilke databaser og søkeord som var benyttet. I tillegg så vi på metodisk kvalitet og hvordan søkene var utført.

Valg av publiseringsperiode kan ha medført tap av informasjon, fordi implementeringen av SKUV har foregått til ulike tider i forskjellige land, og det har muligens vært publisert mest rundt implementeringstidspunktene. Vi valgte likevel å opprettholde publiseringsperioden fordi vi ønsket nyere forskning. Oversiktsarti-

klene som er inkludert, har ikke begrensning på publiseringsår.

RESULTAT

Totalt ble 614 referanser gjennomgått ved å lese tittel og sammendrag. Av disse var 36 potensielt relevante. Ved å fjerne dubletter satt vi igjen med 21 artikler som ble lest i fulltekst. Av disse ble ti artikler inkludert ut fra inklusjons-/eksklusjonskriteriene. I tillegg ga gjennomgang av referanselistene tre treff. Etter fulltekstlesing ble kun én inkludert (6). Totalt ble elleve studier inkludert hvorav ni var primærstudier og to var oversiktsartikler (tabell 2). Artiklene var fra USA, New Zealand, Canada, Australia og Japan. Søket i Swemed+ ga ingen relevante skandinaviske artikler. Ulike begreper benyttes om SKUV, og søketermene vi har brukt kan ha medført at alle relevante artikler ikke er fanget opp.

Ni av studiene (4,6,7–13) er spørreundersøkelser. Dette er en tilfredsstillende måte å kartlegge hvilke undersøkelsesferdigheter som benyttes i praksis og hvilke

det undervises i. Svarprosenten varierte fra 42 prosent til 98 prosent. Utvalgsstørrelsen varierte fra 33 til 1220 personer. Små studier gjør generalisering vanskelig. Når vi tar de med, skyldes det at funnene bekreftes i større studier. To av artiklene er oversiktsartikler (14,15). I Lesa og Dixons oversiktsartikkel er tre av primærstudiene inkludert (6,7,12). Fennessey og Wittmann-Prices artikkel inkluderer fire av primærstudiene (10–13).

Forfatterne har i hovedsak brukt egenkomponerte spørreskjemaer, noe som gjør sammenlikning av resultater vanskelig. Lesa og Dixon og Fennessey og Wittmann-Price (15,14) skriver at det ikke er utviklet en enhetlig metode for vurdering av spørreskjemaene og heller ikke for hvordan validitet og reliabilitet skal vurderes. Dette er en svakhet i forskningsdokumentasjonen vi har funnet om SKUV. Lesa og Dixons oversiktsartikkel (15) bygger på 19 surveystudier og to kvalitative studier. Søkestrategien beskrives, men har kun med inkluderingskriterier som går på engelsk språk og at det ikke er tidsbegrensning på publisering. De beskriver ikke ekskluderingskriterier, og slikt sett følger de ikke standard for systematisk review. Artikkelen har ingen tabeller over karakteristika av inkluderte studier, men i resultatdelen er studiene godt beskrevet. Metodisk kvalitet vurderes som moderat. Fennessey & Wittmann-Price's oversiktsartikkel (14) har en mangelfullt beskrevet søkestrategi. Det oppgis ikke antall treff på søkene, men av 76 potensielt relevante artikler ble 28 inkludert. Artikkelen gir nyttig informasjon, men søkestrategi og utvalgelse kunne vært bedre beskrevet. Metodisk kvalitet kan betegnes som moderat til mangelfull. Begge oversiktsartiklene har

benyttet relevante databaser og søkeord. Artikkelen til Birk et al. (8) benyttet samme spørreskjema som Giddens (10), men modifisert til australske forhold. De fleste oppgir testing av spørreskjema for validitet/reliabilitet (tabell 2).

HVA ER SKUV?

De inkluderte studiene viser enighet om at systematiske kliniske undersøkelser innebærer inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon ved undersøkelse av pasienten. Undersøkelsene er en del av den totale datasamlingen, hvor en kartlegger behovet for sykepleie. Fennessey og Wittmann-Price (14) trekker fram at SKUV er en pågående prosess, fordi data samles gjennom hele pasientforløpet for å se etter endringer i pasientens tilstand eller for å evaluere tiltak. Skillen et al. (6) beskriver fysiske undersøkelser som en prosess mer enn et resultat. Det er ikke snakk om å samle data for å stille en endelig diagnose. Schroyen et al. (4) beskriver det som en organisert prosess for å samle data til pleieplanen.

Både Skillen et al. og Fennessey og Wittmann-Price (8,14) beskriver en begrepsforvirring knyttet til SKUV. Det brukes forskjellige betegnelser som physical assessment (fysisk vurdering), health assessment (helsevurdering), nursing assessment (sykepleievurdering), focus assessment (fokusvurdering) og head-to-toe assessment (hode-til-tåvurdering). Dette bidrar til at sykepleiere føler usikre.

Flere av de inkluderte studiene beskriver SKUV som viktig i sykepleie (6,7,11–15). Fennessey og Wittmann-Price (14) begrunner viktigheten med oppøving av klinisk dømmekraft og et redskap for å treffe bedre beslutninger. Giddens og Eddy og Lesa og Dixon (11,15) hevder at fysiske

undersøkelser er en nødvendig komponent i sykepleieutdanningen, og at undersøkelsesdata danner grunnlag for beslutninger, tiltak og evaluering. SKUV hjelper angivelig sykepleieren til å bekrefte/avkrefte hypoteser ut fra sykepleieintervjuet/helsehistorien. Sykepleiere som har tatt SKUV i bruk gir mer presise opplysninger om pasientens situasjon, er bedre til å tolke pasienttilstanden og har større forståelse for legens dokumentasjon (12–15).

INNHOOLD OG KOMPETANSE

Funn fra litteraturstudien viser at det undervises i opptil 126 ulike undersøkelsesferdigheter og sykepleiestudenter øver praktisk på nesten alle i klinikklaboratorier (10,11). Undersøkelsene omfatter alt fra vitale tegn til eksempelvis undersøkelser av senerereflekser, oftalmoskopi og palpering av lever og milt. Lærebøker som er tatt i bruk om SKUV i de aktuelle landene, har dybdeinnhold på alle organsystemene. Birks et al. (8) fant at av 121 undersøkelsesferdigheter ble 35,5 prosent aldri brukt i praksis, 31 prosent ble sjeldent brukt, 23 prosent ble brukt jevnlig/ukentlig. Bare 11 prosent ble utført daglig. Giddens (10) undersøkte 126 kliniske ferdigheter og fant at bare 30 ble betraktet som kjernekompetanse i sykepleie. Studien baserte seg på 193 sykepleiere, randomisert fra et utvalg på 628. Yamauchi (13) fant at sykepleiere anså ni ferdigheter som helt nødvendige, blant annet vitale tegn, hud, respirasjonslyder, tarmlyder, bevissthetsnivå og pupillereaksjon. Secrest et al. (12) gjennomførte en studie av lærere og sykepleiere i praksis, og fant at av 120 undersøkelser ble 29 prosent brukt daglig eller jevnlig, 34 prosent ble brukt av og til, mens 37 prosent aldri ble brukt. Yamauchis (13) studie viser et gap mel-

TABELL 2: Kvalitetsvurdering og karakteristikker av inkluderte studier (alfabetisk ordnet)

Forfatter, årstall publikasjon, referansenummer, nasjonalitet	Hensikt	Studiedesign	Utvalg og svarprosent
Anderson M, Skillen DL, Knight, CL 2001 Continuing Care Nurses' Perceptions of Need for Physical Assessment Skills. Referanse nr. 7 Canada	Beskrive læringsbehov for klinisk vurdering, fasiliteter, barrierer og støtte for å bedre bruken av ferdighetene.	Deskriptiv tverrsnittsstudie. Spørreskjema utviklet av forskerne. 31 spørsmål til sykepleiere og 19 til ledere. Åpne spørsmål i tillegg til spørreskjemaet.	150 sykepleiere og 39 sykepleiere i institusjoner i regionen deltar i 199. Svarprosent: 73 %.
Birks M et al 2012 The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education Referanse nr. 8 Australia	Å undersøke bruken av fysiske, kliniske undersøkelser i sykepleiepraksis.	Tverrsnittsstudie. Spørreskjema med 121 kvantitative spørsmål. Skjema utviklet av Giddens, men modifisert til australske forhold.	1518 skjema ble returnert til forskerne. Kjenner ikke antall i hele regionen, Svarprosent kan ikke oppgitt.
Fennessey A, Wittmann-Price RA 2011 Physical assessment: A Continuing Need for Clarification Referanse nr. 14 USA	Utforske kunnskapsstatus og relevans av fysiske undersøkelser i sykepleiepraksis.	Oversiktsartikkel.	76 artikler identifisert, 28 inkludert.
Giddens J 2005 Comparing the Frequency of Physical Examination techniques Performed by Associate and Baccataureate Degree Prepared Nurses in clinical Practice: Does Education Make a Difference? Referanse nr. 9 USA	Undersøke om det eksisterer forskjeller mellom «associated nurses» og sykepleiere med bachelorgraden i bruken av fysiske undersøkelser.	Tverrsnittsstudie. Spørreskjema med 124 spørsmål innenfor 15 ferdighetsområder.	96 sykepleiere. En gruppe (n = 48) med bachelorutdanning og en gruppe (n = 48) med associate degree nurses fra en gruppe med 193 sykepleiere. Ikke oppgitt.
Giddens J 2007 A Survey of Physical assessment Techniques performed by RNs: Lessons for Nursing Education Referanse nr. 10 USA	Identifisere hvilke undersøkelsesferdigheter sykepleiere har, og hvilken kompetanse som er nødvendig i sykepleierutdanningen.	Deskriptiv tverrsnittsstudie med bruk av spørreskjema. 126 spørsmål.	250 sykepleiere ble tilfeldig utvalgt fra sykehus. 193 sykepleiere besvarte skjema. Svarprosent: 77 %.
Giddens JF. og Eddy L. 2009 A Survey of Physical Examination Skills Taught in Undergraduate nursing programs: Are We Teaching Too Much? Referanse nr. 11 USA	Undersøke hva som er innholdet i emnet SKUV ved ulike sykepleierutdanninger i USA.	Deskriptiv tverrsnittsstudie. Spørreskjema utviklet av forskerne. 122 ferdigheter ble undersøkt.	Spørreskjema sendt til et tilfeldig utvalg på 468 deltakere hvorav 198 sykepleiere besvarte. Svarprosent: 42 %.
Lesia R og Dixon A 2007 Physical assessment: Implications for nurse educators and nursing practice Referanse nr. 15 New Zealand	Undersøke erfaringer fra vestlige land som har innført kliniske undersøkelser i sykepleierens datasamling.	Oversiktsartikkel. Bygger på survey [19] og kvalitative undersøkelser [2].	34 artikler ble identifisert, 21 artikler inkludert. Antall deltakere i de utvalgte studiene ikke oppgitt.
Schroyen B, Georg N, Hylton J et Scobie N. 2005 Encouraging nurses' Physical assessment skills Referanse nr. 4 New Zealand	Avdekke hvorfor sykepleiere ikke bruker omfattende kliniske undersøkelser i praksis.	Pilotstudie. Tverrsnittsstudie. Spørreskjema.	Fra et utvalg på 60 sykepleiere ble 51 inkludert. Svarprosent: 52 %.
Secrest, JA, Norwood ED og DuMont PM 2005 Physical Assessment Skills: A Descriptive Study of What is Taught and What is Practiced. Referanse nr. 12 USA	Undersøke hva som blir undervist om av ferdigheter knyttet til systematiske kliniske undersøkelser i sykepleierutdanninger og hva som blir brukt i praksis.	Eksplorativ, deskriptiv spørreundersøkelse. Spørsmål om 120 ferdigheter. Spørreskjema utviklet av forsker.	Sykepleielærere (n = 12) fra sykehus i USA og sykepleiere fra sykehus og helsestjeneste (n = 51) Svarprosent: 73 %.
Skillen L, Anderson M, Knight CL 2001 The Created Environment for Physical assessment by Case managers Referanse nr. 6 Canada	Beskrive opplevd læringsbehov for undersøkelsesferdigheter, og forklare faktorer som influerer på bruken av SKUV i praksis.	Spørreundersøkelse. To spørreskjema med både kvantitative og kvalitative data. Åpne spørsmål knyttet til hva som influerer på sykepleiernes bruk av kliniske undersøkelsesferdigheter, sett både fra ledernes og sykepleiernes side.	150 sykepleiere + 39 sykepleiere i institusjoner i en av 17 helseregioner deltar i 199. Svarprosent: 73 %.
Yamauchi, T 2001 Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. Referanse nr. 13 Japan	Få kunnskap om japanske sykepleieres kunnskaper, ferdigheter og holdninger til SKUV.	Spørreundersøkelse. Selvutviklet spørreskjema. 28 kliniske ferdigheter ble undersøkt.	Av et utvalg på 357 besvarte 349 sykepleiere. Alle deltakerne er fra samme sykehuset. Svarprosent: 97,5 %.

Vurdering av validitet og reliabilitet	Konklusjon
edere. Av 21 institusjoner.	Nåværende ferdigheter inadekvate for å møte framtidens pleie- og omsorgsbehov.
kerne. 1220 ble pleiepopulasjonis.	Det blir undervist i flere undersøkelsesferdigheter enn det som brukes i praksis. Bruk av undersøkelser er kontekstavhengig. Barrierer for bruk er uklarhet i rolleansvar og tidspress. Distriktsykepleiere brukte flest av ferdighetene.
ert.	Varierende betegnelser og forståelse om hva fysiske kliniske undersøkelser er. Enighet om at SKUV er en del av sykepleieprosessens første trinn. I sykepleie; vurder det normale og gjenkjenne når noe er unormalt. Utførelse av systematiske kliniske undersøkelser krever psykomotorisk, perseptuell og kognitiv kompetanse. Må ha en holistisk tilnærming. Innholdet i kursene ofte medisinsk rettet. Relevans i forhold til beslutningstaking i sykepleie.
) med sykepleie-gruppe (n = s. Utvalget tatt re. Svarprosent	Det var ingen klare forskjeller i bruken av SKUV blant de to gruppene av sykepleiere.
gt fra ulike te spørre-	Av 126 ferdigheter ble 30 ferdigheter identifisert som kjerneferdigheter. Inspeksjon og generell observasjon mest benyttet. Må evaluere innhold i utdanningen, og bør fjerne undersøkelser som ikke er relevant for praksis.
utvalg på iere besvarte.	Udiskutabelt at SKUV er en del av sykepleierutdanningen. Det undervises om mer enn det som benyttes i klinisk praksis. Studieplaner bør revideres og inneholde færre undersøkelsesferdigheter. Ferdigheter som benyttes i praksis er kontekstavhengig. Studenten må tolke funn og oppøve klinisk dømmekraft.
ikler ble ike studiene er	Mange av ferdighetene brukes ikke i praksis. Må vurdere hva som er relevant i samarbeid med praksis. Enighet om at SKUV er en viktig komponent i sykepleie. Må ha en holistisk tilnærming og undervisningen må harmonere med sykepleiefilosofi.
esvarte 33	Det trengs mer undervisning om SKUV i utdanningen og gode rollemodeller i praksis for å øke bruken. Sykepleierne hadde behov for å forbedre sine undersøkelsesferdigheter.
like stater i og kommune-nt ikke oppgitt.	Enighet om nødvendigheten av å kunne undersøke pasienten. Ikke alle ferdigheter det undervises om, blir benyttet i praksis. Studieplaner bør evalueres og revideres i forhold til hvilke undersøkelser som er relevante for sykepleie.
dere. Totalt 189 fra 19 helsein-ter i Canada.	Fysiske undersøkelser er nødvendige, men sykepleiere ikke fortrolige med nivået på sine ferdigheter. Både klientrelaterte, kollegarelaterte, organisasjonsmessige, sykepleierelaterte og ledelsesrelaterte faktorer bidrar til å begrense eller fremme bruken av systematiske kliniske undersøkelser. Må ha holistisk tilnærming. SKUV må ses på som en prosess, mer enn et resultat.
sykeplei-ke sykehus og ykepleierne på	Et gap mellom hva som er kjent av kunnskap og hva man faktisk kan utføre i praksis. Mangel på kunnskap en hindring for bruken av ferdighetene. Erfarne sykepleiere hadde mest kunnskap og brukte ferdighetene mest. Ni av 28 ferdigheter ble sett på som sterkt nødvendige å kunne utføre. Sykepleiere lærer å utføre undersøkelser på arbeidstedet.

lom hva sykepleiere kjenner til og hva de kan utføre av undersøkelser. 90 prosent av respondentene kjente til 23 av 28 ferdigheter, men 90 prosent av sykepleierne kunne bare utføre fire av disse. Studien hadde høy svarprosent, men deltakerne kommer fra samme sykehus. Sykepleierne undersøkte sjelden eller aldri øyet med oftalmoskop, sjekket ikke ulike reflekser eller undersøkte øre, munn og svelg. Perkusjon av toraks og abdomen var også lite benyttet (13).

Inspeksjon og generell observasjon er vanligste undersøkelsesmetode. Auskultasjon og perkusjon er mindre brukt (5,8,10,12). Hvilke ferdigheter som benyttes i praksis, er kontekstavhengig ut fra hvor sykepleieren arbeider (8,11). Både Birk (8) og Schroyen et al. (4) fant at undersøkelser ble utført oftere i kommunehelsetjenesten enn i sykehus, og at kurs medførte økt bruk i praksis.

Forskningen viser at fullstendige, systematiske kliniske undersøkelser ikke brukes i det daglige, men enkeltelementer brukes ut fra klinisk setting. Det er altså en disharmoni mellom sykepleierutdanningenes innhold og hva som utføres i praksis (8-13).

Anderson et al., Skillen et al. og Schroyen et al. (7,6,4) fant at sykepleiere ikke er fornøyde med ferdighetene sine. De ønsker mer kompetanse fordi pasientene har komplekse helse- og sykdomstilstander, økende alder og sammensatte behov. Lesa og Dixon (15) framhever at endringene i helsevesenet fordrer sykepleiere som er kunnskapsrike, konsultative, fleksible og tilpassningsdyktige. Anderson et al. og Giddens (7,10) fant at det er behov for økt kompetanse i undersøkelse av lunger, hjerte, perifer sirkulasjon og magen.

For å utføre SKUV trekker Fennessey og Wittmann-Price (14) fram tre kompetanseområ-

der. Psykomotoriske ferdigheter er nødvendig for å utføre inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon, og for å kunne sammenlikne kroppssidene til den enkelte pasient med hverandre. Stetoskopet og hendene må kunne plasseres på riktig sted. Perseptuell kompetanse innebærer for eksempel å sammenlikne og høre forskjell på ulike lyder produsert av kroppen. Kognitiv kompetanse innebærer analyse av funn og at en skiller det unormale fra det normale. Disse kompetansene må kunne brukes samtidig. I tillegg må sykepleier ha kommunikative evner og kunne samhandle med pasienten.

PERSPEKTIV OG FOKUS

Innholdet i studieplanene og undervisningen om SKUV kritiseres av flere for å ha et medisinsk perspektiv i stedet for å være sykepleierrettet (12,14,15). Både Fennessey og Wittmann-Price, Lesa og Dixon og Skillen et al. (14,15,6) sier at man bør inkludere pasientens perspektiv, helsehistorien og psykososiale forhold i pasientundersøkelsen. Kursene bør være sykepleierrettet og ha et holistisk perspektiv. Kursene bør også inkludere helsefremming og forebygging. Innholdet i kursene må være relevant for sykepleiepraksis (14,15). Hensikten med vurderingen er ikke å stille medisinske diagnoser, men å kunne skille det normale fra det unormale. Lesa og Dixon (15) diskuterer om innføring av SKUV er en rolleutvidelse hvor hensikten er mer effektiv pleie og nytteverdi for pasienten, eller om det betyr at sykepleierne strekker rollen ved å overta oppgaver fra annet helsepersonell.

PREMISSER FOR PRAKSIS

Funnene viser at bare få elementer av SKUV brukes i praksis. Årsaker som kommer fram er at sykeplei-

ere ikke ser SKUV som sitt ansvar. Birk (8) fant at det er uklart om det er legens eller sykepleierens ansvar å undersøke pasienten. Funnene bekreftes av Skillen et al. og Schroyen et al. (6,4).

Skillen et al., Anderson et al. og Lesa og Dixon (6,7,15) fant at sykepleierne ikke var fortrolige med egne undersøkelsesferdigheter. Mangel på kunnskap og lite ferdighetstrening førte til at sykepleieren ikke hadde tillit til egne undersøkelsesferdigheter, og derfor unnlot å utføre undersøkelser. Skillen et al. (6) studie fant at 42,2 prosent av sykepleierne ikke hadde formell utdanning i SKUV, men de ønsket å forbedre kompetansen. Både Birk, Skillen et al., Lesa og Dixon og Schroyen et al. (8, 6, 15, 4) beskriver tid som en knapphetsressurs for å utføre undersøkelser. Sykepleierne opplevde stor arbeidsbelastning og at oppgaver kom i konflikt med hverandre. Det var heller ikke tid til å lære nye undersøkelser. Lesa og Dixon og Schroyen et al. (15,4) fant at mangel på rollemodeller i praksis var en begrensende faktor. Sykepleierne hadde behov for noen som bekreftet at de hadde sett og hørt «riktig». Andre opplevde at undersøkelser ikke var hensiktsmessige i den kliniske settingen de arbeidet i. Både Giddens og Yamauchi (10,13) sier at for å lykkes, må sykepleierne se det som relevant for praksis.

DISKUSJON

Enkelte land har statlige krav om at SKUV skal inngå i sykepleierutdanningen. Giddens og Eddy (11) sier at det ikke er spørsmål om SKUV er sentralt i sykepleie. Spørsmålet omhandler innhold og omfang av undervisningen. Den norske rammeplanen (16) har ingen spesifikke bestemmelser om systematiske kliniske undersøkelser, men sier at observasjon

av pasienten er sentralt i sykepleieutøvelsen. I EU's Tuningprosjekt er målet å definere sykepleiekompetanse. Her framkommer det at sykepleiere skal kunne gjøre omfattende og systematiske undersøkelser av pasienten (17). Mangelen på funn av skandinavisk forskningslitteratur om emnet kan skyldes at SKUV ikke er innført i sykepleierutdanningene i disse landene.

Allerede Nightingale var opp-tatt av at sykepleiere skulle observere kontinuerlig og gi presise pasientbeskrivelser. Man skulle bruke alle sanser, og kunnskap og observasjon skulle flettes sammen (18). Man skulle se etter i stedet for å se på. Ved kliniske undersøkelser får sykepleieren data om pasientens helsetilstand, og kan vurdere om det skjer endringer, for eksempel om pasienten blir tungpustet, noe som har betydning for pleie- og behandlingsforløpet.

Når studentene er i praksis kan det være tilfeldig hva de får med av undersøkelser, avhengig av praksiskontekst. Ikke alle lærer å vurdere for eksempel bevissthetsnivå eller lytte etter tarmlyder. Derfor anser vi det som viktig at sykepleierstudenter lærer basisferdigheter i studiet. En undersøkelse om tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien i Oslo viser at ingen av pasientene (n=137) svarte ja på spørsmålet om de var blitt undersøkt i munnen av noen fra hjemmesykepleien (19). Dette er betenkelig, og viser at mer systematikk i datasamlingen er nødvendig.

Det er likevel et paradoks at SKUV anses som viktig, når bare en tredjedel av undersøkelsene benyttes i praksis. Dette viser en disharmoni mellom utdanning og praksis. Enkelte undersøkelser benyttes daglig eller ukentlig, mens andre ikke benyttes i det

hele tatt. Disharmonien går på omfanget av undersøkelser. Når enkelte ferdigheter ikke benyttes, kan det bety at det er irrelevant for praksis, sykepleierne ikke har kompetanse, det er mangel på tid eller at det ikke oppfattes som en sykepleieoppgave. Funnene viser uklarhet om hvordan sykepleierne forstår «physical assessment», noe

pasienten, vurdere funksjonsevne og til å ta gode beslutninger.

I land som har innført SKUV bruker sykepleiere i kommunehelsetjenesten undersøkelser oftere og har et større arsenal av undersøkelser enn sykepleiere i sykehus (8). I Norge medfører Samhandlingsreformen (1) større pleieutfordringer i kommunene, noe



I kommunene arbeider sykepleiere oftest alene og har færre å rådføre seg med.

som kan skape forvirring om hva som forventes. Giddens (10) sier det er gjort lite for å artikulere hva som er spesifikke helsevurderinger og hva som skal være innhold i undervisningen, og hevder at innholdet i fagplaner bør evalueres og endres. Yamauchi (13) sier at SKUV er et krav i profesjonell sykepleie og at sykepleieren må ha en klart definert rolle knyttet til dette som er kjent for alt helsepersonell.

Betydningen av rollemodeller i praksis er viktig både for studenter og sykepleiere som skal lære SKUV. Praksis og utdanning må samarbeide for at sykepleierne skal få denne kompetansen (4,6,15). Anderson et al. (7) fant at sykepleierne mente nåværende ferdigheter var inadekvate for å møte framtidens helseutfordringer.

Bachelorstudiet i sykepleie i Norge utdanner generalister, og man må vurdere hvilke undersøkelsesferdigheter som er nødvendige. Når litteraturstudien viser at studenter lærer inntil 130 undersøkelser, er det ikke uventet at mange ikke brukes i praksis. Som Giddens (10) viser, bør studentene lære basisferdigheter og lære å fortolke funnene slik at pasienten får riktig hjelp. Yamauchi (13) skriver at SKUV gir et mer komplett datagrunnlag og hjelper sykepleiere til å identifisere forandringer hos

som krever endret kompetanse. I sykehus er det flere sykepleiekollegaer og tett kontakt med legen, og det er rimelig raskt å få gjort vurderinger av pasienten. I kommunene arbeider sykepleiere oftest alene og har færre å rådføre seg med. I slike tilfeller er kompetanse i SKUV viktig, slik at man kan gjøre riktige vurderinger og kommunisere presise funn til lege.

I de inkluderte artiklene framgår det at sykepleierutdanningene ofte bruker en medisinsk undervisningsmodell. Dette kan bidra til uklarhet i ansvarsfordelingen, og forskningen viser at det er en av årsakene til at sykepleiere i liten grad utfører kliniske undersøkelser (8). Funnene er klare på at hensikten med SKUV ikke er å sette medisinske diagnoser, men å skille mellom hva som er normalt og ikke normalt. Lesa og Dixon (15) fant at en holistisk tilnærming øker bruken av SKUV i praksis. Dersom man bare fokuserer på de fysiske undersøkelsene, vil det medisinske fokuset overta. Undersøkelsene må derfor ha betydning for sykepleien som ytes. Dersom en undersøker neurologisk funksjon, og oppdager dårlig balanse, vil det være grunnlag for forebygging av fallulykker. Vi mener det er viktig å fokusere på SKUV som en del av den totale datasamlingen, hvor hensikten er å

identifisere hva som er sykepleieproblem/pasientenbehov, for videre å iverksette pleietiltak. Fennessey og Wittmann-Price (14) setter SKUV i sammenheng med pasientsikkerhet og effektiv pleie og behandling. De sier at den totale datasamlingen også inkluderer utvikling av sykepleie-pasientforholdet. Sykepleier må samarbeide med pasienten og pasienten må ha tillit til den som undersøker. Å ha fokus på målingene, uten å inkludere pasientens perspektiv, er ikke forenlig med en holistisk tilnærming. Derfor er det viktig å huske at de fysiske undersøkelsene bare er en del av datasamlingen.

Det har vært debattert om innføring av SKUV medfører en rolleutvidelse til beste for pasienten eller om sykepleierrollen strekkes fordi en påtar seg oppgaver fra annet helsepersonell. Wheeldon (20) advarer mot at sykepleieren strekker rollen sin ved å overta oppgaver fra andre fordi det kan gå på bekostning av grunnleggende sykepleie. Hun hevder at SKUV bare kan forsvares dersom det skjer innenfor en holistisk tilnærming, og medfører bedre pasientpleie. Ingen funn beskriver tidsbruken ved SKUV. Vi ser det kan være tidkrevende å innføre nye oppgaver, men det kan også være tidsbesparende å arbeide mer systematisk for raskt å oppdage endringer, forebygge komplikasjoner og bedre pasientresultater. Endringer i klinisk praksis medfører også endring i sykepleiefunksjonen. Aldridge-Bent (21) stiller spørsmål om sykepleiere skal forme rollen sin selv eller formes av andre. Tidligere helseminister Støre har foreslått oppgaveglidning i helsevesenet, og da er det viktig at sykepleierne er på banen og selv former sykepleiefunksjonen. Vi må utvikle rollen innenfor syke-

pleie til beste for pasientene. Coombs og Moorse, Yamauchi og Lesa og Dixon (22,13,15) sier at det er forsket lite på helseeffekt av SKUV, noe det bør forskes videre på.

KONKLUSJON

Forskningslitteraturen beskriver SKUV som systematiske kliniske undersøkelser hvor sykepleier benytter inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon i vurdering av pasienten. SKUV er en del av den totale datasamlingen i sykepleien. Implementering av SKUV i sykepleie kan bidra til oppøving av klinisk vurderings-evne og er et redskap for å treffe bedre beslutninger. Forskning fra land som har innført SKUV viser et gap mellom hvilke undersøkelser det undervises i ved sykepleierutdanningene og hva som benyttes i praksis. Det undervises i flere ferdigheter enn det som benyttes i praksis.

REFERANSER

1. Helse og omsorgsdepartementet. St.m nr. 47 (2008-09) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo.
2. Opsahl G, Solvoll BA og Granum V. Forførende samhandlingsreform. I Sykepleien Forskning 2012;7:60-3.
3. Lerdal A. Lær av England. I Sykepleien, 2012;100:104-5.
4. Schroyen B, Georg N, Hylton J and Scobie N. Encouraging nurses' Physical Assessment skills. Nursing New Zealand 2005;11:14-15
5. Jarvis C. Physical Examination & health Assessment. Elsevier Saunders. Missouri 2012
6. Skillen DL, Anderson MC and Knight CL. The Created Environment for Physical assessment by Case managers. Western Journal of Nursing research 2001;23:72-89
7. Anderson M C, Skillen DL, Knight, CL. Continuing Care Nurses' Perceptions of Need for Physical Assessments Skills. Journal of Gerontological Nursing 2001;27:23-9
8. Birks M et al. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. Collegian 2012;134:1-7
9. Giddens JF. Comparing the Frequency

of Physical Examination techniques Performed by Associate and Baccalaureate Degree Prepared Nurses in clinical Practice: Does Education Make a Difference? Journal of Nursing Education 2005; 45 (3): 136-9

10. Giddens JF. A Survey of Physical assessment Techniques performed by RNs: Lessons for Nursing Education. Journal of Nursing Education 2007;46:83-7

11. Giddens JF and Eddy L. A Survey of Physical Examination Skills Taught in Undergraduate nursing programs: Are We Teaching Too Much? Journal of Nursing Education 2009;48:24-9.

12. Secrest JA, Norwood BR and DuMont PM. Physical Assessment Skills: A Descriptive Study of What is Taught and What is Practiced. Journal of Professional Nursing 2005; 21:114-8.

13. Yamauchi T. Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. Nursing and Health Science 2001;3:213-24.

14. Fennessey A and Wittmann-Price RA. Physical assessment: A Continuing Need for Clarification. Nursing Forum 2011; 46:45-50.

15. Lesa R and Dixon A. Physical assessment: Implications for nurse educators and nursing practice. International Nursing review 2007;54:166-72.

16. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo 2008.

17. Lindpaintner LS et al. Defining Clinical Assessment Standards for Bachelor's -Prepared Nurses in Switzerland. Journal of Nursing Scholarship; Third Quarter 2009;41:320-6.

18. Karoliussen M. Nightingales arv-ny forståelse. Oslo. Gyldendal Akademisk, 2012.

19. Fjæra B, Willumsen T, Eide H. Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Sykepleien Forskning. 2010;5: 100-8.

20. Wheeldon A. Exploring nursing roles: using physical assessment in the respiratory unit. British Journal of Nursing; 2005, 14:571-4.

21. Aldridge-Bent S. Advanced physical assessment: implementation of a module. British Journal of Community Nursing, 2011;16:84-8.

22. Coombs, MA, Moorse SE. Physical assessment skills: a developing dimension of clinical nursing practice. Intensive and Critical Care Nursing. 2002;18:200-10.

Systematisk observasjon er viktig

> En god klinisk sykepleier er nysgjerrig på pasientenes totale helsesituasjon.



Annette Hestdal Loso

Fagutviklingssykepleier i hjemmesykepleien i Bærum, Belset - Lommedalen distrikt. I tillegg går jeg på et masterløp ved UiO; Avansert geriatrisk sykepleier.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Florence Nightingale hadde rett; sykepleiere må bruke alle sanser kontinuerlig for å kunne observere og gi presise pasientbeskrivelser. Jeg er enig i forfatterne som i artikkelen hevder at sykepleiutdanningen i Norge må vektlegge mengdetrening i systematiske kliniske undersøkelser og vurderinger (SKUV), og at dette må være en del av den totale datasamlingen i sykepleien for å sikre beslutningsprosesser. Samhandlingsreformen krever nye kunnskaper hos alt helsepersonell – i særdeleshet av sykepleiere i kommunehelsetjenesten som er nøkkelpersoner; både overfor pasientene, pårørende og det øvrige personalet.

Min erfaring fra kommunehelsetjenesten er at observasjoner og vurderinger i stor grad er usystematiske, og ofte råder subjektive vurderinger. Validerte kartleggingskjemaer blir i liten grad benyttet. Tiltakene overfor pasientene treffes for ofte på et tynt grunnlag, bærer preg av tidligere praksis og erfaringer på arbeidstedet og er i mindre grad kunnskapsbaserte.

I første rekke må sykepleierne være nysgjerrig på pasienten – allerede ved første møte. Det må gjøres en grundig datainnsamling om livshistorie, sykehistorie, behandlingsstrategi, medikamentlister og framtidsmål. Sykepleierne må kjenne «baseline» slik at man raskt kan plukke opp avvikende observasjoner. Dette krever systematikk.

Jeg kan se, som forfatterne har funnet, at det er flere utfordringer med hensyn til SKUV i kommunehelsetjenesten. Sykepleierne er få, og mange blir «spist opp» av ordinær pleie og organisering av tjenesten. Ferdighetene som blir presentert under utdanningen blir sjelden brukt. Dette medfører at sykepleierne ikke i stor nok grad stoler på sine observasjoner og vurderinger. Dette kan resultere i at pasienter i ustabile faser blir overlatt til ukjente legevaksleger og/eller blir innlagt på sykehus unødvendig.

Det er viktig at sykepleiere lærer seg SKUV med vektlegging på de fire ferdighetene inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. Det er også viktig at syke-

pleiere føler seg trygge og i langt større grad tar i bruk kartleggingskjema for pasientenes hovedproblemer (for eksempel smerte, fall, ernæring, ivaretagelse av daglige gjøremål, depresjon).

Som oppsummering vil jeg si at sykepleiere i dagens helsevesen må få økt kunnskap og ferdigheter innen klinisk kompetanse for å dekke pasientenes behov for forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det er sykepleierne som er «ved sengene» i kommunehelsetjenesten – ikke legene. SKUV er et viktig redskap for systematisk observasjon. Dog mener jeg at dette må være et supplement til annen kartlegging som nevnt over. Hvilke teknikker innen SKUV som bør vektlegges i den norske bachelorutdannelsen må klart defineres slik at framtidens sykepleiere kommer ut med sikre og gode ferdigheter på de essensielle områdene. Det er bedre at sykepleiere behersker 40 teknikker godt, enn at de har vag kjennskap til 126!

Les artikkelen på side 324





SAMMENDRAG

Bakgrunn: Depresjon er et svært utbredt og alvorlig fenomen etter hjerneslag, men fenomenet er ofte oversett i praksis. Forskningen på depresjon etter slag har i stor grad fokusert på forekomst, årsaker, assosierte faktorer, utviklingsmønstre og behandling. Man har i liten grad sett på de levde erfaringene med fenomenet.

Hensikt: Hensikten med studien er å presentere en samlet beskrivelse av forløpet for depresjon

etter hjerneslag fra akutfase til 18 måneder etter slaget.

Metode: Studien har et longitudinelt, deskriptivt design og er basert på gjentakende dybdeintervjuer med ni deprimerede slagrammete. Intervjuene er analysert i et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv

Resultat: Depressive symptomer og konsekvensene etter slaget er vevd sammen og derfor vanskelig å skille. Erfaringen med å håndtere, leve med

og akseptere tap var essensiell, og depresjonssymptomene ble forstått, beskrevet og forklart med utgangspunkt i det som var tapt etter slag.

Konklusjon: Depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon. Livssituasjon, grad av nedsatt funksjon, samt sosial kontekst kan påvirke hvordan depresjonen endrer seg over tid. To sårbare grupper pekte seg ut: Eldre som lever alene og yngre med forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi, familieliv og barn.

ENGLISH SUMMARY

Living with depression after stroke

Background: Post-stroke depression (PSD) is a common and severe, but often ignored, phenomenon. The literature concerning PSD concentrates primarily on prevalence, causes, associated factors and treatment. There are few studies describing the experience of PSD in detail.

Objective: The aim of this study is to present a synthesis of the trajectory of PSD from the acute phase and up to 18 months after

a stroke.

Method: A descriptive, longitudinal design is used applying several in-depth interviews with nine stroke survivors suffering from depressive symptoms.

Results: Depressive symptoms are closely connected to the consequences of stroke and therefore difficult to separate. The experience of dealing, living with and accepting loss was essential, and the depressive symptoms were understood and described in rela-

tion to loss after stroke. PSD has a semblance to grieving.

Conclusion: Life circumstances, degree of residual impairment from the stroke, and social context were found to influence how post-stroke depression developed over time. Two groups should be considered particularly vulnerable after stroke: elderly adults living alone and adults with demanding work and family commitments.

Keywords: Stroke, depression, grief, rehabilitation, longitudinal

» Å leve med depresjon etter hjerneslag

Forfattere: Siren E. Kouwenhoven og Marit Kirkevold

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Longitudinell studie
- Hjerneslag
- Depresjon
- Rehabilitering
- Sorg

INTRODUKSJON

Mellom 15 000 og 16 000 nordmenn rammes av hjerneslag hvert år, og tallet vil øke i årene som kommer (1). Til tross for at færre mennesker dør av hjerneslag enn tidligere, er slag den tredje hyppigste dødsårsak i industrialiserte land, og den viktigste årsak til langvarig funksjonshemming (2). Et hjerneslag kan endre både

fysisk, kognitiv, kommunikativ og emosjonell funksjon. Både fatigue, depresjon, angst, søvnforstyrrelser og smerte er vanlige konsekvenser (2). Depressive symptomer kommer til uttrykk både kroppslig, følelsesmessig og kognitivt (se tabell 1).

Det er vanlig å tenke at et antall depressive symptomer over tid kan gi diagnosen depresjon. Depressive symptomer er imidlertid i ulik grad til stede i livet som en naturlig reaksjon, for eksempel i forbindelse med tap, uten at det regnes som sykdom (3). Ved hjerneslag er dessuten flere depressive symptomer sammenfallende med konsekvenser som er direkte følger av slaget selv (4). Slaglitteraturen skiller ikke mellom det å ha depressive symptomer og det

å ha en depresjonsdiagnose, stilt av kvalifisert personell etter slaget, men sammenfatter dette i begrepet «post-stroke depression» (5).

Depressive symptomer etter slag er svært utbredt og kan oppstå i akutfasen eller på senere tidspunkter etter slaget (6,7). Hackett og kolleger estimerte at rundt 30 prosent har depresjon til enhver tid i løpet av de første fem årene etter slaget (6). I motsetning til Hacketts funn, har flere longitudinelle studier vist at forekomsten av depresjon er høyere i akutfasen enn på senere tidspunkter (8–10). Hos de fleste går depresjonen over, men hos noen

TABELL 1: Depressive symptomer i henhold til DSM V, 2013

1. Nedstemthet
2. Klart redusert interesse for eller mindre glede av alle, eller nesten alle, aktiviteter
3. Betydelig vektreduksjon eller vektøkning, eller mindre eller økt appetitt
4. Søvnforstyrrelser (for lite eller for mye søvn)
5. Rastløshet eller treghet
6. Følelse av svakhet eller mangel på energi
7. Følelse av verdiløshet eller overdreven eller uberettiget skyldfølelse
8. Redusert tanke- eller konsentrasjonsevne eller redusert besluttsomhet
9. Tilbakevendende tanker om døden (ikke bare frykt for å dø), tilbakevendende selvmordstanker uten noen spesiell plan, eller allerede foretatt planlegging av selvmord

Hva tilfører artikkelen?

Tap er en vesentlig del av deltakernes fortelling i denne studien. De depressive symptomene hos de slagrammete er i sterk grad knyttet til å håndtere, akseptere og leve med tap.

Mer om forfatterne:

Siren E. Kouwenhoven er sykepleier og PhD. Hun er ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og postdoktor ved Universitetet i Oslo, Avdeling for sykepleievitenskap og prosjektleder ved Vikersund Kurbad. Marit Kirkevold er professor og EdD. Hun er professor og avdelingsleder ved Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, og professor II ved Institut for folkesundhed, Århus Universitet. Kontaktperson: s.e.kouwenhoven@medisin.uio.no.

blir det en vedvarende tilstand (2). Depresjon etter slag kan føre til dårligere fysisk rehabilitering (11–13), lengre sykehusopphold (14), økt funksjonshemming (15), redusert sosial aktivitet (16,17), og vansker med å komme tilbake i arbeid (18). Depresjon er også

til å ha en bevarende og integrerende funksjon, også har en trøstende funksjon og en viktig støttende rolle i forhold til den slagrammetes prosess med å fortolke og forstå sin situasjon (30). Den slagrammetes levde erfaring er essensiell for sykepleie og et

være i stand til å utføre det de kunne før. De beskrev seg selv som unyttige og ga uttrykk for tristhet og frustrasjon, slik som «å føle seg fanget» og «hjelpeløs», i relasjon til andre mennesker.

Mens Townend og kollegaer benyttet semistrukturerte intervjuer og etterspurte hvordan deltakerne forholder seg til funksjonssvikt spesielt, så benyttet Robinson-Smith kartleggingsverktøy med definerte kategorier som utgangspunkt for studien. Slik vi ser det etterspør ingen av disse studiene den slagrammedes erfaring åpent.

Denne artikkelen sammenfatter to artikler som allerede er publisert, «Living a life in shades of grey»: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke (36) og The lived experience of depressive symptoms after stroke – a longitudinal perspective (37). De to artiklene presenterer de samme deltakerne, men ulike tidspunkter av en longitudinell studie. I denne artikkelen søker vi å skape en syntese av forløpet fra akutfase til 18 måneder etter slaget, og diskuterer dette som en helhet. Detaljerte beskrivelser av studien er presentert i de to publiserte artiklene.

HENSIKT OG SPØRSMÅL

Hensikten med studien var å få fram en samlet beskrivelse av forløpet for depresjon etter hjerneslag fra akutfase til 18 måneder etter slaget. Studien har følgende forskningsspørsmål:

- Hva er karakteristisk for depresjonen etter hjerneslag slik den er erfart og kommer til uttrykk hos slagrammete?
- Hvordan er det å leve med depresjon etter hjerneslag de første 18 månedene etter slaget?
- Hvordan endrer erfaringen med depresjon seg over tid?

” Depressive symptomer etter slag er svært utbredt.

assosiert med selvmord og død (19–22) hos slagrammete. Tidlig depresjon øker sjansen for vedvarende depresjon og komplikasjoner (5). Akutfasen etter slag er derfor spesielt viktig.

Litteraturen beskriver to hovedmodeller for å forklare årsaken til depresjon etter slag: Den ene fokuserer på selve hjerneskaden, dens plassering, omfang eller art, og forklarer depresjon ut fra patofysiologiske mekanismer (23,24). Den andre ser på depresjon som en psykososial reaksjon på de store endringene etter slaget. Det å ha hatt depresjon tidligere, ha store fysisk utfall, leve alene, være isolert, ha afasi eller nedsatt kognitiv funksjon, er alle faktorer assosiert med depresjon etter slag (25–27). I sin litteraturgjennomgang konkluderte Whyte and Mulsant med at depresjon etter slag bør ses på som et multifaktoriel fenomen der både selve hjerneskaden og de psykososiale reaksjonene spiller en rolle for utvikling av depresjon (28). Det meste av forskningen rundt depresjon etter slag har hatt et kvantitativt perspektiv med fokus på forekomst, årsaker, assosierte faktorer, utviklingsmønster og behandling. Mye er fremdeles uklart (5,7,29).

Det å hjelpe, støtte og assistere en som har hatt slag er ofte en kompleks prosess. Kirkevoold beskriver at sykepleieren i tillegg

utgangspunkt for både trøst og støtte til den slagrammete (30–33).

Vi har bare funnet to studier med fokus på den slagrammetes erfaring med å leve med depresjon etter slag. I 2004 intervjuet Robinson-Smith (34) sju slagrammete om deres forståelse av å være deprimert, en og seks måneder etter slaget. Hun fant fem overordnede temaer: «Å vende seg mot negative følelser», «å ha nattlige symptomer», «opplevelse av endring i kroppssensitivitet», «føle seg nedfor», og «behov for spirituell hjelp». Robinson-Smith foreslår at det bør utvikles bedre kartleggingsinstrumenter for depresjon etter slag, spesielt med tanke på spiritualitet. Seks år senere publiserte Townend og kollegaer (35) en studie av 60 slagrammete der de undersøkte sammenhengen mellom depresjon og aksept av funksjonssvikt. De brukte kvantitative kartleggingsverktøy for å måle funksjonssvikt og depresjon, og kvalitative intervjuer for å undersøke hvordan deltakerne forholdt seg til funksjonssvikten. Slagrammete både med og uten depresjon ble sammenliknet. I de kvantitative målene fant de en klar sammenheng mellom det å ikke akseptere funksjonssvikt og det å være deprimert. Intervjuene viste at de deprimerte deltakerne, i motsetning til de ikke-deprimerte, var opptatt av at de fremdeles burde

METODE

Studien har et longitudinelt, deskriptivt design, og er basert på gjentatte dybdeintervjuer av ni personer som alle hadde milde til moderate depressive symptomer i akutfasen etter slaget. Studien er utført innenfor et hermeneutisk-fenomenologisk rammeverk basert på Poul Ricoeur (31–34) og Max van Manens teorier (35). For nærmere beskrivelse av hvordan metoden er brukt, se originalartiklene (36,37).

UTVALG

Depressive symptomer ble kartlagt med verktøyet Beck Depression Inventory II (BDI), et anerkjent kartleggingsverktøy som er mye benyttet for slagrammete (5,6,27).

Inklusjonskriterier var:

- >18 år
- Hjerneslag for første gang
- Kognitivt i stand til å gjennomføre intervju
- Skårer >14 på BDI
- Forstår og snakker norsk.

Personer som led av terminal sykdom eller som benyttet anti-depressiva eller medikamenter for bipolar lidelse ved slagtidspunktet, ble ikke inkludert i studien. Deltakerne er presentert i tabell 2, og var en heterogen gruppe både når det gjelder alder, kjønn, bakgrunn, hjerneslagets plassering, og konsekvensene av slaget.

DATAINNSAMLING

Første intervju ble foretatt i akutfase, fire til sju uker etter slaget, med oppfølgingsintervjuer ved tre, seks, tolv og 18 måneder etter slaget. Intervjuene var av 30–90 minutters varighet, ble i hovedsak gjort hjemme hos deltakerne, og ble utført i perioden januar 2008–mars 2010. Det ble utviklet en intervjuguide som dannet utgangspunktet for en dialog-basert samtale. Intervjuguiden er

presentert i detalj andre steder (36,37). Det ble gjort lydopptak av intervjuene, og disse ble transkribert i sin helhet.

DATAANALYSE

Selve analysen av materialet er inspirert av Lindseth og Nordbergs analysemetode utviklet med utgangspunkt i Ricoeurs fortolkningsteori (36). Analysen ble foretatt i tre trinn: 1) naiv lesning, 2) strukturert analyse og 3) helhetlig forståelse. Intervjuene ble analysert hver for seg og så sett i sammenheng både horisontalt, det vil si hver deltaker i et longitudinelt perspektiv, og vertikalt, det vil si hvert intervjutidspunkt på tvers av deltakerne.

ETIKK

Forskningsetisk godkjenning ble gitt av Regional Etisk Komité (S-07264a, juli 2007 og desember 2007) og Privat ombudsmann for forskning ved Oslo universitetssykehus (januar 2008). I tillegg ble det gitt tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (oktober 2007 og desember 2012). Alle deltakerne i denne studien var samtykkekompetente. Sykepleiere ved de ulike rekrutteringsstedene ga muntlig og skriftlig informasjon og innhentet skriftlig samtykke. For ytterligere informasjon, se tidligere artikler og doktoravhandling (36–38).

FUNN

Depresjonens karakter

Deltakerne ble inkludert på bakgrunn av milde til moderate depressive symptomer. Deltakerne bekreftet at de opplevde depressive symptomer slik de er kategorisert i BDI, men det var vanskelig for dem å komme med utdypende beskrivelser med utgangspunkt i kategorien. En av årsakene til det, var språklig. Deltakerne brukte andre begreper enn de

typiske «psykiatriske termene». Kategorier som apati, manglende interesse eller tretthet, dekker bare en liten del av deltakernes beskrivelse. Deltakerne i vår studie forsto, beskrev og forklarte de depressive symptomene ut fra endringene etter slaget. Derfor ga det ikke mening å se på de depressive symptomene for seg. For å fange den levde erfaringen med depressive symptomer etter slag, ble det viktig å forstå hvordan deltakerne kontekstualiserte erfaringene. På den måten ble depresjonssymptomene og konsekvensene av slaget vedt sammen. Man kan si at depresjonssymptomene danner et utgangspunkt for fortellingen om slaget. I intervjuene ble det også vanskelig å skille mellom hva som var depressive symptomer og hva som var andre konsekvenser av slaget. Flere karakteristiske symptomer på depresjon, som tretthet, endret appetitt, søvnvansker, nedsett initiativ, er også kjente fysiske eller kognitive konsekvenser av et hjerneslag. Til tross for at alle ni deltakere hadde depressive symptomer i akutfasen og varierende grad i det videre forløpet, var det flere som ikke så på seg selv som deprimerte. Det er grunn til å spørre: Er alle karakteristiske depresjonssymptomer hos slagrammete et tegn på depresjon?

Det første intervjuet var preget av to hovedtemaer, felles for alle deltakere; «å være fanget» og «å miste seg selv». De to temaene var sterkt knytte sammen. Å føle seg fanget ble beskrevet på tre måter. For det første å være fanget i egen kropp, stengt inne og tvunget til å leve på en bestemt måte. Dette var spesielt knyttet til språkproblemer som det å ikke finne ord eller ikke klare å gi uttrykk for tanker. For det andre opplevde flere at den fysiske kroppen skapte begrensninger som ledet til kjedsomhet, isolasjon og «ingenting». Alle

TABELL 2. Demografiske karaktersistika for deltakerne¹

Gruppe ²	Navn på deltaker	Kjønn & alder	Sivil status / bor sammen med	Utdannelse	Virkestatus	Hjerneslaget: Side & type
1	Sigrid	K 75	Sammen med ektefelle	Folkeskole	Pensjonist	V Infarkt
1	Ingrid	K 75	Alene, enke	Fagutdanning	Pensjonist	H Infarkt
1	Nora	K 58	Sammen med ektefelle	Fagutdanning	l arbeid, 100 %	H Blødning
1	Jon ⁵	M 30	Sammen med ektefelle	Fagutdanning	Attføring	V Infarkt
2	Peter	M 85	Alene, enkemann	Fagutdanning	Pensjonist	H Infarkt
2	Ellen ⁶	K 75	Alene, enke	Fagutdanning	Pensjonist	H Infarkt
2	Anne	K 67	Alene, skilt	Fagutdanning	Uføretrygdet	V Infarkt
3	Erik ⁷	M 54	Sammen med ektefelle og barn	Universitets- utdanning	l arbeid, 50 %	H Infarkt
3	Hedda	K 45	Sammen med ektefelle og barn	Fagutdanning	Attføring	H Infarkt

¹For å ivareta informantenes anonymitet, er det valgt fiktive navn.

²Gruppen betegner hvordan de depressive symptomene utviklet seg over tid.

³Mellom akutfasen og 18 måneder etter slaget.

⁴Mellom akutfasen og 18 måneder etter slaget.

⁵Deltakerens kone var til stede ved deler av 12 og 18 måneders intervjuet.

⁶6-måneders intervjuet ble foretatt på telefon.

⁷6-måneders intervjuet ble foretatt på telefon. 12 og 18 måneders intervjuet ble gjort på hans arbeidsplass.

deltakerne mistet sertifikatet og mange hadde vanskeligheter med å komme seg ut. De mistet friheten til å bevege seg og gjøre de tingene de ønsket. Det tredje elementet var å være fanget i «for sikkerhets skyld-tenkning». Det å ikke kunne stole på egen kropp og være redd for å møte andre mennesker, gjorde at noen aktivt valgte å beskytte seg fra omverdenen.

Hovedtemaet «å miste seg selv» rommer deltakernes erfaring med ikke lenger å være den samme personen som før og det å ikke kunne stole på seg selv. Noen opplevde et misforhold mellom forventninger og mulig-

het til å utføre aktiviteter. Å miste seg selv var eksistensiellistisk og skapte en usikkerhet: Hvem er jeg nå? Tre underliggende temaer ble beskrevet. For det første erfaringen med å være følelsesmessig labil med emosjonelle svingninger og gråt. Dette ble beskrevet som «skremmende», «en trussel», «mangle kontroll over seg selv», og «sosialt uakseptabelt». For det andre opplevde flere en endring av verdi og posisjon etter slaget. De brukte begreper som å «bli som et lite barn igjen», «gå fra å være en selvstendig og sterk mann til å ende som pleiepasient» eller «være ingen». Det tredje ele-

mentet handlet om å være trett, og utmattet. Erik beskrev at rehabiliteringsprosessen tok all hans energi. Han kunne sovne midt i en samtale eller et måltid. Ingrid fortalte at nedsatt energi gjorde at hun ikke lenger klarte å ta initiativ til de aktivitetene hun gjorde før slaget, som det å lese eller gå en tur. Flere beskrev trettheten som paralyserende. Anne sa: «Jeg vil leve! Men jeg er for trøtt!»

Hovedfunnene fra de første intervjuene var med i det videre forløpet, men som elementer i bevegelse: Mellom å miste seg selv og å være seg selv, og mellom å være fanget og å være fri.

Fysiske utfall i akutt fase	Fysiske utfall etter 18 måneder	Fysisk rehabilitering ³	Psykisk behandling ⁴
Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Begrenset funksjon, venstre overekstremitet	Bedret funksjon av venstre overekstremitet	Fysioterapi	Antidepressiva
Begrenset funksjon, høyre overekstremitet	Fremdeles begrensinger ved funksjon av høyre overekstremitet	Fysioterapi	Ingen
Kunne gå ved hjelp av rullator Begrenset funksjon, venstre overekstremitet	Kunne gå ved hjelp av rullator eller staver Bedret funksjon av venstre overekstremitet, men fremdeles begrensinger	Ingen	Ingen
Kunne gå ved hjelp av rullator Begrenset funksjon, venstre overekstremitet	Kunne gå ved hjelp av rullator Forverret funksjon av venstre overekstremitet	Ingen	Ingen
Kommunikasjonsvansker / ordlettingsproblemer	Forbedret kommunikasjonsferdigheter, men fremdeles noen vansker	Ingen	Ingen
Kunne gå ved hjelp av prekestol Begrenset funksjon, venstre overekstremitet Kommunikasjonsvansker. Dysartri	Kunne gå uten bruk av hjelpemidler, men fremdeles begrensinger Bedret funksjon av venstre overekstremitet, men fremdeles begrensinger Ingen kommunikasjonsvansker	Fysioterapi Ergoterapeut Logoped	Psykiater Psykomotorisk fysioterapeut Antidepressiva
Begrenset funksjon, venstre overekstremitet Kommunikasjonsvansker. Dysartri	Bedret funksjon av venstre overekstremitet Ingen kommunikasjonsvansker	Fysioterapi Logoped	Antidepressiva

Depresjon etter hjerneslag

Deltakernes erfaringer ble beskrevet flatt og monotont, uten uttrykk for verken glede eller liv, sinne, irritasjon eller fortvilelse. Det var som om beskrivelsene var uten «farger», og kun ble fortalt i «nyanser av grått». Denne «gråheten» var til stede i alles fortelling i akutt fase, men i varierende grad utover i forløpet.

Tap var en vesentlig del av deltakernes fortelling. De depressive symptomene var i sterk grad knyttet til å håndtere, akseptere og leve med tap. Det var spesielt vanskelig å forholde seg til de tapene som var usynlige for andre. Det å ikke huske avtaler eller hvordan mobiltelefonen fungerer, klare oppgaver som krever logisk tenkning, ha ordlettingsproblemer, være trett, eller ikke være hurtig nok, ble opplevd som store tap. Hedda sa: «Sånt noe skulle jeg jo kunne.

Det der er jo barnelærdom, ikke sant!».

Deltakernes sterke fokusering på tap, både synlige og usynlige, hvordan de beskrev depresjonssymptomene som en naturlig reaksjon på en utfordrende, vanskelig og kritisk situasjon, fikk oss til å undre: Kan dette være en sorgreaksjon?

Erfaringen endrer seg over tid

I akutt fase var hovedlinjene i for-

For gruppe 1 var slaget truede og et sjokk som gjorde at deltakerne mistet fotfeste, men de fant raskt tilbake til seg selv. En gradvis forbedring gjorde at de fikk tilbake mesteparten av funksjonen. Gjennom å akseptere begrensningene og finne nye løsninger, fant de et «nytt selv». De var ikke lenger «fanget», men kunne gjøre mer eller mindre det samme som før slaget. Allerede fra seks måneders intervjuet beskrev

” Er alle karakteristiske depresjonssymptomer hos slagrammete et tegn på depresjon?

tellingene forholdsvis like for hele gruppen, men etter akuttfasen utviklet deltakerne seg etter tre mønstre. Depressive symptomer var til stede i alle gruppene, men i ulik grad, og det varierte i løpet av de 18 månedene.

de færre depressive symptomer, men symptomene som fulgte gruppen var manglende energi, større søvnbehov og labilitet. Det som var felles for personene var at de opplevde god støtte og forståelse fra menneskene rundt seg.

Gruppen opplevde dessuten å få tilbake førerkortet, og var uavhengig av andre i personlig stell.

Gruppe 2 fortsatte å leve i grånyanser gjennom de 18 månedene. De opplevde å være fanget i et annet liv og et annet selv enn før, uten evne, krefter eller muligheter til å endre dette. Denne gruppen gjorde spede forsøk på å få tilbake sertifikat eller oppsøke sosiale arenaer, men rundt seks måneder etter slaget hadde de resignert. Det som skilte gruppe 2 og 3 fra gruppe 1, var at perso-

helseprofesjoner. Mye sto på spill som arbeid, økonomi og familie. 18 måneder etter slaget beskrev deltakerne de samme depressive symptomer som i akuttfasen: Nedstemthet, depressive tanker, manglende energi, søvnforstyrrelser. I tillegg var de rammet av: irritabilitet, hissighet, mangel på glede og nedsatt libido.

Det ser ut til at den livssituasjonen deltakerne var i, grad av nedsatt funksjon samt sosial kontekst, påvirket hvordan depresjonen endret seg over tid. Funnene

den somatiske lidelsen eller ikke. En etiologisk strategi der depressive symptomer bare regnes med dersom de ikke anses som symptomer på somatisk sykdom, eller en eksklusiv strategi der symptomene fjernes fra diagnosekriteriene dersom de ikke er mer vanlig hos deprimerte enn ikke-deprimerte pasienter med hjerneskade. Det eksisterer ingen gullstandard, men både forskningslitteraturen (43) og nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (44), anbefaler jevnlig kartlegging av depresjonssymptomer etter slag. Fure (40) framhever verktøyene MADRS, HADS og GDS som nyttige. Personer med afasi har ofte blitt utelatt i studier om depresjon etter slag, men Laska og medforfattere hevder at MADRS kan brukes hos de fleste afasirammete (45). Ingen kartleggingsverktøy for depressive symptomer er spesielt utviklet for slagrammete. Derfor må verktøyene brukes med varsomhet. De bør suppleres med samtale om hvordan den slagrammetes erfarer sine symptomer og sin situasjon. Vår studie viser at mange elementer er involvert ved depresjonssymptomer etter slag, og at fenomenet virker inn på livsverden som helhet. Sykepleiere må derfor ha en «vid horisont» og tenke både helhetlig og på enkeltindividet i møte med slagrammete.

Horwitz og Wakefield (46) beskriver depresjonssymptomer som symptomer «uten årsak». Det vil si at personen ikke kan peke på grunnen til symptomene. Men det er nettopp det deltakerne i vår studie gjør. De setter depresjonssymptomene inn i en kontekst knyttet til tap. Dette har gjort sorg til et interessant aspekt i våre funn. Sorg kan defineres som: «reaksjoner på betydningsfulle tapsopplevelser». (47, s.16). Det meste av sorglitteraturen

” Jeg vil leve! Men jeg er for trøtt!

nene i disse to gruppene i større grad opplevde fysiske og kognitive konsekvenser etter slaget. Men i motsetning til gruppe 3, fikk personene i gruppe 2 nærmest ingen helsefaglig oppfølging etter at de kom hjem. Felles for personene i gruppe 2, var at de var eldre og bodde alene. Disse deltakerne fortsatte å ha de samme depressive symptomene som i akuttfasen; nedstemthet, redusert interesse, ubeslutsomhet, følelse av verdiløshet og skyld, følelse av svakhet og manglende energi, søvnforstyrrelser og selvmordstanker.

Gruppe 3 besto av yngre slagrammete som var i jobb, hadde familie med hjemmeboende barn og økonomiske forpliktelser. Denne gruppen gikk fra akuttfasens grånyanser til en intens fase med rehabilitering og høye målsettinger der de jobbet iherdig for å gjenvinne seg selv, livet sitt og friheten. Mellom 12 og 18 måneder etter slaget begynte de å innse at de kanskje ikke kunne gjenvinne all tapt funksjon. Dette var en tung og mørk periode. Og ved 18 måneders-intervjuet var de tilbake i grånyansene, slik som i akuttfaseintervjuet. Deltakerne i gruppe 3 fikk oppfølging av flere

våre peker på to grupper som kan være spesielt sårbare etter slag: Eldre som lever alene og yngre med store forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi, familieliv og barn.

DISKUSJON

Selv om depresjon etter hjerneslag er et kjent fenomen som har vært beskrevet i fag og forskningslitteraturen i mer enn 100 år (2), er det ofte et oversett fenomen i praksis (39,40). Lightbody og kollegaer (41,42) har dessuten vist at sykepleiere ikke er gode til å observere depresjon hos slagrammete. Grunnen til dette kan være at depresjon etter slag er et svært komplekst fenomen. I tillegg til at depressive symptomer ikke kan ses løst fra hvordan den slagrammete opplever situasjonen som helhet, er symptomene på depresjon og konsekvensene av slaget ofte overlappende. Dersom en skal kartlegge depresjonssymptomer hos en slagrammet, er det derfor mange hensyn å ta. Starkstein og Lischinsky (4) framhever at det finnes ulike strategier å velge. Det kan være en inkluderende strategi der alle depressive symptomer teller uansett om det er relatert til

fokuserer på tap av en nær pårørende. Men Sandvik beskriver sorg som en naturlig psykososial tilpasningsprosess etter ulike betydningsfulle tap (47). Noen studier har pekt på at sorg etter slag ikke skiller seg fra sorg etter en nær pårørende (48–50).

Sorg kan ses på som en sammensatt respons på tap, preget av forstyrrelser i kognitiv, emosjonell, fysisk, eller mellommenneskelig fungering i løpet av månedene etter et tap. Sorg kan komme til uttrykk gjennom problemer med konsentrasjon og å ta valg, opplevelse av tapt identitet og forstyrret eller avbrutt framtid, langvarig søk etter mening, og stor grad av tristhet (51,52). Symptomene på klinisk depresjon og sorg er i stor grad de samme, og flere studier har vist at en stor prosentandel sørgende oppfyller kriteriene for depressiv sykdom opp til et år etter tapet (51,53,54). Flere har pekt på kontekst som vesentlig når de to fenomenene skal skilles fra hverandre (46). Ved tap av en pårørende er det en som står nær som er borte, mens deltakerne i vår studie beskriver å ha mistet seg selv og å føle seg fanget. Tap etter slag er ikke nødvendigvis permanent eller endelig. Muligheten for å gjenvinne større eller mindre deler av det som er tapt vil være der i lang tid. Sorgreaksjonen blir en dynamisk prosess fordi den skal balansere mellom tap og aksept, på den ene siden, og å gjenvinne funksjon, på den andre siden. Dette gjør prosessen vesentlig og vanskelig.

Depressive symptomer etter slag kan være et uttrykk for en depresjon, men i lys av våre funn kan vi ikke se bort fra at det også kan være en sorgreaksjon. Det å få slag har blitt karakterisert som «liten død» (55), en «personlig katastrofe» (56), og kan

påvirke personens selvoppfattelse og identitet (57). Studier viser at erfaringsperspektivet, hvordan den slagrammete selv tenker om sin situasjon, ofte blir oversett i møtet med helsepersonell. I slagrehabilitering har helsepersonell dessuten ofte et biomedisinsk perspektiv med fokus på å organisere, kartlegge og tilrettelegge rehabiliteringsaktiviteter, mens den slagrammetes perspektiv ofte rommer både det biomedisinske, det sosiale og det psykiske (58–60). Shapiro (61) framhever hvor avhengig den slagrammete er av helsepersonell – ikke bare det helsepersonell gjør, men hva de sier, hva slags informasjon de gir og ikke gir, hva slags holdninger de har. Dette er viktige elementer for erfaringsperspektivet og hvordan den slagrammete ser på seg selv og sin situasjon, skaper mening, forventninger og motivasjon.

KONKLUSJON

Depressive symptomer og konsekvensene etter slaget er sammenhengende og vanskelige å skille. Erfaringen med å håndtere, leve med og akseptere tap var essensiell, og depresjonssymptomene ble forstått, beskrevet og forklart med utgangspunkt i det som var tapt etter slag. Depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon. Depressive symptomer etter hjerneslag er et mangesidig fenomen som kan få alvorlige følger. Det er viktig at sykepleiere gjenkjenner og tar tak i depressive symptomer hos slagrammete både i akutfase, men også senere i slagforløpet. Livssituasjon, grad av nedsatt funksjon, samt sosial kontekst kan påvirke hvordan depresjonen endret seg over tid. To sårbare grupper pekte seg ut: Eldre som lever alene og yngre med forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi, familieliv og barn.

REFERANSER

1. Ellekjaer H, Selmer R. Hjerneslag-like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2007;127:740–3.
2. Robinson RG. The clinical neuropsychiatry of stroke: cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury. 2nd ed. Cambridge University Press. Cambridge. 2006.
3. Horwitz AV, Wakenfield JC. The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford University Press. New York. 2007.
4. Starkstein SE, Lischinsky A. The phenomenology of depression after brain injury. NeuroRehabilitation. 2002;17:105–13.
5. Kouwenhoven S, Kirkevold M, Engedal K, Kim H. Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. Disability & Rehabilitation. 2011;33:539–56.
6. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. Stroke. 2005;36:1330–40.
7. Gaete JM, Bogousslavsky J. Post-stroke depression. Expert Review of Neurotherapeutics. 2008;8:75–92.
8. Morrison V, Pollard B, Johnston M, MacWalter R. Anxiety and depression 3 years following stroke: demographic, clinical, and psychological predictors. Journal of Psychosomatic Research. 2005;59:209–13.
9. Aben I, Lodder J, Honig A, Lousberg R, Boreas A, Verhey F. Focal or generalized vascular brain damage and vulnerability to depression after stroke: a 1-year prospective follow-up study. International Psychogeriatrics. 2006;18:19–35.
10. Nys GMS, van Zandvoort MJE, van der Worp HB, de Haan EHF, de Kort PLM, Jansen BPW, et al. Early cognitive impairment predicts long-term depressive symptoms and quality of life after stroke. Journal of the Neurological Sciences. 2006;247:149–56.
11. Hadidi N, Treat-Jacobson DJ, Lindquist R. Poststroke depression and functional outcome: a critical review of literature. Heart & Lung. 2009;38:151–62.
12. Pohjasvaara T, Leskela M, Vataja R, Kalska H, Ylikoski R, Hietanen M, et al. Post-stroke depression, executive dysfunction and functional outcome. European Journal of Neurology. 2002;9:269–75.
13. Gainotti G, Antonucci G, Marra C, Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2001;71:258–61.
14. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Post-stroke depression and functional recovery in a population-based stroke register. The Finnstroke

- study. *European Journal of Neurology*. 1999;6:309-12.
15. Herrmann N, Black SE, Lawrence J, Szekely C, Szalai JP. The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*. 1998;29:618-24.
16. Paradiso S, Robinson RG. Gender differences in poststroke depression. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*. 1998;10:41-7.
17. Andersen G, Vestergaard K, Inge-mann-Nielsen M, Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995;92:193-8.
18. Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A, et al. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovascular Diseases*. 1998;8:296-302.
19. House A, Knapp P, Bamford J, Vail A. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke*. 2001;32:696-701.
20. Townend B, Whyte S, Desborough T, Crimmins D, Markus R, Levi C, et al. Longitudinal prevalence and determinants of early mood disorder post-stroke. *J Clin Neurosci*. 2007;14:429-34.
21. Stenager E, Madsen C, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *British Medical Journal*. 1998;316:1206.
22. Pohjasvaara T, Vataja R, Leppavuori A, Kaste M, Erkinjuntti T. Suicidal ideas in stroke patients 3 and 15 months after stroke. *Cerebrovasc Disease*. 2001;12:21-6.
23. Carson A, MacHale S, Allen K, Lawrie S, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000;356:122-6.
24. Bhogal SK, Teasell R, Foley N, Speechley M. Lesion location and poststroke depression: systematic review of the methodological limitations in the literature. *Stroke*. 2004;35:794-802.
25. Ouimet M, Primeau F, Cole M. Psychological risk factors in poststroke depression: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46:819-28.
26. Johnson JL, Minarik PA, Nystrom KV, Bautista C, Gorman MJ. Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review. *J Neurosci Nurs*. 2006;38:316-27.
27. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36:2296-301.
28. Whyte E, Mulsant B. Post Stroke Depression: Epidemiology, Pathophysiology, and Biological Treatment. *Society of Biological Psychiatry* 2002;52:253-64.
29. Hackett ML, Glozier NS, House AO. Moving the ambulance to the top of the cliff: reducing the burden of depressive symptoms after stroke. *International Journal of Stroke*. 2009;4:180-2.
30. Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*. 2010;33:E27-40.
31. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics. 2nd ed. Springer Pub. New York. 2009.
32. Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring Stress and Coping in Health and Illness. Addison-Wesley. Menlo Park. CA. 1989.
33. Benner P. Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*. 1985;8:1-14.
34. Robinson-Smith G. Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors. *Perspectives in Psychiatric Care* 2004; 40:61-9. 2004.
35. Townend E, Tinson D, Kwan J, Sharp M. 'Feeling sad and useless': an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010;24:555-64.
36. Lindseth, A & Norberg, A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2004; 18: 145-53
37. Kouwenhoven S, Kirkevold M, Engedal K, Bieng S, Kim H. The lived experience of depressive symptoms after stroke – a longitudinal perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2011;6. ePub doi: 10.3402/qhw.v6i4.8491. Epub 2011 Dec 7.
38. Kouwenhoven SE. Experiencing post-stroke depression. The nature and impact in a longitudinal perspective [doktoravhandling]. University of Oslo. Oslo 2012.
39. Schubert D, Taylor C, Lee S, Mentari A, Tamaklo W. Detection of depression in the stroke patient. *Psychosomatics*. 1992;33:290-94.
40. Fure B. Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforsning*. 2007;127:1387-9.
41. Lightbody CE, Baldwin R, Connolly M, Gibbon B, Jawaid N, Leathley M, et al. Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57:505-12.
42. Lightbody CE, Auton M, Baldwin R, Gibbon B, Hamer S, Leathley MJ, et al. The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;60:595-604.
43. Aben I, Verhey F. Depression after a cerebrovascular accident. The importance of the integration of neurobiological and psychosocial pathogenic models. *Panminerva Medica*. 2006;48:49-57.
44. HelseDirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. HelseDirektoratet. Oslo. 2010.
45. Laska AC, Martensson B, Kahan T, Von Arbin M, Murray V. Recognition of depression in aphasic stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*. 2007;24:74-9.
46. Horwitz AV, Wakenfield JC. The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford University Press. New York. 2007.
47. Sandvik O. Hva er sorg og hvordan kan den forstås? I red. Bugge K, Eriksen H, Sandvik O. Fagbokforlaget. Bergen. 2011.
48. Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J. The bereavement model, stroke and rehabilitation: a critical analysis of the use of a psychological model in professional practice. *Disability & Rehabilitation*. 2004;26:1067_78.
49. Niemeier JP, Burnett DM. No such thing as 'uncomplicated bereavement' for patients in rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*. 2001;23:645-53.
50. Thomas KR, Siller J. Object loss, mourning, and adjustment to disability. *Psychoanalytic Psychology*. 1999;16:179-97.
51. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*. 2001;21:705-34.
52. Bowlby J. Loss, sadness and depression. *Piklico*. London 1998.
53. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *The American Journal of Psychiatry*. 1991;148:1346-52.
54. Clayton P. Bereavement. In red: Paykel E. Handbook of affective disorders. Churchill Livingstone. London. 1982. s. 15-46.
55. Wade D, Langton H, Skilbeck C, David R. Stroke: A Critical Approach to Diagnosis, Treatment and Management. Chapman and Hall Medical. London. 1985.
56. Backe M, Larsson K, Fridlund B. Patients' conceptions of their life situation within the first week after a stroke event: a qualitative analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*. 1996;12:285-94.
57. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*. 1982;4:167-82.
58. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17:215-22.
59. Burton C, Gibbon B. Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52:640-50.
60. Kaufman SR. Toward a phenomenology of boundaries in medicine: chronic illness experience in the case of stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011;18:6-17.
61. Shapiro A. A story to create: stroke survivors' broken narratives. *Top Stroke Rehabil* 2011;18:18-23.

Spør pasientene hvordan de har det

› Det er viktig at vi som helsepersonell er bevisste på at den slagrammete pasienten kan være i sorg.



Torgeir Solberg Mathisen

Geriatrisk sykepleier/slagsykepleier, Vestre Viken HF Kongsberg Sykehus, Medisin 3

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Kouwenhoven og Kirkevolds studie belyser en problemstilling sykepleiere hyppig står ovenfor i arbeidet med slagrammete. Er de depressive symptomene et uttrykk for en klinisk depresjon med behov for behandling, gjennomgår pasienten en sorgprosess etter en alvorlig og potensielt livstruende sykdom, eller er det kognitive eller følelsesmessige utfall som følge av hjerneslaget? Mitt inntrykk er at det i slagbehandling er fokus på depresjon hos slagrammete, men at det er vanskelig å vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes.

Pasientenes beskrivelser av de depressive symptomene som en konsekvens av hjerneslaget, gjør at det kan være vanskelig for helsepersonell å skille en depresjon fra andre fenomener. Særlig interessant er forfatterens diskusjon av sorgbegrepet. Slagrammete opplever plutselige endringer i sin tilværelse og tidligere selvoppfattelse og funksjon kan være truet. De to hovedtemaene «å være fanget» og «å miste seg selv» beskriver dette fenomenet, og det er viktig

at vi som sykepleiere er bevisste på at pasienten kan være i sorg. Det tverrfaglige teamets fokus på tidlig mobilisering, testing og framtidspanlegging kan stå i kontrast til pasientens behov for bearbeiding av situasjonen.

Liggetiden på sykehusene blir stadig kortere, også på slagenhetene. Det kan ha ført til at kartlegging og trening av kognitiv funksjon, bearbeiding av følelsesmessige reaksjoner samt pasientundervisning i større grad har blitt overført til kommunene. Det korte sykehusoppholdet stiller krav til at det tverrfaglige teamet er årvåkne for depressive symptomer og videreformidler det til neste omsorgsnivå. Det er kanskje lettest å fange opp de tilfeller hvor symptomene går ut over den daglige treningen og pasienten mangler motivasjon. Milde og moderate symptomer kan oppfattes som et uttrykk for en naturlig og midlertidig reaksjon.

Artikkelens litteraturgjennomgang viser at det ikke er laget noen kartleggings skjema som er spesi-

elt egnet for slagrammete, selv om enkelte nok kan brukes. Det viktigste, tenker jeg, er at vi ikke er redde for å spørre pasientene om hvordan de har det. Pasientene i studien beskrev at tap som var usynlige for andre var spesielt vanskelig å forholde seg til. At den slagrammete får informasjon fra helsepersonell om at enkelte av de depressive symptomene de opplever kan være en følgetilstand etter hjerneslaget er erfaringsmessig verdifullt for pasient og pårørende.

Studien fant at det var to grupper som fremsto som mer sårbare enn andre. Det gir oss mulighet til å være spesielt observante ovenfor disse. Ved planlegging og gjennomføring av tremånederskontroll ved sykehuset og pasient- og pårørendekurs, bør depresjon og depressive symptomer tas opp som fenomen og tema da flere opplever at symptomene varer over tid.

Les artikkelen på side 334





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Studier har vist at nyutdannede sykepleiere har lav handlingskompetanse i faglig ledelse av sykepleie. Kompetanse i faglig ledelse vil trolig ha stor betydning i framtidens helsevesen.

Hensikt: Å beskrive læringsutbytte i sykepleiefaglig ledelse etter innføring av praksisstudieperiode for sykepleierstudenter med avdelingsovertakelse på tredje studieår ved sykehjem og helsehus.

Metode: Studien har et kvantitativt

deskriptivt design. Data ble innsamlet ved hjelp av spørreskjema. Utvalget besto av alle sykepleierstudentene (n=90) i femte semester som gjennomførte praksisstudieperioden høsten 2011 (svarprosent 82,2).

Resultat: Sykepleierstudentene opplevde godt læringsutbytte i sykepleiefaglig ledelse innen de ulike områdene som omhandlet organisering og utføring av de daglige praktiske oppgavene med høy hverdagsprioritet i «arbeidsfellesskapet». Resultatene indikerte lavere læringsutbytte

innen områder som i mindre grad var knyttet til daglig drift. Studentene opplevde i stor grad avdelingsovertakelsen som viktig for læringsutbytte.

Konklusjon: Praksisstudieperiode med avdelingsovertakelse legger på en god måte til rette for læringsutbytte i faglige ledelse. Likevel, læringsutbytte innen de ulike områdene varierer. Mulige årsaker kan være ulik tilgang til læresituasjoner og at læring blir påvirket av hva praksisfellesskapet definerer som viktig.

ENGLISH SUMMARY

Learning outcomes in nursing management after implementation of clinical studies organized by teams of nursing students

Background: Research shows that newly educated nurses have poorer clinical competence in nursing management. There are indications that competence in nursing management will be important in future health care.

Objective: To describe learning outcomes in nursing management after introduction of clinical studies organized by teams of nursing stu-

dents in nursing homes.

Method: A descriptive, quantitative design utilizing two questionnaires. The sample consisted of nursing students in their fifth semester (n=90) that first completed the organization model, autumn 2011 (response rate, 82.2 %).

Results: Nursing students experienced positive learning outcomes in nursing management. The results indicate that best learning outcomes related to the daily practical tasks. The students rated their responsibility on the ward as

important for their learning outcome.

Conclusion: Clinical studies organized by teams of nursing students facilitated learning outcomes in nursing management in a positive way. However, learning outcomes in the different areas of nursing management varies, possibly due to access to learning situations and to what the «community of practice» considered as important.

Keywords: Nursing education, clinical studies, nursing management, quantitative study, questionnaire

» Læringsutbytte i sykepleiefaglig ledelse etter praksis der sykepleierstudenter overtok ansvaret for en avdeling

Forfattere: Lene Elisabeth Blekken, Ann Oddrun Medby og Toril Forbord

NØKKELORD

- Sykepleierutdanning
- Praksisstudie
- Ledelse
- Kvantitativ studie
- Spørreskjema

INTRODUKSJON

Studier viser at nyutdannete sykepleiere har lav handlingskompetanse innen sykepleiefaglig ledelse (1–3). Overgangen fra å være student til å bli nyutdannet sykepleier beskrives som et realitetssjokk knyttet til daglig ledelse, organisering av avdelingen og utfordrende teamjobbing (1,4,5). I tillegg avviker studentrollen i stor grad fra yrkesrollens krav om pasientansvar (3,6,7). Studier indikerer at bevissthet omkring ledelsesansvar som sykepleier kan bidra til å sikre kvalitet på pasientbehandling og omsorg (7–9). Mye tyder på at kompetanse i sykepleiefaglig ledelse vil bli enda viktigere for sykepleierens funksjon i fremtiden. Sykepleiere er løftet fram som en gruppe som kan få en viktig rolle i arbeidet med å sikre flyt i samarbeidsprosessene knyttet til pleie og behandling i pasientforløpene (10,11).

Med dette som bakgrunn opprettet Høgskolen i Sør-Trøndelag

(HiST), Avdeling for sykepleierutdanningen (ASP), en praksisstudieperiode i tredje studieår med søkelys på faglig ledelse. I et samarbeidsprosjekt med representanter fra ASP og tre kommuner i Midt-Norge, ble det utformet en praksisstudieperiode hvor studentene etter en forberedelsesfase skulle overta ansvaret for avdelinger på fire sykehjem og tre helsehus. Gruppeorganisering var nødvendig for å kunne overta avdelingen og for å kunne dra nytte av erfaringer som viser at studenter støtter og lærer av hverandre (12–15). Kommunehelsetjenesten i samarbeidskommunene tilbyr tjenester på sykehjem og i helsehus. Helsehus er definert som institusjoner som skal tilby korttidsopphold med tilbud om behandling, medisinsk observasjon, rehabilitering og avlastning eller vedlikeholdstrening.

Orvik (8) vektlegger betydningen av den dobbelte kompetansen i sykepleie: den kliniske kompetansen og den organisatoriske kompetansen. Organisatorisk kompetanse består av organisasjonskompetanse: Å forstå helseorganisasjonen som system, og organiseringskompetanse: Å kunne administrere pasientarbeidet. Alle autoriserte sykepleiere ivaretar en lederfunksjon i sitt daglige arbeid og skal lede

sykepleien i faglig og juridisk forstand. Ifølge Orvik (8) betyr dette ansvar for å sikre faglig innhold i pasientarbeidet og flyt i arbeidsprosessene relatert til pasientarbeidet. I tillegg innebærer en faglig lederrolle å bygge relasjoner og utvikle grupper til team. Orvik (8) anvender definisjonen «ledelse er målrettet, problemløsende og kommunikasjonsutviklende samspill med andre», når han snakket om ledelse som en del av selve sykepleierrollen.

Lave og Wenger (16) beskriver læring som en prosess hvor studenter er medlemmer i et praksisfellesskap og beveger seg

Hva tilfører artikkelen?

Studentenes læringsutbytte etter praksis der de overtok ansvaret for en avdeling varierte, men studien indikerer likevel at slik praksis fremmer læring og kan minske realitetssjokket sykepleiere opplever når de går ut i jobb etter endt utdanning.

Mer om forfatterne

Lene Elisabeth Blekken er stipendiat, cand.polit. og sykepleier. Ann Oddrun Medby er høgskolelektor og sykepleier. Toril Forbord er førstelektor og sykepleier. Alle tre er ansatt ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning. Kontaktperson: lene.blekken@hist.no.

fra posisjonen «perifer legitim deltakelse» til «full deltakelse». Ved perifer legitim deltakelse tilrettelegges det for læring gjennom blant annet nedsatt intensitet, nedsatt risiko, reduserte feilomkostninger, tett veiledning og minsket produksjonspress. En risiko er imidlertid at studentene i praksisstudiene forblir i en perifer rolle, noe som kan bidra til å

relevante databaser med kombinasjon av følgende termer for å søke etter studier med søkelys på avdelingsovertakelse og læring av faglig ledelse: *clinical practice, clinical education, clinical training; nursing education, undergraduate program; leadership, management; nursing students.*

Hensikten med studien er å beskrive opplevd læringsutbytte

(se tabell 2). Svaralternativene var oppgitt i form av en likert-skala med alternativene: Svært liten grad, liten grad, noen grad, stor grad og svært stor grad. For å prøve ut skjemaets umiddelbare validitet (25) ble det testet ut i to faser. Spørreskjemaet ble først sendt til to utvalgte kolleger med faglig ansvar innen området sykepleiefaglig ledelse, og deretter diskutert og noe revidert. Deretter ble det pilottestet i en gruppe med åtte sykepleierstudenter på tredje studieår. Etter gjennomføring ble spørsmålsstillinger og begreper gjennomgått og diskutert. Som resultat ble noen spørsmål endret, noen begreper ble byttet ut, noen spørsmål ble ytterligere konkretisert og noen spørsmål fikk eksempler knyttet til seg.

Spørreskjema 2 ble anvendt uten forutgående arbeid relatert til validitet og reliabilitet utover faglige vurderinger gjort av forfatterne. Hensikten med spørreskjemaet var å undersøke sykepleierstudentenes opplevelse av praksisstudieperiodens organisering relatert til læring, støtte og veiledning (se tabell 3). Her anga studentene svar på en likert-skala fra 1 til 6 hvor 1=svært dårlig og 6=svært bra.

Utvelgelse av informanter

Praksisperioden ble gjennomført første gang høsten 2011 for kull som startet i 2009. Kullet besto av 194 studenter hvorav cirka halvparten gjennomførte praksisstudieperioden høsten 2011, og den andre halvparten våren 2012. Denne artikkelen presenterer resultater fra første gjennomføring med den første halvparten av studentene som informanter; totalt 90 studenter (n=90).

Etiske vurderinger

Prosjektet er gjennomført i

” Alle autoriserte sykepleiere ivaretar en lederfunksjon i sitt daglige arbeid.

forstå realitetssjokket etter endt utdanning. Periferitet er viktig for læring, og var en viktig tilnærming i forberedelsesfasen før avdelingsovertakelsen. Hensikten med avdelingsovertakelsen var å gjøre studentrollen mer lik yrkesrollen ved å gi studentene selvstendig pasientansvar. Studier viser at dette kan optimalisere læring (17–19). Det er imidlertid viktig å få sikret et læringsmiljø preget av kreativ spenning med et balansert forhold mellom krav og støtte (20). Avdelingsovertakelse kan føre til at studenter får for stort fokus på oppgaver som må gjøres for å få hverdagen til å fungere og som prioriteres av arbeidsfellesskapet (21). En viktig praksislærerfunksjon i vår studie ble derfor å stimulere til kritisk tenkning og refleksjon over egne og andres prioriteringer av oppgaver og ansvarsområder innen faglig ledelse (21–23).

Under forutsetningen av god organisering viser studier at sykepleierstudenter har stort utbytte av praksisstudieperioder som inkluderer avdelingsovertakelse (14,15,18,24). Vi har ikke funnet studier som ser på hvordan avdelingsovertakelse kan tenkes å innvirke på læringsutbytte innen sykepleiefaglig ledelse av sykepleie spesielt. Det ble utført søk i

innen sykepleiefaglig ledelse hos sykepleierstudenter etter innføring av praksisstudieperiode der de har tatt over ansvaret for en avdeling på sykehjem og helsehus. Sekundært er hensikten å beskrive sykepleierstudentenes opplevelse av praksisstudieperiodens organisering relatert til læring, støtte og veiledning.

METODE

Forskningsdesign

Studien har et kvantitativt deskriptivt design hvor hovedhensikten var å undersøke, beskrive og dokumentere (21) sykepleierstudentenes opplevde læringsutbytte i faglig ledelse og opplevelse av praksisstudieperiodens organisering. To spørreskjema ble utarbeidet og anvendt.

Spørreskjema 1 hadde som formål å undersøke læringsutbytte i faglig ledelse. Basert på Orviks (8) teori om organisatorisk kompetanse i sykepleie valgte vi å utarbeide et todelt spørreskjema. Del 1: Operasjonaliserte læringsutbytte i organisasjonskompetanse gjennom spørsmålsstillingen opplevd innsikt i utvalgte tema (se tabell 1) og del 2: Operasjonaliserte organiseringskompetanse gjennom spørsmålsstillingen opplevd mestring av utvalgte oppgaver

TABELL 1: Opplevd læringsutbytte i organisasjonskompetanse: Å forstå helseorganisasjonen som system

Innsikt i følgende områder, (prosent):	Svært liten grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Gjennomsnitt* (sd)
Avdelingens målsetting for pasientomsorgen	1,4	2,7	32,9	49,3**	13,7	3,71 (0,79)
Avdelingens organisering av daglige rutiner	0,0	0,0	5,4	43,2	51,4	4,46 (0,60)
Avdelingens organisering av arbeidsoppgaver sykepleiere imellom	0,0	7,0	26,8	47,9	18,3	3,78 (0,83)
Avdelingen organisering av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere og andre faggrupper:						
• lege	2,7	6,8	23,0	48,6	18,9	3,74 (0,94)
• fysioterapeut	18,3	29,6	28,2	18,3	5,6	2,63 (1,15)
• ergoterapeut	43,1	19,4	15,3	16,7	5,6	2,22 (1,31)
• vernepleier	47,9	23,9	15,5	9,9	2,8	1,96 (1,14)
• hjelpepleier/helsefagarbeider/ omsorgsarbeider	0,0	2,7	18,9	54,1	23,0	3,99 (0,74)
Organisasjonens ledelsesstruktur	4,1	13,5	47,3	31,1	4,1	3,18 (0,87)
Organisasjonenes beslutningsveier hvis du skulle ønske å foreslå endringer i pasientomsorgen	4,1	23,0	45,9	24,3	2,7	2,99 (0,87)
Avdelingens retningslinjer for avvikshåndtering	13,5	16,2	37,8	23,0	9,5	2,99 (1,15)
Helsepersonelloven	0,0	2,7	32,4	55,4	9,5	3,72 (0,67)
Pasientrettighetsloven	0,0	6,8	29,7	54,1	9,5	3,66 (0,75)
Forskrift om journalføring	0,0	16,2	41,9	33,8	8,1	3,35 (0,85)
Kommunehelsetjenesteloven	1,4	14,9	52,7	25,7	5,4	3,19 (0,81)
Forskrift om heldøgns pleie og omsorg	4,1	25,7	41,9	23,0	5,4	3,00 (0,94)
Forvaltningsloven	9,6	34,2	38,4	15,1	2,7	2,67 (0,94)
Lov om statlig tilsyn	8,1	37,8	37,8	13,5	2,7	2,65 (0,91)

*For beregning av gjennomsnitt: Scorene er i SPSS tallfestet til: Svært liten grad=1, liten grad =2, noen grad=3, stor grad=4, svært stor grad=5

** Modus er synliggjort ved **fet skrift**

henhold til forskningsetiske retningslinjer angitt i Helsinkideklarasjonen, Vancouverreglene og hos de Nasjonale forskningsetiske komiteene. Alle praksisstudier er nærværsplichtige. Deltakelse i gjennomføringen var derfor obligatorisk. Når det gjelder datasamlingen ble det gitt muntlig og skriftlig informasjon til studenter, lærere og praksisveiledere, og deltakelse i studien var frivillig. Alle data er behandlet anonymt. Faglig forsvarlighet i forbindelse med avdelingsovertakelsen ble fortløpende diskutert gjennom hele perioden.

Organisering

Studentene ble organisert i grupper på ti med styrt turnus fordelt på dag- og aftenvakter. Studentgruppen ble veiledet av et veileder-team bestående av tre sykepleiere. Praksislærer fra høgskolen møtte studentgruppen to timer en gang per uke for veiledning og refleksjon. Etter en forberedelsesfase på fire uker overtok studentgruppen ansvaret for en avdeling i to uker. Ansatte ved avdelingene gjennomførte i denne perioden et fagutviklingsprosjekt. Avdelingsovertakelse betydde at studentene hadde ansvar for alle områder

og oppgaver knyttet til pleie og behandling. Dette inkluderte samhandling med andre etater og faggrupper, dokumentasjon og inn- og utskrivning av pasientene. Det eneste de ikke hadde selvstendig ansvar for var legemiddelhåndtering hvor retningslinjene ved HiST tilsier at en sykepleier må være fysisk til stede i alle ledd av legemiddelhåndteringen. Under overtakelsesperioden var det til enhver tid en sykepleier med overordnet sykepleiefaglig ansvar som studentene kunne kontakte. Praksislærer var til stede på avdeling sammen med studentene to halve

TABELL 2: Opplevd læringsutbytte i organiseringskompetanse: Å kunne administrere pasientarbeidet

Mestrer følgende oppgaver, (prosent):	Svært liten grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Svært stor grad	Gjennomsnitt* (sd)
Planlegge eget daglig arbeid	0,0	0,0	1,4	43,2	55,4**	4,54 (0,53)
Omprioritere oppgaver når situasjonen krever det	0,0	1,4	13,5	55,4	29,7	4,14 (0,69)
Lede sykepleien til en gruppe pasienter (med lede sykepleien menes å inneha ansvar for at pasientgruppen får ivare tatt nødvendig pleie og behandling)	0,0	1,4	8,1	64,9	25,7	4,15 (0,61)
Delegere arbeidsoppgaver i samsvar med medarbeideres kompetanse	0,0	0,0	13,5	63,5	23	4,09 (0,60)
Gi medarbeidere konstruktiv tilbakemelding på utført arbeid:						
• når noen gjør noe du synes er bra	0,0	0,0	17,6	48,6	33,8	4,16 (0,70)
• når noen gjør noe du ikke synes er bra	6,8	21,9	50,7	16,4	4,1	2,89 (0,90)
• når du ikke forstår handlingen til den andre	1,4	13,7	39,7	35,6	9,6	3,38 (0,89)
Trekke inn medarbeidere med spesialkompetanse fra egen faggruppe (f.eks. medarbeider med videreutdanning)	5,8	14,5	27,5	37,7	14,5	3,41 (1,09)
Trekke inn medarbeidere fra annen faggruppe:						
• lege	2,7	5,5	24,7	42,5	24,7	3,81 (0,97)
• fysioterapeut	13,5	17,4	34,8	24,6	10,1	3,01 (1,17)
• ergoterapeut	24,6	24,6	26,1	14,1	10,1	2,61 (1,29)
• vernepleier	31,9	24,6	24,6	13,0	5,8	2,36 (1,22)
• hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider	1,4	4,2	22,2	45,8	26,4	3,92 (0,88)
Pre-visit	15,3	11,1	16,7	40,3	16,7	3,32 (1,31)
Visitt	5,4	8,1	25,7	39,2	21,6	3,64 (1,08)
Etterarbeid etter visitt	10,8	13,5	18,9	37,8	18,9	3,41 (1,25)
Dokumentere sykepleie	0,0	1,4	10,8	45,9	41,9	4,28 (0,71)
Veilede medarbeidere (med veiledning menes at du har kunnskap/erfaring på et område og at du skal veilede andre)	0,0	2,7	33,8	47,3	16,2	3,77 (0,75)
Veilede medstudenter (med veiledning menes at du har kunnskap/erfaring på et område og at du skal veilede andre)	0,0	1,4	10,8	60,8	27	4,14 (0,65)

*For beregning av gjennomsnitt: Scorene er i SPSS tallfestet til: Svært liten grad=1, liten grad=2, noen grad=3, stor grad=4, svært stor grad=5

** Modus er synliggjort ved **fet skrift**

dager i overtakelsesperioden. Studentene var fordelt mellom sykehjem og helsehus, og tilgang på læresituasjoner kunne ut fra det bli noe ulike.

Datainnsamling

Spørreskjemaene ble distribuert til studentene ved hjelp av

praksislærerne og utfylt på siste gruppeveiledning i siste uke av praksisstudieperioden. Årsaken til frafall er at noen studenter var fraværende på de aktuelle dager for utfylling av skjema.

I tillegg ble det gjennomført gruppeintervjuer med representanter fra alle involverte deltakere;

studenter, praksislærere og praksisveiledere. Resultater fra intervjuene vil bli presentert i artikkelnummer to som er under utarbeidelse. Dette inkluderer resultater fra fagutvikling til ansatte.

Analysen av data

Data er analysert ved hjelp av sta-

TABELL 3: Opplevelse av praksisstudieperiodens organisering relatert til læring, støtte og veiledning

1=svært dårlig, 6=svært bra, (prosent).	1	2	3	4	5	6	Gjennomsnitt (sd)
Studentgruppens funksjon:							
• I forhold til læring	0,0	4,1	12,2	17,6	40,5*	27,5	4,72 (1,10)
• I forhold til støtte	0,0	6,8	6,8	14,9	27,0	44,6	4,96 (1,22)
Veiledning fra veilederteam	4,2	5,6	12,5	29,2	40,3	8,3	4,21 (1,19)
Veiledning fra øvrige ansatte	9,7	13,9	26,4	29,2	19,4	1,4	3,39 (1,26)
Læringsutbytte i forhold til:							
• Ukentlig refleksjon med lærer	2,7	4,1	15,1	23,3	30,1	24,7	4,48 (1,28)
• Observasjon med lærer til stede på avdelingen	6,8	14,9	18,9	31,1	16,2	12,2	3,72 (1,41)
• Avdelingsovertakelse	1,4	1,4	9,5	16,2	27,0	44,6	5,0 (1,16)

* Modus er synliggjort ved **fet skrift**

tistikkprogrammet SPSS, versjon 19.0. Det er utført en deskriptiv analyse ved å se på frekvensfordelinger. De avhengige variablene er på ordinalnivå. Ifølge Ringdal (25) kan ordinale variabler med fem eller flere kategorier behandles som kontinuerlige hvis det er teoretisk meningsfullt. Variablene ble ut fra dette behandlet som kontinuerlige med gjennomsnitt som mål på sentralisering og standardavvik som mål på spredning. I tillegg er modus synliggjort i tabellene for på den måten å synliggjøre skjevhet i forhold til gjennomsnitt.

RESULTATER

Nitti studenter gjennomførte praksisstudieperioden. Syttifire spørreskjemaer ble besvart (82,2 prosent). Gjennomsnittsalderen var 27,1 år med en spredning fra 20 til 48 år. Kvinneandelen var på 87,8 prosent. Andelen studenter som gjennomførte praksisstudiene i Helsehus var 51,4 prosent, mens 48,6 prosent gjennomførte på sykehjem.

Opplevelse av læringsutbytte

Organisasjonskompetanse: å forstå helseorganisasjonen som system. Studentenes opplevelse av læringsutbytte i forhold til organi-

sasjonskompetanse, er beskrevet i tabell 1. Studentene oppga at de i stor grad hadde innsikt i avdelingens «målsetting for pasientomsorgen», «organisering av daglige rutiner», «organisering av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere» og «organisering av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere og leger» og «sykepleiere og hjelpepleiere».

” Studentene opplevde at de mestret oppgaven å veilede medstudenter og medarbeidere.

Studentene opplevde å ha et noe lavere læringsutbytte når det gjaldt innsikt i «organisasjonens ledelsesstruktur», «beslutningsveier» og «avvikshåndtering». «Avvikshåndtering» skilte seg noe ut med større grad av anvendelse av svaralternativene svært liten grad og liten grad av innsikt.

Studentene opplevde lavest læringsutbytte innenfor innsikt i organisering av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere og ergoterapeuter og sykepleiere og vernepleiere. Når det gjelder vernepleiere er i tillegg spredningen i stor grad begrenset til svaralternativene «svært liten grad», «liten grad» og «noen grad». I forhold til ergoterapeuter viser spredningen at flere studenter har anvendt svaralter-

nativene stor grad og svært stor grad. Innsikt i «organisering av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere og fysioterapeuter» hadde et noe bedre gjennomsnitt, samt noe større spredning over alle svaralternativene.

Det ble også spurt om opplevd innsikt i utvalgte lover og forskrifter. Studentene oppga

at de opplevde godt læringsutbytte i helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, forskrift om journalføring, kommunehelsetjenesteloven og forskrift om helse døgn pleie og omsorg, mens de opplevde noe dårligere læringsutbytte i forvaltningsloven og lov om statlig tilsyn.

Organiseringskompetanse: Å kunne administrere pasientarbeidet. Resultatene (tabell 2) viser at studentene i stor grad opplevde å mestre oppgavene «planlegge eget daglig arbeid», «omprioritere oppgaver», «lede sykepleien til en gruppe pasienter», «delegere», «gi konstruktiv tilbakemelding når noen gjør noe bra», «sykepleiedokumentasjon»,

«veilede medstudenter», alle med gjennomsnittsscore over 4. Studentene opplevde i noen grad å mestre oppgavene «å veilede medarbeidere», «visitt», «previ-sitt», «etterarbeid etter visitt», «trekke inn lege, hjelpepleier og fysioterapeut», «gi tilbakemelding til andre når du ikke forstår handlingen», «trekke inn medarbeidere med spesialkompetanse fra egen faggruppe», samtlige med gjennomsnittsscore over 3. Studentene opplevde i svært liten grad eller i liten grad å mestre oppgavene «å gi konstruktiv tilbakemelding

” Selvstendig ansvar er viktig for læring.

når noen gjør noe du ikke synes er bra» og «trekke inn ergoterapeut og vernepleier». Spørsmålene om mestring av oppgavene «innskriving» og «utskrivning» er ikke presentert i tabell 2, men hadde gjennomsnittsscore på 2,68 og 2,45, begge med relativt stor spredning (standardavvik 1,34 og 1,36).

Praksisstudieperiodens organisering sett i forhold til læring, veiledning og støtte. Resultater relatert til organisering av praksisstudieperioden (tabell 3) viser at studentgruppen var svært viktig både i forhold til læring og støtte. Studentene har også vurdert «veiledning fra veilederteam» og «ukentlig refleksjon med lærer» som meget bra, mens veiledning fra øvrige ansatte og observasjon med lærer til stede på avdelingen fikk noe lavere gjennomsnittsscore. Høyest gjennomsnittsscore fikk selve avdelingsovertakelsen. «Ukentlig refleksjon med lærer», «observasjon med lærer til stede på avdelingen» og «veiledning fra øvrige ansatte» skiller seg ut med noe større spredning over svaralternativene.

DISKUSJON

Hensikten med denne studien er å beskrive opplevd læringsutbytte innen sykepleiefaglig ledelse hos sykepleierstudenter etter innføring av praksisstudieperiode med avdelingsovertakelse på sykehjem og helsehus. Sekundært ønsker vi å beskrive sykepleierstudentenes opplevelse av praksisstudieperiodens organisering relatert til læring, støtte og veiledning.

Organisasjonskompetanse: Å forstå helseorganisasjonen som system. Ved å overta avdelingen

oppnådde studentene varierende grad av innsikt i de ulike områdene innen organisasjonskompetanse. Studentene opplevde å ha oppnådd best innsikt når det gjaldt «innsikt i målsetting for pasientomsorg», «organisering av daglige rutiner», og «organisering av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere, leger og hjelpepleiere». Dette er innsikt som kan anses som viktig for å få dagen til å fungere og som kan knyttes til den daglige driften av avdelingen. Læresituasjonene var med det lett tilgjengelig, noe som kan ha bidratt til det gode læringsutbytte. For eksempel er det slik at både ved sykehjemmene og ved helsehusene er hverdagen preget av mange formelle og uformelle møter mellom sykepleiere og leger og sykepleiere og hjelpepleiere, noe som kan bidra til et positivt læringsutbytte. Samarbeidet mellom sykepleiere og fysioterapeuter og ergoterapeuter arter seg annerledes. Resultatene viste at 51,4 prosent av studentene gjennomførte praksisstudieperioden i helsehus, mens 48,6 prosent gjennomførte praksisstudiene i sykehjem. Helsehusene har egne

ergoterapeuter og fysioterapeuter og et mer organisert samarbeid mellom faggruppene, noe som kan ha påvirket læringen positivt. Studentene som hadde sine praksisstudier ved sykehjem møtte en annen organisering av samarbeidet mellom faggruppene. Behov for ergoterapi og fysioterapi blir vurdert av sykepleiere og leger og rekvirert etter behov. Det er ikke noe organisert samarbeid ut over dette. Hvordan svarene spredde seg over svaralternativene kan leses som en konsekvens av ulik tilgang til læresituasjoner.

Det moderate læringsutbytte innen «ledelsesstruktur», «beslutningsveie» og «avvikshåndtering» kan relateres til at dette er en type innsikt som i mindre grad er knyttet til daglig drift av avdelingen og som ut fra det kan få lavere hverdagsprioritet. Resultatet kan også gjenspeile at praksisfelleskapet anser denne innsikten som mindre viktig. Studier viser at sykepleiere har lav organisasjonskompetanse og det antydes at sykepleiere ikke anser dette som en viktig kompetanse sammenliknet med den kliniske kompetansen (5,6,26). Hvis det er slik at studentenes læringsutbytte gjenspeiler det praksis definerer som viktig, er det alvorlig at studentene oppnådde et såpass lavt læringsutbytte innen «avvikshåndtering» i forbindelse med forberedelse og gjennomføring av avdelingsovertakelse.

Organiseringskompetanse: Å kunne administrere pasientarbeidet. Det kan virke som om fullverdig deltakelse i praksisfelleskapet og selvstendig ansvar gjennom avdelingsovertakelse, har lagt spesielt godt til rette for læringsutbytte i forhold til: «planlegge eget daglig arbeid», «omprioritere», «delegere», «lede sykepleie til en gruppe pasienter» og «dokumentere sykepleie».

Dette er oppgaver som kan oppfattes som spesielt viktige for å få en arbeidsdag til å gå rundt og som dermed kan ha blitt formidlet som viktige av arbeidsfellesskapet med tanke på avdelingsovertakelsen. Også andre studier viser at opplevelsen av å ha selvstendig ansvar virker motiverende for læring (13–15,18,19,24), og da spesielt knyttet til de praktiske oppgavene som må gjennomføres i hverdagen (21). Blant andre Dysthe (27) hevder at det er først når man selv står i situasjonen at man skjønner hva man trenger å vite.

Resultatene viste at studentene i stor grad opplevde å mestre oppgavene «previsitt», «visitt» og «etterarbeid etter visitt», men resultatene viste større spredning over svaralternativene spesielt relatert til «previsitt» og «etterarbeid etter visitt». Helsehusene har i større grad pasienter på korttidsopphold og hyppigere, formaliserte møtepunkter mellom lege og sykepleier, og dermed større tilgang på læresituasjoner sammenliknet med sykehjemmene. Det kan også tenkes at det å ha ansvar for pasienter på korttidsopphold fører med seg flere oppgaver både relatert til «previsitt» og «etterarbeid etter visitt».

Studentene opplevde å mestre oppgaven å veilede medstudenter og medarbeidere, og da spesielt medstudenter. Orvik (8) beskriver det å veilede medarbeidere som en viktig del av faglige ledelse. En av forutsetningene for å kunne gjennomføre avdelingsovertakelse, var at studentene gikk flere sammen på samme vakt, altså en form for gruppepraksis. Studentene måtte, i tillegg til å motta veiledning fra ansatte, også gi og motta veiledning fra hverandre og gi veiledning til ansatte. Praksisstudieperioden legger med dette til rette for at studentene må utveksle kunnskap og

erfaring med hverandre og trene på å formidle egen kompetanse ved hjelp av veiledning. Gruppepraksis kan dermed føre til mer øvelse i det å veilede andre enn i tradisjonell praksis. Denne effekten av gruppepraksis understøttes av andre studier (12–15).

For å sikre faglig innhold i sykepleie er det også viktig å kunne gi konstruktiv tilbakemelding på andres arbeid (8). Studentene opplevde at de i stor grad mestret oppgaven «å gi tilbakemelding på noe bra», mens de noe mindre grad opplevde å mestre det «å gi tilbakemelding når en ikke forstår handlingen til den andre» og minst i forhold til det «å gi tilbakemelding når en ser noe som ikke er bra». Resultatene kan forstås som at det generelt vil oppleves lettere å gi en positiv tilbakemelding, enn å skulle være kritisk. Det at studentene er sammen i grupper betyr at de støtter hverandre i å gi tilbakemelding på utydelige eller kritikkverdige forhold til medarbeidere utenfor studentgruppen, noe som også støttes av andre studier (12). Det å være i en gruppe hvor man er avhengig av hverandre og oppretter vennskspsrelasjoner, kan føre til at det blir vanskeligere å gi tilbakemelding på kritikkverdige forhold innad i gruppen.

Organisering av praksisstudieperioden relatert til læring, støtte og veiledning. Studentgruppens funksjon oppleves som svært viktig både i forhold til støtte og læring. Dette resultatet samsvarer med funnene i andre studier. Læring fremmes av at likesinnede får være sammen (12, 16, 28). Samtidig er det slik at veiledning fra praksisveiledere og andre ansatte i praksisfeltet oppleves som viktig (12, 24). Det viser også denne studien. Refleksjon med praksislærer ble opplevd positivt, men svarene var

mer spredt over svaralternativene. Praksislæreren har en viktig funksjon i det å stimulere til kritisk refleksjon (21–23). Studentenes utbytte kan blant annet avhenge av i hvilken grad praksislærer klarer å stimulere til refleksjon. Praksislæreren hadde ansvar for å utfordre studentene innenfor områder som i mindre grad er omfattet av hverdagsprioritet og handlingstvung, da spesielt i forhold til organisasjonskompetanse. Til tross for dette, indikerer resultatene at studentene oppnådde størst læringsutbytte i forhold til de oppgavene som var lettest tilgjengelige, og som arbeidsfellesskapet definerte som viktig på det aktuelle praksisstudiestedet. Utbytte av å ha praksislæreren til stede på avdeling hadde stor spredning over svaralternativene, noe som tyder på ulikt utbytte. Dette i motsetning til studier som evaluerer praksislærerens tilstedeværelse i avdelingen som viktig (29,30). Våre resultater kan ses i sammenheng med at praksislærer ikke skulle gå inn i pasientsituasjoner, men bare observere aktivitet knyttet til samarbeid og faglig ledelse. Avdelingsovertakelsen ble vurdert som svært nyttig. Dette er i tråd med andre studier som evaluerer utbytte av avdelingsovertakelse og som påpeker at selvstendig ansvar er viktig for læring (13–15,19,24). Et premiss for læring er at læringsarenaen oppleves trygg. Det at studenter er sammen i grupper kan bidra til at den enkelte student føler seg tryggere. Denne og andre studier viser at studenter finner mye støtte i det å være flere sammen (12, 28).

Studiens begrensninger

Studien har en deskriptiv design basert på resultater fra ett måletidspunkt. Variabler kan da bare beskrives og studien kan dermed ikke gi noen svar på eventuelle

kausale sammenhenger mellom praksisstudieperiode med avdelingsovertakelse og læringsutbytte i faglig ledelse (31). Artikkelen presenterer resultater basert på studentenes egen opplevelse. En annen artikkel er under utarbeidelse med utgangspunkt i kvalitative data fra intervjuer for på den måten få belyst flere perspektiver. En annen problemstilling er at denne studien bare kan si noe om læringsutbytte i faglig ledelse slik vi har valgt å operasjonalisere begrepet i spørreskjema 1. Spørreskjemaet ble bare testet med tanke på umiddelbar validitet. Vi anser likevel at resultatene i denne studien kan ha overføringsverdi til andre profesjonsutdanninger med høy andel praktiske studier, i og med at gjennomføringen er basert på en realistisk omorganisering av de ordinære praktiske studiene.

KONKLUSJON

Det kan virke som om praksisstudier med avdelingsovertakelse legger til rette for læring av sykepleiefaglig ledelse. Studentrollen blir mer lik arbeidstakerrollen og studentene får på en mer realistisk måte praktisert faglig ledelse. Dette kan bidra til redusert realitetssjokk etter endt utdanning. Det at studenter er sammen i grupper, kan bidra til at den enkelte student føler seg tryggere. Dette fremmer læring. Resultatene indikerer imidlertid at læringsutbyttet varierte ut fra tilgang på læresituasjoner og muligens ut fra hvilke områder praksisfellesskapet definerte som viktig.

En viktig oppgave i videreføringen av praksisstudieperioden er å videreutvikle praksislærernes og veiledernes rolle slik at de utfordrer studentene til å se de delene av faglig ledelse som i mindre grad blir prioritert gjennom den daglige handlingstvungen. Dette handler spesielt om områder innenfor

organisasjonskompetanse som ledelsesstruktur, beslutningsveier, avvikshåndtering og tverrfaglig samarbeid med faggrupper som i mindre grad er fysisk til stede.

REFERANSER

1. Solli H. Improving competence of newly registered nurses. *Klinisk Sygepleje*. 2008;22: 4-13.
2. Lofmark A, Smide B, Wikblad K. Competence of newly graduated nurses: a comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *J Adv Nurs*. 2006;53:721-8.
3. Heller BR, Drenkard K, Esposito MB, Romano C, Tom S, Valentine N. Educating nurses for leadership roles. *J Contin Educ Nurs*. 2004;35:203.
4. Alvsvåg H, Førland O. Sykepleierutdanningen i lyst av nydannedes yrkeserfaringer. *Vard Nord*. 2006;26:34-8.
5. Orvik O. Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*. 2002;80: 42-6.
6. Vareide PK, Hofseth C, Norvoll R, Røhne K. Stykkevis og delt: Sykepleierens arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. Oslo: Sintef Unimed helsestjenesteforskning, 2001.
7. Curtis EA, De Vries J, Sheerin FK. Developing leadership in nursing: exploring core factors. *Br J Nurs*. 2011;20:306-9.
8. Orvik O. Organisatorisk kompetanse. I sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag; 2004.
9. Harvath TA, Swafford K, Smith K, Miller LL, Volpin M, Sexson K. Enhancing nursing leadership in long-term care: A review of the literature. *Res Gerontol Nurs*. 2008;1:187-96.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. [2008-2009].
11. Patrick A, Spence, Wong C, Finegan J. Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *J Nurs Manag*. 2011;19:449-60.
12. Medby AO, Haugan G. Student groups in nursing practice: 1st year nursing students' experiences of learning clinical nursing in a group setting. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*. Vard Nord. 2012;32:46-50.
13. Reime RH. Sammen for bedre praksis. Modell for organisering av veiledning i sykepleierstudenters praksisstudier. Et samarbeidsprosjekt mellom Kirurgisk klinikk, Kaukeland Universitetssjukehus, Betanien Diakonale Høgskole og Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen. Evalueringsrapport fra aksjonsforskningsprosjekt. 2007.
14. Bakke-Erichsen A, Øvrebø R. From

observer to participant: the working community's significance for the nursing students' practical learning. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*. Vard Nord. 2004;24(1): 36-41.

15. Digre E, Onshuus K. Rapport fra «Studentdrevet post Veiatun». Et samarbeid mellom Nedre Eiker kommune, Helse- og omsorgsetaten lag 24 og Institutt for helsefag, Høgskolen i Buskerud, 2003.
16. Lave J, Wenger E. Situeret læring og andre tekster. København: Hans Reitzels Forlag AS; 2003.
17. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: TANO; 1995.
18. Strand K, Nondal K-M. Sykepleierstudenters utvikling av selvstendighet i praksisstudier organisert som studentdrevet team. *Vard Nord*. 2012;32:4-8.
19. Halse K. Kliniske studier i sykepleierutdanningen. Studenters læring når en stor gruppe studenter overtar ansvaret for pasienter. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 2005;7:3-17.
20. Pøttersen RC. Kvalitetslæring i høgere utdanning: innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Oslo: Universitetsforl.; 2005.
21. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Oslo: Akribes; 2010.
22. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteorier. Oslo: Cappelen; 2000.
23. Døssing A. The nursing lecturer's role in relation to clinical practice. *Klinisk Sygepleje*. 2007;21(1): 44-53.
24. Koldal GMB. Sluttrapport for prosjektet «Studentdrevet sengeavsnitt». Samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Stord/Haugesund og Helse Fonna. 2007.
25. Ringdal K. Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
26. Norvoll R. Gap mellom utdanning og yrke. *Sykepleien*. 2002;90:52-6.
27. Dysthe O. Dialog, samspel og læring. Oslo: Abstrakt forlag; 2001.
28. Roberts D. Learning in clinical practice: the importance of peers. *Nurs Stand*. 2008;23(12): 35-41.
29. Meskell P, Murphy K, Shaw D. The clinical role of lecturers in nursing in Ireland: perceptions from key stakeholder groups in nurse education on the role. *Nurs Educ Today*. 2009;29:784-90.
30. Møller E, Lovring I. Nursing lectures in clinical practice. *Klinisk Sygepleje*. 2007;21(3): 54-63.
31. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Generating and Assessing the Evidence for Nursing Practice: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Sykepleiere trenger ledelseserfaring

› Kliniske studier med avdelingsovertakelse gir læringsutbytte i faglig ledelse for sykepleierstudenter på en god måte.

Arkivfoto: Martin Fonn



Stian Aasoldsen
Studentleder, NSF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Selv om avdelingsovertakelse gir godt læringsutbytte, viser det seg at det innen de ulike områdene varierer. Blekken og medforfatter konkluderer i sin studie med at årsaken kan være læresituasjonene og praksisfellesskapets definisjon av hva som er viktig å kunne. Innenfor mange områder i norsk helsetjeneste er sykepleiere de med høyest faglig kompetanse som følger pasienter opp i det daglige. Dette gjelder spesielt på sykehjem og i hjemmesykepleie. Kompetanse i faglig ledelse og koordinering av arbeidet med pasienten blir derfor avgjørende for god pasientbehandling. Ved å introdusere studentene for avdelingsovertakelse i de kliniske studiene, rustet man sykepleierstudentene til å møte sin fremtidige sykepleierhverdag.

Det er også viktig for sykepleierstudenter med teoretisk kunnskap innen ledelse av prosesser rundt pasientene, av personalet som arbeider med prosessene, samt å opprettholde kontinuitet i behandlingen av pasienten. Dette

krever grunnleggende kunnskap innen typiske ledelsesfag, som logistikk, prosessledelse, organisasjonskunnskap, samfunnskunnskap og så videre. Noe av dette er allerede bakt inn i de fleste sykepleierutdanninger i Norge, men ikke alt. Spørsmålet er hvor stort behovet er.

De aller fleste sykepleiere tar sine første skritt i helsetjenesten som nyutdannede midt i Helse-Norges ferieavvikling, altså om sommeren. I denne perioden er avdelingene ofte preget av midlertidig sommerbemanning, som kan gå ut over kontinuiteten i pasientoppfølgingen. Videre kan nyutdannede sykepleiere, som er vant til kliniske studier der erfarne sykepleiere kan ta ansvar når studentene selv ikke mestrer situasjonen, få et realitetssjokk. Hvis sykepleierstudentene får erfaringer med faglig ledelse allerede i utdanningen, blir de bedre forberedt på slike situasjoner.

Studien ser ut til å omhandle avdelingsovertakelse i gruppe. Studentene får altså i mindre

grad prøvd seg individuelt, noe som kan gjøre læringssituasjonen mindre realistisk. Det kan kanskje også minske læringsaspektet ved å overta det faglige ansvaret i en avdeling, men samtidig kan studentene spille på og lære av hverandre. Studien viser at studenter synes å tre tydeligere frem i sin yrkesrolle i samhandling med andre studenter, og at tryggheten disse rammene gir skaper gode læringsforhold for studentene. Det ville også være rimelig å tro at gruppebasert gjennomføring gir en hensiktsmessig bruk av avdelingenes og skolens ressurser, og kanskje frigjør mer tid til veiledning, både for lærere og kontaktsykepleiere.

Artikkelen er sannsynligvis mest relevant for lærere og undervisningspersonell. I tillegg kan denne type forskning være av interesse for veiledere og avdelingsledere som skal ta imot sykepleierstudenter i praksis.

Les artikkelen på side 344





Arkivfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Innføringen av Samhandlingsreformen har satt utfordringene knyttet til det å organisere helsetjenestene til en økende andel svært gamle på den politiske dagsorden. En av de viktigste utfordringene knytter seg til hvilket nivå tjenestene skal ytes på, og hvordan de ulike nivåene i omsorgskjeden kan spille sammen for å gi et best mulig tilbud.

Hensikt: Hensikten med denne artikkelen er å gi en empirisk testing av følgende hypotese: kommuner

med utstrakt bruk av korttidsplasser har somatiske pasienter 80 år og eldre lavere liggetid i sykehus.

Metode: I analysen benyttes multipel sekvensiell regresjonsanalyse basert på data fra 408 kommuner.

Resultater: Analysen viser at somatiske pasienter på 80 år og eldre har lavere liggetid i sykehus i kommuner med utstrakt bruk av korttidsplasser. Artikkelens hypotese får dermed støtte. Selv om korttids plassene forklarer relativt lite av

variasjonen i antall liggedøgn, har andelen korttidsplasser en betydning for liggetiden på somatiske sykehus for de eldste som er statistisk signifikant, også når vi kontrollerer for en rekke andre relevante variabler.

Konklusjon: Resultatene i denne artikkelen er basert på data fra 2010 og 2011, det vil si før Samhandlingsreformen ble satt i virksomhet. Det virker imidlertid rimelig å anta at betydningen av korttidsplasser vil tilta under denne reformen.

ENGLISH SUMMARY

Organised for cooperation?

Background: The introduction of the Cooperation reform in Norway has highlighted the challenges of organizing health care for an increasing proportion of very elderly citizens. One of the most important challenges concerns the level at which the services should be provided, and how the various levels in the care chain can interact in order to create the best services possible.

Objective: The aim of this article is to empirically test the following hypothesis: Patients over 80 years of age have shorter stays in somatic

hospitals if they live in municipalities with a high proportion of short-term places in municipal care institutions, than if they live in a municipality with few such places.

Method: The analysis is based on multiple sequential regressions on data from 408 Norwegian municipalities.

Results: The analysis confirms that patients over 80 years of age have shorter stays in somatic hospitals if they live in municipalities with a high proportion of short-term nursing home beds. This supports our hypothesis. The availability of short-term nursing home beds

explains relatively little of the total variation in the dependent variable, but the effect is statistically significant, even when controlled for a number of other relevant variables.

Conclusion: The results in this analysis are based on data from 2010–2011, that is, before the Coordination reform was implemented. However it seems reasonable to assume that the impact of short-term beds in nursing homes will increase after the implementation of the reform.

Keywords: nursing homes, patients ready for discharge, elderly, Coordination reform, care chains

» Organisert for samhandling?

Forfattere: Åsmund Hermansen
og Anne Skevik Grødem

NØKKELOD

- Sykehjem
- Kommune
- Spesialisthelsetjenesten
- Samhandling
- Eldre

INNLEDNING

Antallet eldre over 80 år i befolkningen øker. I 2011 utgjorde personer over 80 år 4,5 prosent av befolkningen i Norge, og Statistisk sentralbyrå beregner at denne andelen kommer til å øke til 11,7 prosent i 2100 (1). Selv om mange eldre har god helse, øker antallet helseproblemer med alderen, og sykkeligheten blant de aller eldste er høyere enn i befolkningen for øvrig. Tall for 2007 viser at pasienter over 80 år forbrukte 16,4 prosent av alle liggedøgn ved norske sykehus (2). En høyere andel eldre i befolkningen vil dermed innebære større etterspørsel etter helsetjenester. Eldre har også oftere enn andre komplekse helseproblemer, med flere diagnoser samtidig. Dette innebærer at helsetjenestene til denne gruppa kan stille andre krav til helsepersonell enn det arbeid med yngre pasienter gjør.

Hvordan «eldrebølgen» best kan håndteres har vært et politisk tema i flere år, og utfordringene knyttet til det å organisere helsetjenestene til en økende andel svært gamle kommer bare til å bli mer sentrale i politikken i årene som kommer. En av de viktig-

ste utfordringene knytter seg til hvilket nivå tjenestene skal ytes på, og hvordan de ulike nivåene i omsorgskjeden kan spille sammen for å gi et best mulig tilbud. Denne artikkelen tar opp et aspekt ved denne problematikken, nemlig forholdet mellom liggedøgn på sykehus og antallet korttidsplasser i kommunale sykehjem. Kan det å bygge opp korttidstilbud på sykehjem bidra til færre liggedøgn i sykehus for de aller eldste pasientene? Det å få ned antallet liggedøgn på sykehus, blir ofte oppfattet som et mål i seg selv. Siden den første stortingsmeldingen som lanserte en målbeskrivelse for helsetjenestene i Norge, (3), har «laveste effektive omsorgsnivå» (LEON) vært et sentralt prinsipp. Kommunene har over tid fått tilført stadig mer ansvar for helse- og omsorgstjenester (4), og denne utviklingen har kulminert i Samhandlingsreformen, som ble innført fra 1. januar 2012. En av de sentrale målsettingene med reformen er å dempe veksten i sykehussektoren ved gradvis å rendyrke spesialisthelsetjenestene ved sykehusene. Samtidig skal kommunehelsetjenesten settes i stand til å påta seg større helsefaglige og pleiemessige oppgaver (5).

Et sentralt mål er at sykehuspasienter skal utskrives raskere, og overføres til kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kommunene pålegges et medfinansieringsansvar. Dette innebærer at kommunene må bidra til å dekke kostnadene som påløper sykehu-

sene den tiden utskrivningsklare pasienter blir liggende på somatiske sykehus på grunn av manglende kapasitet i kommunale tjenester. Dette gir kommunene et sterkt økonomisk incentiv til å innrette pleie- og omsorgstjenestene slik at de er i stand til å motta utskrivningsklare pasienter for videre behandling. Det kommunale medfinansieringsansvaret omfatter i første omgang pasienter som skrives ut fra medisinske avdelinger, hvor en majoritet av pasientene er eldre. Samhandlingsreformen gjør det derfor enda viktigere enn før for kommunene å ha et godt apparat for utskrivningsklare (eldre) pasienter. Korttidsplasser på sykehjem kan være et viktig virkemiddel i så måte. I denne artikkelen søker vi å utvikle en forståelse av hvor viktige korttidsplassene er. Vi

Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen underbygger at flere kommunale korttidsplasser gir god pasientstrøm og lavere liggetid i somatiske sykehus, og derfor er en måte og møte Samhandlingsreformens utfordringer på.

Mer om forfatterne:

Åsmund Hermansen har mastergrad i statsvitenskap fra Universitetet i Oslo og jobber som stipendiat ved Fafo, Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning. Anne Skevik Grødem har doktorgrad i sosiologi fra Universitetet i Oslo og jobber som forsker I ved Fafo, Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning. Kontakt: asmund.hermansen@fafo.no.

bruker data fra før reformen ble innført, men vi antar at mekanismene vil være de samme også etter at reformen kom på plass.

BAKGRUNN

«Før hadde sykehusene ‹ferdigbehandlede pasienter›, nå sier man ‹utskrivningsklare›. Det er ikke en tilfeldig endring i terminologi. ‹Utskrivningsklar› forutsetter at pasienten får behandling et annet sted. Kommunen får behandlingsansvar, ikke bare pleieansvar.»

” Et sentralt mål er at sykehuspasienter skal utskrives raskere.

Sitatet ovenfor er hentet fra en toppleder i en av de store kommunene i Norge, som ble intervjuet sommeren 2012 om utfordringene i den kommunale helse- og omsorgssektoren (4). Den kommunale lederen setter ord på en utvikling som har pågått gjennom flere år; en reduksjon i antallet liggedager på sykehus har vært en trend helt siden tidlig på 1990-tallet (5). Som påpekt er det et ideal at pasientene skal få omsorg på det laveste effektive omsorgsnivå, hvilket som regel vil være en kommunal institusjon framfor sykehus for utskrivningsklare pasienter. Samtidig har det vært et ideal i eldreomsorgen gjennom flere år å bygge ut hjemmetjenestene, slik at pasientene i minst mulig grad har behov for sykehjem (6). Balansen mellom sykehus, sykehjem og hjemmetjenester for de aller eldste er tilbakevendende temaer i diskusjonen om eldreomsorgen.

I omsorgsmeldingen (7), Mestring, muligheter og mening framheves betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser i sykehjem for å sikre god flyt og samhandling mellom kom-

munene og sykehusene. Departementet argumenterer for at økt og riktigere bruk av korttids-plassene er en forutsetning for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene som ikke kan bo hjemme rett etter et sykehusopphold, og dessuten for å kunne opprettholde innsatsen fra pårørende gjennom bedre avlastning, og for å sikre at hjemmetjenesten fungerer optimalt. Det finnes imidlertid lite forskning om hvilken funksjon korttids-plassene fyller i de kommunale

pleie- og omsorgstjenestene (8). De studiene som finnes er ofte avgrensede. Flere av disse studiene bruker data kun fra en kommune – og de konsentrerer seg om andre tema enn forholdet mellom utbygging av korttidsplasser og antall liggedøgn på sykehus. Like fullt er en gjennomgående konklusjon at korttidsplasser bidrar til en mer effektiv ressursbruk, og at de bidrar til å bedre flyten mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenestene innenfor kommunene. Korttids-plassene fyller et rom mellom hjemmetjenestene og langtids-plassene i institusjon. Her yter man hjemmetjenestene til eldre med begrenset bistandsbehov, mens 70–80 prosent av beboerne på institusjonene er demente og til dels svært krevende (9). I spennet mellom den hjemmebaserte og den institusjonsbaserte omsorgen kan det oppstå et vakuum der tradisjonelle hjemmetjenester er utilstrekkelige, samtidig som kapasiteten på institusjonssiden mangler. Korttids-plasser bidrar til å fylle dette vakuemet (9,10).

En annen side av dette er at korttids-plasser kan bidra til å

bedre gjennomstrømningen på sykehjemmene, og dermed til mer effektiv bruk av tilbudet (10–12). Studier viser at kommuner med en høy andel korttids-plasser i institusjon har bedre tilgjengelighet til institusjons-plasser enn kommuner med lav andel korttids-plasser. Dette til tross for at den samlede dekningsgraden av institusjons-plasser var lavere i disse kommunene (12,13). Kommunene med lavest samlet dekningsgrad, men med høyt innslag av korttids-plasser, hadde dessuten høyest utskrivningsrate fra sykehjem per 100 innbyggere på 80 år og eldre. Dermed hadde de den beste tilgjengeligheten på institusjons-plasser. Otterstad og Tønseth (12) konkluderer: «Jo høyere utskrivningsrate fra korttids-plasser, desto større er den samlede pasientsirkulasjonen». Deres konklusjon er at det er bruken av korttids-sengene som forklarer en betydelig del av tilgangen til sykehjemsplasser, og mer enn hva dekningsgraden gjør. Otterstad og Tønseth understreker imidlertid behovet for en god samhandling mellom det institusjonsbaserte og den hjemmebaserte omsorgen, slik at eldre som har muligheten til å bo i egen bolig skal kunne gjøre det med støtte fra tjenestene. Effektiv bruk av korttids-plasser forutsetter samhandling og helhetlige løsninger når det gjelder bolig og tjenester. Gitt dette, vil god kapasitet av korttids-plasser kunne gi gunstige kostnads-messige effekter. Kommunene vil kunne redusere omfanget av institusjons-plasser og erstatte disse med flere hjemmebaserte tjenester (14).

Studiene sitert så langt viser altså at korttids-plasser kan bidra til å «olje hjulene» i kommunale pleie- og omsorgstjenester, men de berører i liten grad forholdet

til spesialisthelsetjenesten og helseforetakene. Den eneste norske artikkelen som har diskutert dette spesielt, brukte statistikk fra Østfold over utskrivningsklare pasienter (15). Analysen viste at «overliggerne» i hovedsak var pasienter som trengte utskrivning til institusjon. Studien konkluderer med at kommunenes dekning av korttidsplasser er meget viktig for å få til et effektivt samarbeid mellom pleie- og omsorgssektoren i kommunene og sykehusdriften når det gjelder geriatrike pasienter. For kommuner med et manglende tilbud av korttidsplasser fungerer sykehusene som en avlastning, noe Otterstad (15) omtaler som «sykehjemsfunksjonen i sykehus».

Ingen av de foreliggende bidragene har foretatt representative statistiske analyser for samtlige norske kommuner. Det er derfor ikke mulig å gi et generelt bilde av korttidsplassenes betydning for pasientstrømmene og dermed liggetiden i somatiske sykehus. Samhandlingsreformen har endret arbeidsdelingen mellom statlige helseforetak og kommunale tjenester. Det er likevel for tidlig å si noe om hvilke effekter reformen har hatt på kommunale pleie- og omsorgstjenester, og kommunenes tendens til å utnytte den mulige «sykehjemsfunksjonen i sykehusene». Men ved hjelp av foreliggende data, er det mulig å undersøke betydningen av korttidsplasser for liggetiden i somatiske sykehus umiddelbart før Samhandlingsreformen ble innført med full styrke. Siktemålet med denne artikkelen er å belyse betydningen av korttidsplasser i kommunale institusjoner, for antallet liggedøgn i somatiske sykehus, for pasienter 80 år og eldre. Dette vil gi grunnlag for å si noe om hvordan de kommu-

nale pleie- og omsorgstjenestene vil utvikle seg i møte med Samhandlingsreformen og kommunalt medfinansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Konkret er formålet med denne artikkelen å gi en empirisk testing av følgende hypotese: I kommuner med utstrakt bruk av korttidsplasser har somatiske pasienter 80 år og eldre lavere liggetid i sykehus. «Utstrakt bruk» defineres her som «over gjennomsnittlig bruk» av korttidsplasser. I 2010 var i gjennomsnitt 20,47 prosent av alle døgn i kommunale institusjoner på korttidsplass, men det var stor variasjon rundt gjennomsnittet.

METODE

For å teste artikkelens hypotese benyttes multipl sekvensiell regresjonsanalyse. Ved hjelp av en slik tilnærming er det mulig å studere hvilken betydning «andel liggedøgn tidsbegrenset opphold» har for «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre», kontrollert for andre forklaringsvariabler. Videre er det mulig å studere endringer i betydningen av «andel liggedøgn tidsbegrenset opphold» når andre forklaringsvariabler introduseres. Norske kommuner utgjør analyseenheter i den multipl sekvensielle regresjonsanalysen.

DATAGRUNNLAG

Analysen som gjennomføres er basert på registerdata fra NPR (Norsk Pasientregister) og KOSTRA (KOMMune-STAT-RApportering) for årene 2009, 2010 og 2011. Videre er det innhentet opplysninger fra Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk. Registerdataene fra NPR er offentlig tilgjengelig gjennom Helsedirektoratet og er publisert i sammenheng med forberedelsene til innføringen av Samhandlings-

reformen. Disse dataene inneholder blant annet opplysninger om antall pasienter 80 år og eldre i somatiske sykehus og liggetid for denne pasientgruppen fordelt på kommunenivå. KOSTRA er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet, og dataene er offentlig tilgjengelig gjennom Statistisk sentralbyrå. Disse dataene gir informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder blant norske kommuner. I utgangspunktet inneholder NPR og KOSTRA informasjon om alle Norges 430 kommuner, men det er ikke mulig å inkludere alle kommuner i den kommende analysen på grunn av manglende verdier på sentrale variabler. I alt inkluderes 408 kommuner i den fulle analysemodellen.

ANALYSEMODELL

Den avhengige variabelen i analysen er «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre (x_1)» i 2011. «Antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre» er operasjonalisert ved å dele «antall liggedøgn totalt for somatiske pasienter 80 år og eldre» på «antall somatiske pasienter 80 år og eldre» for hver enkelt kommune i 2011.

«Andel liggedøgn tidsbegrenset opphold (x_2)» er, som følger av artikkelens hypotese, en sentral uavhengig variabel. Variabelen er operasjonalisert ved å dele «antall liggedøgn tidsbegrenset opphold» på «antall liggedøgn i kommunale institusjoner totalt» for hver enkelt kommune i 2010. En fordel ved å undersøke bruken av korttidsplasser på denne måten er at man får et direkte mål på hvordan den enkelte kommune disponerer den totale institusjonskapasiteten. Man får også

målt andelen av den kapasiteten som disponeres til korttidsplasser. En svakhet er imidlertid at kommuner med svært få institusjonsplasser totalt, men hvor disse institusjonsplassene i all hovedsak benyttes til korttidsopphold, vil oppnå en lik verdi på variabelen som kommuner med langt flere institusjonsplasser. Slik sett vil to kommuner, hvor det absolute volumet i antall liggedøgn tidsbegrenset opphold er svært forskjellig, kunne oppnå samme verdi på variabelen når det gjelder

ningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre i 2010 (x4) i analysen. Denne variabelen er operasjonalisert ved å dele «antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre» på «antall innbyggere 80 år og eldre».

Brukergrunnet legges viktige rammer for utformingen av tjenestetilbudet innen pleie- og omsorgssektoren i den enkelte kommune. For å kontrollere for ulikheter i brukergrunnet, inkluderes «andel mottakere med omfattende bistandsbehov (x5)».

” Korttidsplasser kan bidra til å «olje hjulene» i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

«andel liggedøgn tidsbegrenset opphold» av alle liggedøgn i kommunale institusjoner totalt. For å kontrollere for betydningen av at volumet i antall institusjonsplasser vil variere mellom kommuner, inkluderes «dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (x3)» i 2010 som kontrollvariabel i analysen. Denne variabelen er operasjonalisert ved å dele «antall beboer på institusjon 80 år og eldre» på «antall innbyggere 80 år og eldre».

En satsing på korttidsplasser, for etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold, vil ofte kreve at kommunene yter hjemmebaserte tjenester når korttidsoppholdet er avsluttet og pasientene flytter hjem. Slik det framkom i gjennomgangen av tidligere forskning om bruken av korttidsplasser, er samspillet med hjemmetjenestene en sentral faktor for korttidsplassenes funksjon og for at økt bruk av tidsbegrenset opphold i institusjon skal fungere hensiktsmessig. For å kontrollere for betydningen av hjemmetjenester inkluderes «dek-

Denne variabelen er operasjonalisert ved å dele «antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov» på «antall mottaker av hjemmetjenester totalt».

Når det gjelder omfanget av de hjemmebaserte tjenestene, utgjør «andel hjemmetjenestemottakere som mottar minst to hjemmetjenester» et sentralt mål. For å kontrollere for omfanget av de hjemmebaserte tjenestene, inkluderes «andel hjemmetjenestemottakere som mottar minst to hjemmetjenester (x6)» i analysen. Denne variabelen er operasjonalisert ved å dele «antall hjemmetjenestemottakere som mottar minst to hjemmetjenester» på «antall mottaker av hjemmetjenester totalt».

For å kontrollere for demografiske og sosioøkonomiske forhold, inkluderes «andel innbyggere 80 år og eldre (x7)», «alders- og kjønnsstandardisert dødelighet (x8)», «andel aleneboende (x9)» og «andel med kort/lang høyskole-/universitetsutdanning (x10)». For utenom «alders- og kjønnsstandardisert dødelighet»

er de øvrige variablene operasjonalisert ved å dele det absolute antallet på «antall innbyggere totalt» for hver enkelte kommune i 2010. «Alders- og kjønnsstandardisert dødelighet» er den gjennomsnittlige dødelighetsraten for årene 2002–2006, fordelt på kommune, beregnet av Statistisk sentralbyrå.

Kommunenes evne til å motta utskrivningsklare pasienter vil kunne avhenge av kompetansen blant de ansatte i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Mange av de eldre pasientene som skrives ut fra somatiske sykehus vil trolig kreve høy medisinsk og pleiefaglig kompetanse, noe som stiller krav til kompetansen blant de ansatte i pleie- og omsorgssektoren. For å kontrollere for betydningen av de ansattes kompetanse-nivå inkluderes «andel avtalte årsverk i pleie og omsorg med fagutdanning (x11)» i analysen. Variabelen er operasjonalisert ved å dele «antall avtalte årsverk i pleie og omsorg med fagutdanning» på «antall avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste i pleie og omsorg totalt».

Kommunenes evne til å ta imot eldre somatiske pasienter for rehabilitering og etterbehandling, og ikke minst avhenge reinnleggelser, vil kunne avhenge av hvorvidt og i hvilken utstrekning det er satt av ressurser til aktivisering innenfor pleie- og omsorgssektoren i den enkelte kommune. For å undersøke betydningen av aktivisering inkluderes «andel avtalte årsverk med aktivisering i pleie og omsorg (x12)» som en kontrollvariabel i analysen. Variabelen er operasjonalisert ved å dele «antall avtalte årsverk til aktivisering i pleie og omsorg» på «antall avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste i pleie og omsorg totalt».

Sammenhengen mellom kom-

munestørrelse og inntektsnivå gjør at det spesielt er de minste kommunene som har mest ressurser per innbygger, og dermed har muligheten til å tilby innbyggerne et godt utbygd tilbud innen pleie- og omsorgssektoren (16). Den bivariate korrelasjonen mellom kommunestørrelse (målt som antall innbyggere) og frie inntekter per innbygger var i 2010 på $-0,822$ (Pearsons r). «Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) (x13)» i 2010 inkluderes i analysen for å kunne kontrollere både betydningen av kommunestørrelse, samt kommunenes økonomisk handlingsrom.

Når de kommunale inntektene stort sett er gitt i form av frie inntekter, blir hovedoppgaven til de lokale beslutningstakerne å prioritere innenfor de gitte rammene. Pleie og omsorg utgjør en stor og kostnadskrevede del av den kommunale virksomheten. For å kontrollere for betydningen av lokale prioriteringer, tas derfor «andel nettoutgifter til pleie og omsorg (x14)» med i analysen. Variabelen er operasjonalisert ved å dele «nettoutgifter til pleie og omsorg» på «nettoutgifter totalt» for hver kommune i 2010.

RESULTATER

Resultatene i tabell 1 viser at «andel liggedøgn tidsbegrenset opphold» virker negativt inn på «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre», når det kontrolleres for de øvrige uavhengige variablene i modell 2. Analysen viser dermed at somatiske pasienter 80 år og eldre har lavere liggetid i sykehus i kommuner med utstrakt bruk av korttidsplasser. Artikkelenes hypotese får dermed støtte. Som nevnt er gjennomsnittlig andelen korttidsplasser i norske kommuner 20,47 prosent. Men variasjonen er betydelig, og i kommunen

med høyest andel korttidsplasser er hele 94,65 prosent av sykehjemsplassene brukt som korttidsplasser. For å undersøke hvilken betydning «andel liggedøgn tidsbegrenset opphold» har for «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre», har vi estimert antall liggedøgn i somatiske sykehus etter kommunens bruk av korttidsplasser (se tabell 1). I beregningen av det estimerte «antall liggedøgn i somatiske sykehus per 80 år og eldre» (Y) holdes de øvrige uavhengige variablene konstante ved å multiplisere gjennomsnittsverdien (X) for hver variabel med regresjonskoeffisienten for de respektive variablene. Gitt disse forutsetningene, vil kommunen med den høyeste bruken av korttidsplasser (94,65 prosent) i 2010 ha et estimert «antall liggedøgn i somatiske sykehus per 80 år og eldre» (Y) på 3,51 i 2011. Til sammenlikning vil en kommune

dermed bidra til redusert liggetid for eldre pasienter på somatiske sykehus. Både offentlige dokumenter og forskningsbidrag på feltet har pekt på korttidsplasser som et viktig tiltak for å redusere liggetiden i somatiske sykehus. Et tiltak som er i spennet mellom ordinære hjemmetjenester og ordinære langtidsplasser på institusjon. Imidlertid har det verken fra myndighetshold eller blant forskningsbidragene på feltet vært initiert eller gjennomført representative statistiske analyser for samtlige norske kommuner. Noe som gjør det vanskelig å gi et generelt bilde av betydningen av korttidsplasser for pasientstrømmen og dermed liggetiden i somatiske sykehus. Styrken ved denne studien er at den nettopp tilfører forskningen på feltet en slik analyse. Dermed gir den også et mer generelt bilde av betydningen av korttidsplasser i kommunale institusjoner for antall liggedøgn

” Samhandlingsreformen har endret arbeidsdelingen mellom statlige helseforetak og kommunale tjenester.

med gjennomsnittlig bruk av korttidsplasser (20,47 prosent) i 2010 ha et estimert «antall liggedøgn i somatiske sykehus per 80 år og eldre» (Y) på 4,31 i 2011. Forskjellen i det estimerte «antall liggedøgn i somatiske sykehus per 80 år og eldre» er dermed 0,8 døgn mellom kommunen med den mest utstrakte bruken og kommuner med en gjennomsnittlig bruk av korttidsplasser i 2010.

DISKUSJON

Innføringen av samhandlingsreformen har aktualisert spørsmålet om hvilken funksjon korttidsplassene har i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene for å sikre en god pasientstrøm og

i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre i norske sykehus. Artikkelen søkte å teste følgende hypotese: Somatiske pasienter 80 år og eldre har lavere liggetid i sykehus i kommuner med utstrakt bruk av korttidsplasser. Resultatene fra analysen ga støtte til denne hypotesen og resultatene gir dermed også støtte til de funn og argumenter som er blitt presentert på forskningsfeltet basert på data fra enkeltkommuner (10,11,15).

Den fullstendige analysemodellen forklarer kun 6,7 prosent av variasjonen i «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasienter 80 år og eldre i 2011» (jf. R2). Det er dermed 93,3 prosent av

Tabell 1: Antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasienter 80 år og eldre i 2011 (x1)

	Modell 1 B (BETA)	Modell 2 B (BETA)
Konstant	4,236***	7,600***
Andel liggedøgn tidsbegrenset opphold (2010) (x2)	-0,0012 (-0,0151)	-0,106** (-0,1227)
Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (2010) (x3)		-0,0154 (-0,0728)
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (2010) (x4)		-0,0033 (-0,0185)
Andel hjemmetjenestemottaker som mottar minst to hjemmetjenester (2010) (x5)		0,0047 (0,0317)
Andel brukere med omfattende bistandsbehov (2010) (x6)		0,0121 (0,0639)
Andel innbyggere 80 år og eldre (2010) (x7)		-0,0988 (-0,1307)
Alders- og kjønnsstandardisert dødelighet. Gjennomsnitt 2002–2006 per 100 000 innbygger (x8)		-0,0024*** (-0,2151)
Andel aleneboende (2010) (x9)		0,0499* (0,1218)
Andel med kort/lang høyskole-/universitetsutdanning (2010) (x10)		0,0034 (0,0048)
Andel årsverk i pleie og omsorg med fagutdanning (2009) (x11)		-0,0149** (-0,1101)
Andel årsverk med aktivisering i pleie og omsorg (2009) (x12)		-0,0091* (-0,1077)
Frie inntekter per innbygger (i 1000 kroner) (2010) (x13)		-0,0007 (-0,0060)
Andel nettoutgifter til pleie og omsorg (2010) (x14)		-0,0089 (-0,0378)
N	425	408
Modellens forklaringskraft av variasjonen i avhengig variabel/Justert R ²	0,000	0,067
Estimert «antall liggedøgn i somatiske sykehus per 80 år og eldre» ved høyest bruk av korttidsplasser: 7,600 + (-0.0106*94,65) + (-0.0105*16,11) + (-0.0033*36,31) + (0.0047*32,62) + (0.0121*23,7) + (-0.0988*5,53) + (-0.0024*742,69) + (0.0499*15,47) + (0.0034*3,11) + (-0.015*70,82) + (-0.0091*29,75) + (-0.0007*42,83) + (-0.0089*35,83) = 3,51		
Estimert «antall liggedøgn i somatiske sykehus per 80 år og eldre» ved gjennomsnittlig bruk av korttidsplasser: 7,600 + (-0.0106*20,47) + (-0.0105*16,11) + (-0.0033*36,31) + (0.0047*32,62) + (0.0121*23,7) + (-0.0988*5,53) + (-0.0024*742,69) + (0.0499*15,47) + (0.0034*3,11) + (-0.015*70,82) + (-0.0091*29,75) + (-0.0007*42,83) + (-0.0089*35,83) = 4,31		

variasjonen i «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasienter 80 år og eldre i 2011» som forklares av forhold som ikke er tatt med i modellen. Det må sies at det er få studier av samfunnsmessige forhold som oppnår en svært høy forklart varians, fordi fenomenene man ønsker å forklare varierer langs så mange dimensjo-

ner. Det er også tilfelle her. Samtidig har dette datasettet, som alle andre, sine begrensninger. To av de viktigste er etter vår vurdering at vi ikke har tilstrekkelige opplysninger om døgn tilbud utenfor institusjon, typiske omsorgsboliger, og at vi ikke har tilgang til opplysninger om diagnoser. Vi har dermed vært begrenset til å se

på betydningen av korttidsplasser versus langtidsplasser i institusjoner, og mangler opplysninger om omfang og bruk av omsorgsboliger med varierende bemanning. Mangelen på opplysninger om diagnoser innebærer at vi ikke fanger opp forskjeller mellom kommuner som følger av at helsetilstanden kan variere blant

de eldste, noe som vil virke inn på antallet liggedøgn. Det vil være en utfordring for framtidig forskning å utvikle mer fngraderte analyser som tar høyde for variasjon i samlet tjenestetilbud og helsetilstand i kommunene. Slike analyser kan også med fordel inkludere variabler som regionale forskjeller og reiseavstand til nærmeste somatiske sykehus. Som en ekstra kontroll kjørte vi en analyse uten «andel døgn korttidsplasser» i modellen, for å se hvor mye variabelen isolert sett bidrar til den forklarte variansen (tabellen er ikke vist). Denne analysen viste at bruken av korttidsplass kun forklarer 1,1 prosent av variasjonen i «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasienter 80 år og eldre i 2011», som er relativt lavt. Dette kan ha sammenheng med at vi kun har hatt anledning til å se på den totale bruken eller kapasiteten av korttidsplasser. Et mer nyansert mål ville kunne vært å benytte «antall utskrivninger fra korttidsplasser» (12). Det er ikke nødvendigvis slik at den totale bruken eller kapasiteten av korttidsplasser er av størst betydning for liggetiden i somatiske sykehus dersom noen få pasienter oppnar korttidsplassene over lengre tid. Høy sirkulasjon vil derimot kunne gi mange tilgang på et korttidsplassstilbud når de skrives ut fra sykehus. Selv om korttidsplassene forklarer relativt lite, har andelen korttidsplasser en betydning for antallet liggedøgn på somatiske sykehus for de eldste som er statistisk signifikant, også når vi kontrollerer for en rekke andre relevante variabler. Jo høyere andel korttidsplasser, jo færre liggedøgn. Dette er i tråd med hypotesen vi la til grunn, og styrker også funn fra andre norske studier som er gjennomført med andre typer data. Sammenhengen er svak,

men den går i forventet retning.

KONKLUSJON

Resultatene i denne artikkelen er basert på data fra 2010 og 2011, det vil si før Samhandlingsreformen ble satt i virksomhet. Det virker imidlertid rimelig å anta at betydningen av korttidsplasser vil tilta under denne reformen. Det kommunale medfinansieringsansvaret, de sentrale myndighetenes vektlegging av korttidsplasser og forskningen på feltet peker i retning av at kommuner som satser på korttidsplasser bør fortsette med det. Analysene i denne artikkelen, kombinert med tidligere norske studier, støtter en anbefaling til kommuner med knapp kapasitet av korttidsplasser om at de bør øke denne. Dette for å møte de utfordringer reformen medfører og de muligheter kommunale korttidsplasser gir for god pasientstrøm og dermed lavere liggetid i somatiske sykehus. Imidlertid er det fortsatt mye vi ikke vet om forholdet mellom korttidsplasser på institusjon og andre trekk ved det kommunale omsorgstilbudet når det gjelder å forklare variasjonen i «antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasienter 80 år og eldre i 2011». Kommende forskning på feltet vil med fordel kunne utprøve andre mål på tilgjengelighet og bruk av korttidsplasser enn det som har vært mulig i den foreliggende analysen. Videre vil analyser av data etter gjennomføringen av Samhandlingsreformen kunne belyse hvorvidt betydningen av korttidsplasser vil tilta. Dette er et felt i rask utvikling, og det vil være behov for studier som angriper problematikken fra ulike vinkler og med ulike data.

En stor takk til Ivar Brevik og Leif Moland for meget gode innspill underveis i arbeidet med artikkelen.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Andelen personer over 65 år i befolkningen. 2013 [Nedlastet ned 2013 14.06]; tilgjengelig på URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70828>.
2. St.meld. 47. Samhandlingsreformen (2008–2009). Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
3. St.meld. nr. 9 (1974–75). Sykehusutbygging m v i et regionalisert helsevesen. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
4. Gautun H, Grøden AS, Hermansen Å. Prioriteringsutfordringer mellom yngre og eldre brukere: Forskningsstiftelsen Fafo; 2013.
5. Gautun H, Kjerstad E, Kristiansen F. Mellom to senger?: eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. 2001.
6. NOU1992:1. Trygghet – Verdighet – Omsorg. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
7. St.meld. 25. Mestring, muligheter og mening (2005–2006). Framtidens omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
8. Kaurin M, Lossius MC. Statistikk om bruken av korttids- og rehabiliteringsplasser i kommunene. Overordnede trekk og samhandling Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt. Oslo: Helsedirektoratet 2012.
9. Torvestad S, Mikkelsen AL, Ferkingstad L, Richter T, Bjelke B, Kristoffersen E, et al. Rapport om: "Pasientforløp for eldre skrapelige pasienter" Et pilotprosjekt om samhandling mellom Haugeund kommune, Haugesund Sykehus og Høgskolen Stord/Haugesund. 2011.
10. Otterstad HK, Tønseth H. Hvordan unngå sykehjemskø. Aldring og livsløp. 2007;4:20–4.
11. Otterstad HK, Birkestrand T, Sortheberg K. Fordeling og bruk av korttidsplasser i sykehjem. Sykepleien. 2004;92:48–51.
12. Otterstad HK, Tønseth H. Sykehjemsdriften i Norge. Hva betyr dekningsgraden for sirkulasjon, pleietyngde og dødelighet? Aldring og livsløp. 2007(1).
13. Otterstad HK, Tønseth H. Store forskjeller i sykehjemsdrift og tilgjengelighet. Aldring og livsløp 2007(1).
14. Hjelmbrekke S, Løyland K, Møller G, Vardheim I. Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren: Telemarksforskning; 2011.
15. Otterstad HK. Klare for sykehjem, blir på sykehus. Sykepleien. 2009;13:56.
16. Rattsø J, Sørensen RJ. Kommunen som serviceprodusent/tjenesteyter: Hva forteller norsk kommuneforskning om kommunesektorens effektivitet?. Kommunalt selvstyre i velferdsstaten Oslo: Tano. 1997.

Lisbeth Thoresen

f.1961

Sykepleier med doktorgrad i profesjonsetikk. Førsteamanuensis ved Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold og bistilling som førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.



Empati – ulike forståelser

› Empati er et komplekst og utfordrende fenomen.

INTRODUKSJON

Hva er empati og hva trenger vi empati til? Disse spørsmålene var overskriften på en internasjonal konferanse om empati arrangert av Centrum för praktisk kunskap ved Södertörn högskola utenfor Stockholm i august 2012. Innleggene på konferansen bekreftet hva jeg har erfart gjennom egen forskning (1), og ved å lese meg inn i noen nyere forskningsbidrag og diskusjoner; at det finnes ulike forståelser av hva empati er, hvordan empati begrunnes og hva empati kan bidra til. Empati kan defineres forskjellig, men beskrives ofte som en egenskap eller evne til å forstå eller leve seg inn i andre menneskers reaksjoner og følelser, samt å kunne bli veiledet av denne forståelsen i sin væremåte og gjennom sine handlinger (2–5). Empati regnes som helt grunnleggende ved utøvelse av sykepleie (6–10). Samtidig hevdes det at empati er et misbrukt og misforstått ideal (11), at empati blir forvekslet med sympati og vennlighet (3,12), at empati er et middel til å oppnå noe (12), og at empati er et omsorgsfenomen som i for liten grad er analysert (13). En gjennomgang av 206 studier om empati i medisin faget viser at empati sjelden defineres, og at forholdet mellom en empatisk

forståelse og en faglig medisinsk forståelse i liten grad er utforsket (14). Det er min antakelse at det også blant sykepleiere eksisterer ulike og til dels lite gjennomtenkte oppfatninger av hva empati med pasienten handler om. Hensikten med denne artikkelen er å redegjøre for noen ulike teoretiske posisjoner, forskningsbidrag og diskusjoner omkring empati. Jeg vil fremheve noen problemstillinger som empatiforskningen bidrar til, og som jeg mener er særlig relevante for sykepleiefaget.

MATERIALE OG METODE

Empatiforskningen har fått en fornyet interesse (15), og den finner sted innenfor ulike fag som filosofi, psykologi, medisin- og helsefag, og kognitiv vitenskap. Litteraturen som det refereres til i artikkelen, bygger ikke på et systematisk litteratursøk, men på interesse for helsefaglig litteratur på feltet. Jeg har tidligere utforsket empati i sykepleieres arbeid på hospice (1), og denne studien, samt etikkundervisning for bachelor- og masterstudenter, bidrar til nærmest daglig omgang med teori om etikk og empati. Referansene som presenteres er aktuelle og har relevans for sykepleiefaglig praksis, samt at de kan forstås som

uttrykk for en faglig posisjon eller et teoretisk perspektiv på fenomenet empati. Metoden er en nærløsning av de aktuelle referansene. Det innebærer en lesning av, så langt teksten kan svare, hvordan empati defineres eller forstås, hvordan empatiforståelsen forankres i forskning og hvilke implikasjoner empatiforståelsen har for praksis.

DEN EMPATISKE SYKEPLEIEREN

I sykepleie tematiseres empati som en del av fagets grunnlagstenkning (16), som et etisk anliggende (5,7,17–19) og som betydningsfullt for hensiktsmessig kommunikasjon med pasienten (8). Empati omtales innenfor sykepleiens grunnlagstenkning, særlig når relasjonen mellom sykepleier og pasient beskrives (16). Aranda og Street (20) hevder at konstruksjonen av det relasjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient bygger på psykologiforskning på 1950-tallet. Denne forskningen var opptatt av å studere hvordan empati kunne være et verktøy for å bedre kontakten og forståelsen mellom psykolog og klient (3). Gjennom denne forskningen kom pasienten til å fremstå som et mer komplekst subjekt. Framveksten av ulike sykepleieteorier nærte seg



Forholdet mellom empati og medisinsk kunnskap og praksis er mangelfullt og uklart behandlet.

av den nye kunnskapen, og en mer individuell og relasjonell sykepleie kom i sentrum (20–27). Sykepleiens relasjonelle aspekter tillegges fortsatt stor betydning, og evnen til empati beskrives som avgjørende for at pasienter skal kjenne seg ivaretatt (16). Empati handler om å forstå pasienten og hans og hennes situasjon og behov; det personlig opplevde og de subjektive erfaringene (7). Det hevdes at empati gjør faglige vurderinger mer kvalifiserte og bidrar til å ivareta pasientens verdighet (16). I nyere norsk sykepleielitteratur differensieres det mellom affektiv og kognitiv empati og her støtter man seg til psykologiforskning (7,16). Affektiv empati innebærer at sykepleieren berøres følelsesmessig av pasientens smerte eller andre former for ubehag (7,9,27). Dette er en spontan empati, en umiddelbar berøret. Evnen til å bli berørt omtales som betydningsfull for moralsk dømmekraft og handling (7,17). Kognitiv empati innebærer at minner om lignende opplevelser, tidligere erfaringer, sanseintrykk og teoretisk kunnskap spiller inn i den forståelsen som dannes i sykepleieren (3, 7). Moden eller voksen empati innebærer at sykepleieren er i stand til å balansere mellom for mye og for lite innlevelse i pasientens situasjon (3,7,28).

I dag tilbyr man ulike utdanningsstilbud i empatisk kommunikasjon og atferd (29, 30). Dette viser at empati også kan forstås som en sentral, profesjonell kommunikasjonsferdighet som kan utvikles (8, 31–33). Ifølge Sandvik

(28) er det flere studier som viser at å trene på det som kalles for oppmerksomt nærvær (mindfulness) fører til økt evne til empati. Mentalisering presenteres som en nøkkelkompetanse når det gjelder å forstå seg selv og andre, og innholdet i dette begrepet ligger også nært empatien (34).

EMPATI SOM FORTOLKNING

I Reidar Pedersens avhandling fra 2010, *Empathy in medicine. A philosophical hermeneutic reflection* (14), utforskes medisinsens empatibegrep og empatiforståelse. Pedersens analyse av mer enn 200 studier viser at forholdet mellom empati og medisinsk kunnskap og praksis er mangelfullt og uklart behandlet. Gjennom Pedersens forskning blir det tydelig hvordan idealet om objektivitet i medisinsk praksis gjør seg gjeldende også når empati er tema. Dette innebærer liten grad av oppmerksomhet omkring den subjektive dimensjonen i legens empati med pasienten. Det er også lite forskning på forholdet mellom empati og andre medisinske forståelsesmåter. Empatien blir et «mykt», humanistisk tillegg til de mer vitenskapelige og «tunge» medisinske fagene. Ved å ta i bruk Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutikk, argumenterer Pedersen for at det er nødvendig å innlemme legers subjektive fortolkning som del av en empatisk forståelse, men også som betydningsfull for klinisk forståelse. Om Gadamer's tenkning tas i bruk i medisinsk praksis, innebærer det at legers kliniske arbeid generelt, og empati

spesielt, kan forstås som formet av legens erfaring, tenkemåter, medisinsk kunnskap og ferdigheter, og praksisen den inngår i. Det viktige poenget er at medisinsk kunnskap ikke er tilstrekkelig for å kunne yte god hjelp, og at man må være seg bevisst at enhver forståelse og empati med pasienten innebærer en fortolkning.

NEVROVITENSKAPENS BIDRAG

Oppdagelsen av speilnevrons-systemer tidlig på 1990-tallet regnes som et betydningsfullt nevrovitenskapelig forskningsbidrag til forståelsen av hva empati er (15,35). Speilnevroner er en spesialisert type nerveceller i den motoriske delen av hjernebarken. Speilnevrons-systemet ble identifisert av en gruppe forskere i Nord-Italia, som brukte aper til å kartlegge hvilke områder i hjernen som ble aktivisert ved motorisk bevegelse. Elektroder var plassert i apens hjerne, i det motoriske området i hjernebarken, og hver gang apen strakte ut en hånd for å ta en matbit ble et elektrisk signal sendt fra en nervecelle ved elektroden, via en forsterker til en høyttaler som ga lyd. En dag da en av forsknings-assistentene puttete mat i munnen, ga høyttaleren lyd. Dette var overraskende fordi det innebar at det samme nevronet som fyrte i den motoriske delen av apens hjerne når apen førte en matbit til munnen, også fyrte når apen observerte assistenten gjøre den samme målrettede bevegelsen. Denne studien samt senere forskning har konkludert med noe av det samme. Det eksisterer et speilnev-



ronssystem som reagerer når vi ser andre mennesker gjøre bevegelser vi gjenkjenner (11,15,36). Hjernene til den som observerer en bevegelse kopierer de elektriske signalene som skapte den opprinnelige bevegelsen, for eksempel det opprinnelige smilet. De elektriske signalene hos den som observerer analyseres i det limbiske system som gjenkjenner følelsen forbundet med bevegelsen. Den gjenkjente følelsen blir bevisst hos den som observerer, og det skjer en gjenspeiling av den følelsen som skapte den opprinnelige bevegelsen (36). Det hevdes at all mellommenneskelig forståelse er grunnet i denne automatiske og ubevisste kropps-

lige simuleringen, og at oppdagelsen av speilnevronene har bidratt til en ny forståelse av menneskelig samhandling og kommunikasjon – og av hva empati er (15,35). Sveneaeus (11) omtaler speilnevronene som det som gjør at kroppene våre leser hverandre innen vi rekker å tenke og tolke. Det pågår i dag en interessant diskusjon om forholdet mellom nevrovitenskapelige funn og fenomenologisk tenkning omkring empati, se for eksempel Gallese (37) og Zahavi (15).

FENOMENOLOGISKE PERSPEKTIVER PÅ EMPATI

Fenomenologiske tenkere har på ulike måter bidratt til en sam-

tale om hva det vil si å forstå andre, og hva empati er (38–40). Edith Stein (38,40–42), som var Edmund Husserls assistent, beskriver empati som en spesiell intensjonalitet eller rettethet mot den andre. Den danske fenomenologen Dan Zahavi (15,40) sier at empatisk intensjonalitet er en av mange forståelsesformer og ikke den mest grunnleggende. Det er noe som kommer først, noe som er så naturlig for oss at vi ikke undrer oss over dets betydning eller på hvilke måter det bidrar til forståelse, sammenheng og mening. Det er særlig betydningen av livsverden og av kroppen som den måten vi er til stede i verden på, fenome-



Forståelsen av empati som noe som kan læres kan bidra til å forenkle et komplekst fenomen.

nologiske tenkere gjør oss oppmerksomme på. Livsverden er den verden vi lever i; hverdagsverden, den verden vi tar for gitt, den vi er fortrolige med (40). I fenomenologien gis det konkrete og virkelige hverdagslivet betydning, ikke minst som en helt grunnleggende forutsetning for noe felles gjenkjennelig mellom mennesker (43). Men man kan ikke snakke om verden uten å henvise til kroppen i verden. Enhver erfaring vi har av hverandre er betinget av kroppen (11,40). Det fenomenologiske språket om forholdet mellom verden og kroppen kan fremstå som abstrakt og fremmed, men i denne sammenheng vil jeg fremheve en veldig konkret dimensjon ved det kroppslige; at det er som synlige kroppslige mennesker vi kan se hverandre og bli tilgjengelige for hverandre. Å stille spørsmål ved om og hvordan man kan forstå hverandre blir dermed et misforstått spørsmål (41).

Den danske fenomenologen Dan Zahavi har viet mye oppmerksomhet til fenomenet empati, og hva som gjør det mulig å ha et (forstående og empatisk) forhold til andre. Hans påstand er at sosiale relasjoner ikke kan reduseres til å handle om det konkrete møte mellom to personer, og en spesiell empatisk rettethet i dette møtet. Forbindelsen mellom oss er gjort mulig på ulike måter, den andre er tilgjengelig for meg. Samtidig framheves forskjellen mellom det å erkjenne og forstå seg selv, og det å se og forstå den andre. I dette ligger en særlig viktig etisk utfordring (40,41).

DISKUSJON

Hva er empati og hva trenger vi empati til? Spørsmålene som ble stilt på empatikonferansen i Stockholm ga like mange svar som det var forskere til stede. Denne artikkelen har heller ikke ambisjoner om å kunne svare entydig på disse spørsmålene. Tvert om er noe av hensikten å vise at det å forstå andre mennesker, og det å ha en slags tilgang til andres liv og følelser kan forklares og drøftes ut fra ganske ulike faglige ståsted og perspektiver. I tillegg til at ulike teoretiske posisjoner kan utfordre hverandre. Med utgangspunkt i presentasjonen over vil jeg fremheve tre temaer som jeg mener er viktige i en sykepleiefaglig samtale om empati. Det første er forholdet mellom empati som noe allment og gitt, og empati forstått som et terapeutisk verktøy eller metode. Det andre er forholdet mellom empati og fortolkning, og det tredje er empati og etikk.

I sykepleielitteraturen som er omtalt i denne artikkelen, blir empati forstått som en evne som kan foredles, en evne som kan føre til mer kvalifisert og treffsikker sykepleie og omsorg for pasienten (16). Empati er et profesjonelt anliggende som kan læres, oppøves og styrkes gjennom erfaring og gjennom egne opplæringstilbud. Den norske filosofen Kari Martinsen bruker ikke begrepet empati i det hun skriver om omsorg, relasjoner og etikk. Samtidig er Martinsens beskrivelse av utfordringen ved å være sansende og oppmerksomt til stede, å være mottakelig, berørt og beveget av pasienten (44,

45), opplagt relevant. Slik jeg forstår Martinsen handler sansningen ikke om å etablere noe relasjonelt, sansningen er ikke et verktøy eller en teknikk for å oppnå noe (44). Nei, sansningen er gitt som en del av det å være menneske, og er vår tilgang til pasienten. Når sykepleieren er i rommet med pasienten, ser, sanser, merker, kjenner, erfarer han eller hun pasienten. Det er rett og slett ikke mulig å ikke-sanse, eller ikke-være i relasjonen. Også livsverdensfenomenologien handler om noen grunnleggende livskår; om en forståelse, fortrolighet og mening som finnes i livet før vi begynner å forske på dets fenomener – for eksempel empati. Livsverdens førvitenskapelige evidens som Husserl legger vekt på, handler om noen gitte grunnstrukturer ved livet; deriblant det sosiale og det felles gjenkjennelig mellom mennesker. Med Martinsen og Husserl framheves noe grunnleggende intersubjektivt, en mellommenneskelig forståelse, noe som kommer før empatien. Det innebærer at i det profesjonelle møtet med pasienten, vil den grunnleggende forståelsen av pasienten ha som sitt utgangspunkt noe allment, noe som mennesker deler og er sammen om. Dette handler ikke om abstrakte størrelser men om svært konkrete forhold som rommet, tiden, kroppen, andre mennesker, kultur og samfunn.

Et viktig spørsmål er hvor langt den grunnleggende forståelse og fortroligheten bærer? Er ikke nettopp sykdom, uforutsette livshendelser og behov for helsehjelp brudd på det vante og kjente?

Fordrer ikke pasientens tydelige smerte noe mer enn den forståelsen som ligger i den vante sosialiteten, og er det ikke nødvendig å utvikle evnen til å forstå pasienten slik at den blir mer finslippt og treffsikker? Vil ikke opplæring i mindfulness og mentalisering eller kurs i empatisk kommunikasjon (46,47) gjøre at våre pasienter kjenner seg bedre forstått og ivaretatt? Det poenget jeg ønsker å få frem er at økt vekt på teknikker og metoder kan gjøre at vi overser hvordan det allerede eksisterer mening og forståelse mellom oss, og at forståelsen av empati som noe som kan læres kan bidra til å forenkle et komplekst fenomen. Det er også nærliggende å spørre om kommunikasjonsteknikker kan forføre pasienten, slik at han eller hun åpner seg, eller forteller mer enn de egentlig ønsker, mer enn hva situasjonen krever.

Fortolkningen som Pedersen framhever, og som også Martinsen (44) viser til, er etter min mening opplagt til stede i ethvert sosialt møte. Fortolkningen og dermed forståelsen, også den empatiske, er subjektiv og ikke objektiv. Den enkelte sykepleiers fortolkende empati med pasienten er nettopp dette – en subjektiv fortolkning. Forståelsen av pasienten, og av hva som står på spill er formet av sykepleierens kunnskap, erfaringer, verdier og den særegne relasjonen til nettopp denne pasienten. Dette må bety at den empatiske forståelsen og den empatiske responsen avhenger av hvem sykepleieren er, og at ulike sykepleiere kan forstå og respondere ulikt på pasienten.

Om flere forståelser og oppfatninger av pasientens situasjon kan komme til uttrykk i sykepleiefaglig praksis, kan det bidra til et mer nyansert og rikere bilde av pasienten.

La meg vende tilbake til det første temaet for drøftingen; forholdet mellom empati som noe allment og gitt og empati som metode og verktøy. Her gjorde jeg et poeng av at det er det allmennmenneskelige, det vi har til felles, som er grunnlaget for all forståelse. I det tredje tema, som handler om empati og etikk, utfordres et slikt synspunkt. I sykepleielitteraturen viser man til hvordan empati handler om tilgang til den andre, og at dette er noe som er betydningsfullt for moralsk dømmekraft og handling (7,17). Mens fenomenologiske tenkere som Jean Paul Sartre og Emanuel Levinas er svært kritiske til ethvert forsøk på å snakke frem forståelser og likhet mellom mennesker (40). Ifølge Levinas er det som gir etisk kraft til møtet med andre først og fremst den andres annerledeshet og fremmedhet, og ikke tilgang eller forståelse. Sartre gjør det heller ikke enkelt for oss når han hevder at det som kjennetegner vårt samvær med andre er flyktighet, utilgjengelighet og konfrontasjon (41). Slike talemåter er fjernt fra hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient omtales i mye av sykepleielitteraturen. Spørsmålet er likevel om det ikke er noe svært betydningsfullt å hente for vårt fag om vi våger å ta på alvor og reflektere over hva annerledeshet og utilgjengelighet kan innebære. Dette

kan være viktig, for eksempel i det forebyggende arbeidet i kommunen, i måten vi omtaler pårørende eller i møtet med den skrøpelige pasienten i hjemmesykepleien. Svenaeus (11) framholder betydningen både av det fremmede og det kjente når han sier at det som kjennetegner empati er at man er i stand til å forstå den andres perspektiv. Det som gjør forståelse mulig er likheten, det vi har til felles, det allmenne eller gitte. Samtidig er forståelsen aldri fullstendig. Det som hindrer forståelse er vår unikhet; det at vi er ulike. I sykepleielitteraturen framheves balansen mellom for mye og for lite involvering som en utfordring når vi snakker om empati. Dette er selvfølgelig viktig. Men kanskje vi i enda større grad også skulle snakke om forholdet mellom det vi kan forstå, og det som ikke er til å forstå, men som vi likevel må vise respekt for (11).

AVSLUTNING

Gjennom å presentere og diskutere noen ulike teoretiske empatiposisjoner har min hensikt vært å formidle hvordan empati er et komplekst, rikt og utfordrende begrep og fenomen. I egen forskning har jeg argumentert for at det, i tillegg til en forstående empatisk respons fra sykepleier også finnes andre meningsbærende strukturer på en sykehusavdeling (hospice) (1). Empiriske beskrivelser av liv og hverdag bekrefter Zahavi's påstand om at forståelse kommer i mange ulike former. Empati er med andre ord ikke et begrep eller fenomen som lar seg

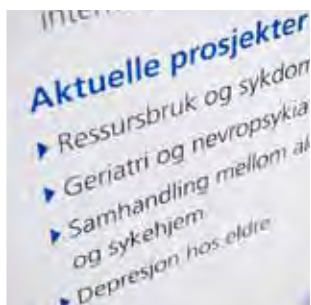


Det som hindrer forståelse er vår unikhhet.

fange eller beskrive entydig. Slik er det antakelig med livet også – og med de pasientene vi møter.

REFERANSER

1. **Thoresen L.** Empati og intersubjektivitet En studie av hospicesykepleie. PhD avhandling. Universitetet i Oslo. Det teologiske fakultet. 2008.
2. **Svarre HM.** Empati – operasjonalisering av den empatiske holdning. I red.: Kaasa S, editor. Palliativ behandling og pleie. Ad Notam Gyldedal. Oslo. 1998.
3. **Holm U.** Empati Å forstå menneskers følelser. Gyldendal akademisk. Oslo. 2005.
4. **Bastiansen A, Nafstad HE.** Det Omsorgsfulle mennesket. Gyldendal akademisk. Oslo. 2004.
5. **Nortvedt P, Slettebø Å.** Etikkk for helsefagene. Gyldendal akademisk. Oslo. 2006. 220.
6. **Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A.** Grunnleggende sykepleie. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2011.
7. **Nortvedt P.** Omtanke: en innføring i sykepleiens etikkk. Gyldendal akademisk. Oslo. 2012.
8. **Eide H, Eide T.** Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikkk. Gyldendal akademisk. Oslo. 2007.
9. **Sneltvedt T.** Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I red. Brinchmann BS. Etikkk i sykepleien. Gyldendal akademisk. Oslo. 2005. s. 135–48.
10. **Agledahl KM.** Morally bound medical work. ISM skriftserie. Universitetet i Tromsø. Tromsø. 2011.
11. **Svenaues F.** Autonomi och empati: två missbrukade och missförstådda ideal. I red.: Alsterdal L. Omtankar Praktisk kunnskap i äldreomsorg. Södertörn Högskola. Stockholm. 2011. s. 194–219.
12. **Wackerhausen S.** Den gode vilje og magtens empati. I red.: Ploug Hansen H. Omsorg, krop og død: Gyldendal. Oslo. 1998.
13. **Seymour J.** What's in a name? A concept analysis of key terms in palliative care nursing. I red.: Payne S, Seymour J, Ingleton C. Palliative care nursing. Open University Press. Maidenhead. 2004. s. 55–74.
14. **Pedersen R.** Empathy in medicine: a philosophical hermeneutic reflection. PhD avhandling, Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet. Unipub. Oslo. 2010.
15. **Zahavi D.** Empathy and mirroring: Husserl and Gallese. I red: Breeur R, Melle U. Life, Subjectivity & Art Essays in Honor of Rudolf Bernet. Springer. 2012. p. 217–54.
16. **Kristoffersen NJ, Nortvedt P.** Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I red.: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie bind 1. Gyldendal akademisk. Oslo. 2011. s. 84–133.
17. **Henriksen J-O, Vetlesen AJ.** Nærhet og distanse Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Ad notam Gyldendal. Oslo. 1997.
18. **Brinchmann BS.** Etikkk i sykepleien. Gyldendal akademisk. Oslo. 2005.
19. **Johannessen KI, Roalkvam S, Molven O, Aakre M.** Godt, rett, rettfærdig. Etikkk for sykepleiere. Akribe. Oslo. 2007.
20. **Aranda S, Street A.** Being authentic and being a chameleon: nurse-patient interaction revisited. Nursing Inquiry. 1999;6:75–85.
21. **Luker KA, Austin L, Caress A, Hallett CE, Luker KA.** The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. Journal of Advanced Nursing. 2000;31:775–82.
22. **Barnard A, Hollingun C, Hartfiel B.** Going on a journey: understanding palliative care nursing. International Journal of Palliative Nursing. 2006;12: 6–12.
23. **Wengstrom Y, Ekedahl M.** The art of professional development and caring in cancer nursing. Nursing and Health Sciences. 2006;8:20–6.
24. **Hartrick G.** Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. J Adv Nurs. 1997;26:523–8.
25. **Dauidsen-Nielsen M.** Nogle har talentet i vuggegave. Sygeplejersken. 1999;22:16
26. **Utriainen T.** The modern Pietà – Gendered embodiment and the religious imaginary by the side of the dying. In ed. Keenan W, Arwck E. Materializing religion. University of Helsinki. 2006.
27. **Sneltvedt T.** Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte. Vård i Norden. 2004;24:36–40.
28. **Sandvik BA.** Mindfulness – det oppmerksomme nærvær. Sykepleien Forskning. 2011;3:274–81.
29. **Gyldendal Forlag.** Empatisk kommunikasjon. (lasted ned 10.10. 2012). Available from: <http://ndla.no/nb/node/21950>.
30. **Tvedt AG.** Empatisk kommunikasjon – et verktøy til utvikling av den gode samtalen. Lærings- og mestringssenteret. Vestre Viken HF; (Nedlastet 10.10. 2012). Available from: <http://www.vipweb.no/Empatisk%20kommunikasjon%20web.htm>.
31. **Eide T, Eide H.** Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikkk i sosialfaglig arbeid. Gyldendal akademisk. Oslo. 2004.
32. **Brudal LF.** Positiv psykologi: empati, flyt, kvinne og mann, humor. Fagbokforlaget. Bergen. 2006.
33. **Nerdrum P.** Training of empathic communication for helping professionals. Høgskolen i Oslo; Oslo. 2000.
34. **Skårderud F.** Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. Tidsskrift for norsk legeforening. 2008;9:1066–9.
35. **Wiben Jensen T.** Kognition og konstruksjon: to tendenser i humaniora og den offentlige debat. Samfundslitteratur. Fredriksberg. Danmark 2011. 330 s. p.
36. **Røsjø B.** Nevronene som gjenkjenner andres følelser. Forskningsbloggen. 2010. <http://forskingsbloggen.brmedia.no/#post23>
37. **Gallese V.** Neuroscience and phenomenology. Phenomenology & Mind. 2011;1:33–48.
38. **Zahavi D.** Simulation, projection and empathy. Conscious Cogn Journal. 2008;17:514–22.
39. **Zahavi D.** Empathy, Embodiment and Interpersonal Understanding: From Lipps to Schutz. Inquiry. 2010;53:285–306.
40. **Zahavi D.** Fænomenologi. Roskilde Universitetsforlag. Fredriksberg. Danmark. 2003.
41. **Zahavi D.** Subjectivity and selfhood: investigating the first – person perspective. MIT Press. Cambridge. Massachusetts 2005.
42. **Stein E.** On the problem of empathy. 2 ed. Haag. Martinus Nijhoff. 1970.
43. **Hviid Jacobsen M, Kristiansen S.** Hverdagslivet: Sociologier om det upåagtede. Hans Reitzel. København. 2005.
44. **Martinsen K, Eriksson K.** Å se og å innse om ulike former for evidens. Akribe. Oslo. 2009.
45. **Martinsen K, Kjær TA.** Løgstrup og sykepleien. Akribe. Oslo. 2012.
46. **Heidenreich KS.** Empati i lege-pasientforholdet – teknikk eller etikkk? Tidsskrift for norsk legeforening. 2001;12:1507–11.
47. **Christiansen B.** Den gode, profesjonelle samtalen – hvordan lærer sykepleierstudenter av og med hverandre? Norsk pedagogisk tidsskrift. 2006;1:17–28.



ØKER KUNNSKAP OM DEMENS I SYKEHJEM

› SAMAKS kombinerer forskning og praksis og lærer ansatte ved sykehjem mer om pasientenes symptomer.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

– Målet med prosjektet er bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem, forteller prosjektleder Wenche Nordengen og får støtte av forskningsleder Sverre Bergh.

– Vi har utviklet en modell som skal bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem.

KARTLEGGING

Alderspsykiatrisk forsknings-senter på Sanderud Sykehus på Hamar disponerer store lyse kontorer i et gult eldre trehus i utkan-ten av sykehusområdet.

– Hovedtanken er bedre utredning og kartlegging av eldre pasienter som legges inn i sykehjem, fastslår Bergh.

Bakgrunnen for prosjektet er blant annet forskning som viser at mer enn 80 prosent av eldre som bor på sykehjem har en demenslidelse. Bare halvparten av disse har

en diagnose og får derfor ikke den optimale behandlingen.

– Sykehjemmene i prosjektet forpliktet seg til å kartlegge alle pasientene, først ved innleggelse, deretter hver sjette måned i tre år, forteller Nordengen.

– Man kan ikke gi behandling før man har en diagnose, derfor er en slik kartlegging ekstremt viktig, sier Bergh.

VEILEDER

Prosjektsykepleierne reiser fast ut til tre–fire sykehjem hver og veileder de ansatte i bruk av kartleggingsverktøy og på faglige problemstillinger.

– Prosjektet har også ført til økt kunnskap om demens i sykehjemmene som deltar, mener Bergh.

– Kartleggingen gir fakta om neurologiske funksjoner og depresjoner, i tillegg til at det krever at pårørende deltar, noe som sikrer et tettere samarbeid mellom sykehjemmet og pårørende.

Begge mener prosjektet bedrer

kommunikasjonen og øker gjensidig forståelse mellom sykehus og sykehjem.

– Sykehjemmene er selv med på å definere problemområder og hva vi skal fokusere på det nærmeste halvåret, forteller Nordengen.

– Det er viktig å ta utgangspunkt i de problemstillingene kommunen selv anser som viktige.

TETT KONTAKT

Hun mener SAMAKS er et godt eksempel på at det går an å kombinere forskning og praksis på en vellykket måte.

– Det at projektsykepleierne besøker sykehjemmene fast gir økt tilgjengelighet og forutsigbarhet for sykehjemmene, samtidig som det blir en tettere kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

– *Har dere møtt noen hindringer?*

– Ja, mange ansatte på sykehjem opplever kartleggingen som vanskelig i begynnelsen, men de fleste ser nytteverdien veldig



› **FRUKTBART SAMARBEID:** Wenche Nordengene og Sverre Bergh mener SAMAKS-prosjektet bidrar til at pasienter på sykehjem får mer målrettet behandling.

raskt og synes det går greit når de har gjort det noen ganger, sier Nordengen.

– Noen opplever nok også at kartleggingen fører til merarbeid fordi man avdekker symptomer og problemområder man ellers ikke ville sett.

Det varierer også fra sykehjem til sykehjem hvor godt prosjektet fungerer.

– Det handler mye om innstillingen ledelsen ved sykehjemmet og sykehjemslegen har til prosjektet.

– Vi opplever det å få sykehjemslegene på banen som en av de viktigste barrierene i prosjektet. Interessen er der, men de har for eksempel ikke fått opplæring i kartleggingssystemet.

GAVEPAKKE

Både Nordengen og Bergh håper sykehjemslegene vil få øynene opp for det de mener er en gavepakke.

– Kartleggingen gjør det jo veldig mye lettere for legen å stille en diagnose på pasientene.

– *Hva er prosjektets største gevinster?*

– Først og fremst at de ansatte ved sykehjemmene ser nytteverdien av å kartlegge pasientene, sier Nordengen.

– Kartleggingen gjør at vi kommer bort fra «synsingen» om pasientens helsetilstand og over til et mer faktabasert behandlingsopplegg, påpeker Bergh.

De mener veiledningen fra prosjektsykepleierne gjør at man kan gjøre mer for pasientene enn tidligere.

MINDRE MEDISINER

– Mange pasienter har atferds- og psykologiske symptomer ved demens (APSD) og vi ser at sykehjemmene som deltar i prosjektet bruker mindre medisiner og mer miljørettede tiltak nå enn før prosjektet startet, sier Bergh.

Dette mener han er positivt selv om gruppene ikke er helt sammenliknbare; de som har vært innlagt lenge sammenliknes med dem som legges inn.

– Vi vet heller ikke om det å gå bort fra medisiner og over til miljøbehandling er en generell tendens innenfor alderspsykiatrien.

Håpet er at også hjemmesykepleien skal delta i SAMAKS på sikt.

– Vi vet at mange med demenssykdom bor hjemme. Det er viktig at også hjemmeboende pasienter kartlegges slik at de kan få en diagnose og tilpasset behandling.

SAMAKS:

Samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling og sykehjem

Startet opp i 2010 med 12 kommuner i Gudbrandsdalen.

Prosjektet ble utvidet i 2011.

Nå deltar 24 kommuner i prosjektet som organiseres av Alderspsykiatrisk avdeling, Sandefjord Sykehus.

Åtte prosjektsykepleiere og en lege/psykiater er ansatt i prosjektet.

SMERTEFORSKERE

› Christine Miaskowski og Bradley Aouizerat undersøker om det er en genetisk sammenheng hos brystkreftpasienter med kroniske smerter.

Christine Miaskowski

Professor i sykepleie og forskningsleder.

Bradley Aouizerat

Genetiker.

Begge er ansatt ved Universitetet i California.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

De to har kommet fra San Francisco til Norge for å dele kunnskapen sin med norske sykepleiere. Miaskowski er professor i sykepleie og forskningsleder ved Universitetet i California (UCSF). Samarbeidet med Aouizerat, som er genetiker, har ført forsknings-

operasjon, men legene mente hun var fysisk frisk og hadde henvist henne videre til psykiater. Hun sa hun ville ta sitt eget liv hvis ikke vi kunne hjelpe henne.

Miaskowski er usikker på hvorfor legene ikke tar kroniske smerter hos brystkreftpasienter på alvor.

– Det handler antakelig om at kirurgene anser pasientene som friske når kreften er fjernet. De

– Hele 60 prosent av kvinnene som deltok i studien hadde smerter, forteller Miaskowski.

– Vi grupperte kvinnene etter hvor de hadde smerter samt smertenes varighet og intensitet og prøvde å se om vi fant noen sammenheng. Noe av det viktigste vi fant var at smerter før operasjonen og sterke smerter etter operasjonen ser ut til å økte risikoen for kroniske smerter. Et annet interessant funn var at veldig få av kvinnene i studien brukte smertestillende medikamenter.

– *Hvorfor var det så få som tok smertestillende?*

– Det vet vi ikke. Men det vi vet er at mange mennesker generelt sett kvier seg for å ta smertestillende. Redsel for avhengighet kan være en forklaring, en annen er at mange ser på smerter som en del av livet; som noe man bare må takle eller holde ut, sier Aouizerat.

GENETISK SAMMENHENG

– *Er ikke smerter svært subjektivt og vanskelig å måle?*

– Opplevelsen av smerter er subjektiv, men vi kan måle smertens varighet og hvor i

” – Få av kvinnene i studien brukte smertestillende medikamenter.

prosjektet Miaskowski leder inn på en ny og spennende arena.

– Jeg har jobbet med kroniske smertepasienter siden 70-tallet forteller Miaskowski.

PÅVIRKER LIVSKVALITET

En hendelse på slutten av 70-tallet gjorde varig inntrykk på henne og har vært med på å prege hennes faglige veivalg.

– Vi fikk inn en kvinnelig pasient i sekstiårene som ikke kunne bevege skulderen. Hun levde med kroniske smerter etter brystkreft-

ser på smerter som et underordnet problem, men kroniske smerter får store konsekvenser for pasientenes livskvalitet.

FÅ TOK SMERTESTILLENDEN

Miaskowski leder en stor tverrfaglig forskningsgruppe og i desember 2012 publiserte de resultatene av en omfattende studie i «The Journal of Pain». Fire hundre pasienter som hadde operert for brystkreft deltok.

– *Hva var de viktigste funnene i undersøkelsen?*



› **PÅ FORSKNINGSBESØK:** Christine Miaskowski og Bradley Aouizerat lånte kontorplasser på Ullevål Sykehus, under sitt to uker lange Oslo-opphold.

kroppen den sitter, sier Miaskowski.

– Vi vet at pasientene har smerter, men vi har ingen annen god måte å kartlegge dem på enn å spørre pasientene selv.

Bradley Aouizerat er i ferd med å undersøke hvorvidt det er noen genetisk sammenheng mellom kvinnene i de forskjellige smertegruppene.

– Vi har lenge trodd at smerter kan være arvelige, men det er først i de senere år vi for alvor har begynt å forske på dette, forteller han.

– Hvis vi finner en genetisk sammenheng, kan vi forutse hvem som er disponert for kroniske smerter og gi bedre tilpasset behandling, samt bidra til å forebygge smertene.

Ifølge Aouizerat var det tilfeldig at han ble med i Miaskowskis forskningsgruppe.

– Jeg holdt til i samme bygning og kjente til noen av forskerne som jobbet med Christine, forteller han.

– Jeg ønsket å jobbe mer pasientnært, og da jeg leste noen av artiklene deres fant jeg ut at de

” – Å jobbe sammen med forskere med annen fagbakgrunn er interessant og berikende.

jobbet med akkurat slike problemstillinger jeg selv ønsket å jobbe med. Pasienter som lever med kroniske smerter er en stor og stadig økende gruppe, og det er meningsfylt å jobbe med å bedre disse pasientenes livskvalitet.

TVERRFAGLIG

Miaskowski framhever verdien i å jobbe sammen i en stor tverrfaglig forskningsgruppe.

– Å jobbe sammen med forskere med annen fagbakgrunn er interessant og berikende og gjør at jeg alltid ser frem til forskningsmøtene våre sier hun.

– Vår gruppe består blant annet av sykepleiere, fysioterapeuter, leger og genetiker og det er alltid spennende å høre sakene belyst fra et annet faglig perspektiv enn sitt eget.

Hun mener at å jobbe tverrfaglig og i større grupper med felles forskningsprosjekter er dynamisk og fremmer forskningen.

– Jeg mener samarbeidet vårt

bidrar til at vi gjør større funn på et tidligere tidspunkt enn vi ellers ville gjort.

Miaskowski tror at språk kan være en av barrierene forskere har mot å jobbe tverrfaglig.

– Alle faggrupper snakker sitt eget fagspråk, så det er viktig at man setter seg inn i hverandres terminologi.

– Den ensomme forskeren som bare tar ansvar for seg selv og sin egen forskning er på vei ut.

Et annet fruktbart samarbeid for Miaskowski er med sykepleiere i klinikken.

– Jeg pleier alltid å evaluere forskningsprosjektene mine blant sykepleiere i praksis, det gir meg alltid enda bedre ideer.

Miaskowski og Aouizerat ble intervjuet da de var på norgesbesøk for å undervise og diskutere forskningen sin med samarbeidspartnere ved Universitetet i Oslo, Oslo universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

VARIABELTYPER OG DIKOTOME

Vi skal se nærmere på hvordan vi kan bruke statistikk når forskjeller og endringer måles på en diskontinuerlig skala.

I tidligere utgaver av Sykepleien Forskning har vi sett nærmere på betydningen av statistiske begrep som populasjon, utvalg, sammenlikning, konfidensintervall, hypotesetest og p-verdier (1-3). Vi har tidligere konsentrert oss om størrelser som kan måles på kontinuerlige skalaer som vekt og avstand, men det er mye som ikke kan måles på en kontinuerlig skala.

> KONTINUERLIGE VARIABLE

Tenk at du er hos fastlegen og får beskjed om blodtrykket ditt er litt høyere enn det som anses som optimalt. Heldigvis finnes det medisiner som kan bidra til å redusere blodtrykket. Én studie viser for eksempel at ramipril kan redusere systolisk og diastolisk blodtrykk med henholdsvis 3,8 mmHg og 2,8 mmHg i gjennomsnitt (4). Blodtrykk er eksempel på et mål som måles på en kontinuerlig skala, og selv om en blodtryksreduksjon er vel og bra vil mange være enig i at lavere blodtrykk ikke er et mål i seg selv. Det å redusere blodtrykket er først og fremst viktig fordi vi håper at lavere blodtrykk skal redusere risikoen for å oppleve alvorlige hendelser som hjerneslag, hjerteinfarkt eller død. Med det er vi over på temaet for denne teksten, for slike hendelser kan ikke måles i meter, kilo eller andre kontinuerlige utfall – hendelsene er med andre ord diskontinuerlige.

> KATEGORISKE VARIABLER

Selv om vi ikke kan snakke om kontinuitet kan hjerneslag likevel klassifiseres eller telles på ulike måter. Vi kan kategorisere personer som har fått hjerneslag basert på grad av funksjonstap, ofte kalt flerkategorivariabel. Hvis vi derimot stiller spørsmål om hvor mange som har fått påvist et hjerneslag må vi nøye oss med to kategorier, for enten har du fått påvist et hjerneslag eller også har du det ikke.

Dette blir enda tydeligere når vi sammenlikner dødsfall. Enten lever pasienter eller så er pasienten død. Én og samme pasient kan ikke være både død og levende på ett og samme tidspunkt. Slike «enten eller» tellinger omtales ofte som en to-kategori (dikotom) variabel.

> 2×2 TABELLER

Blodtrykkstudien nevnt over er en stor studie der forfatterne fordelte nesten 10.000 pasienter i to grupper som fikk henholdsvis ramipril og narremedisin (4). De målte om blodtrykket endret seg, men registrerte også hvor mange som døde av hjerneslag i hver av de to gruppene mens studien pågikk. Disse resultatene kan oppsummeres av fire enkeltstående tall i en 2×2 tabell (se tabell 1). Med bare fire tall tilgjengelig skulle en kanskje tro at mulighetene for å drive analyse og tallmagi er begrenset, men som vi skal se kan disse fire tallene kombineres på veldig mange måter og forvolde en del hodebry.

TABELL 1: Eksempel på en 2×2 tabell basert på resultater i en randomisert kontrollert studie med 9297 deltakere som undersøker om ramipril bidrar til å redusere risiko for hjerneslag og død (4).

		Behandling	
		Ramipril	Placebo
Status (Etter 4 år)	Ikke død av hjerneslag	4628	4608
	Død av hjerneslag	17	44

EFFEKT MÅL



> RISIKO

La oss starte med å se nærmere på begrepet som mange har et intuitivt forhold til. Vi går inn i tabell 1 og ser at i alt 4645 personer fikk ramipril (4628+17). 17 av dem som fikk ramipril døde, det vil si at risikoen for å dø var 0,37 prosent (17/4645). Tilsvarende var risikoen for å dø 0,95 prosent (44/4652) blant dem som tilhørte placebogruppen. For hvert av disse risikoestimatene kan vi beregne konfidensintervall som sier noe om hvilket svar vi kunne forventet å få hvis vi hadde gitt medisin eller narremedisin til hele den aktuelle populasjonen istedenfor et lite utvalg, som vi jo har diskutert tidligere (2).

> ABSOLUTT RISIKOREDUKSJON

Når vi sammenlikner risiko mellom grupper ønsker vi å beregne et tall som viser størrelsen på en eventuell forskjell. I eksempelet med ramipril (tabell 1) gjør vi det ved å trekke risikoen for å dø av hjerneslag i henholdsvis narremedisin (0,95 prosent) og ramipril (0,37 prosent) fra hverandre. Tallet vi ender opp med (0,95 prosent–0,37 prosent = 0,58 prosent) kalles absolutt risikoreduksjon (ARR), og forskjellen mellom gruppene er mindre dess nærmere ARR er null. For å se om en eventuell forskjell kan forklares av tilfeldige feilkilder liker vi, som alltid, å beregne et konfidensintervall. Her går vi ikke nærmere inn på hvordan dette gjøres, og nøyer oss med å oppsummere at ARR med tilhørende konfidensintervall i vårt eksempel er 0,6 prosent (95 prosent KI 0,3–0,9).

> NNT

NNT er nært beslektet med absolutt risikoreduksjon og står for «Number Needed to Treat». Vi beregner NNT som $1/ARR$, og i vårt eksempel

er NNT altså cirka 167. Fordelene med å bruke NNT er at denne størrelsen har en intuitiv fortolkning. Tallet sier hvor mange som må behandles for å unngå utfallet hos én pasient. NNT på 167 kan fortolkes som at 167 pasienter må få ramipril gjennom fire år for å unngå ett hjerneslagsrelatert dødsfall.

> RISIKO RATIO

Absolutt risikoreduksjon bestemmes av differansen mellom risiko i to ulike grupper, men en forskjell mellom to grupper kan også framkomme hvis vi deler risikoen for å dø i intervensjonsgruppen på tilsvarende risiko i placebogruppen. Hvis du gjør denne øvelsen får du vite at risiko ratio (RR), også kalt relativ risiko, er 0,37 prosent/0,95 prosent = 0,39 med et 95 prosent konfidensintervall som strekker seg fra 0,22 til 0,68. Hvis hele den aktuelle populasjonen hadde fått ramipril så ville risikoen for dødelig hjerneslag med 95 prosent sannsynlighet vært mellom 0,22 og 0,68 ganger mindre enn hvis den samme populasjonen hadde fått narremedisin.

Generelt kan vi si at forskjellen mellom to grupper er liten så lenge risiko ratio (RR) er nær én. Hvordan du skal fortolke risiko ratioer vil imidlertid variere. Så lenge vi snakker om en negativ risiko (for eksempel risiko for død) vil små RR (mindre enn én) vise fordel i favør av intervensjonsgruppen. I statistikken snakker vi imidlertid også om positiv risiko som vi ser eksempel på i tabell 2. Tabell 2 tar utgangspunkt i en studie som undersøkte om et undervisningsprogram fikk flere nybakte mødre til å amme (5). Her ser man altså på risiko for at mødre velger å amme. Siden amming er en ønsket hendelse vil store RR (større enn én) gå i favør av intervensjonsgruppen.

TABELL 2: Eksempel på en 2x2 tabell basert på en RCT med 108 deltakere som undersøker effekt av et undervisningsprogram som skal få flere nybakte mødre til å amme (5). For å se om undervisningen virker teller vi opp og sammenligner hvor mange som ammer i hver av de to gruppene. Risiko for å amme er det vi kan kalle en positiv risiko, siden dette er hendelser vi ønsker mange av.

		Behandling	
		Under-visning	Kontroll
Status	Ammer	31	18
	Ammer ikke	20	39

> ODDS RATIO

Odds ratio (OR) er i likhet med RR et relativt mål, men istedenfor å sammenlikne risiko for en hendelse i to grupper sammenliknes oddsen for den samme hendelsen. I vårt første eksempel (tabell 1) er oddsen for slagrelatert død 0,0037 i ramiprilgruppen (17/4628) og 0,0095 i placebogruppen (44/4608), som betyr at odds ratio er $0,0037/0,0095 = 0,39$. Her gir OR altså akkurat samme svar som RR.

Basert på tabell 2 kan vi regne ut at OR er 3,4 mens tilsvarende RR er 1,9. Både OR og RR peker således i retning av at undervisningsprogrammet virker, men verdiene er forskjellig og gir ulike inntrykk av effektens størrelse. Selv om RR og OR ofte gir samme svar er det viktig å merke seg at RR og OR er ulike størrelser som kan gi ulike svar. Forskjellen mellom RR og OR blir stor hvis man ser på hendelser som opptrer hyppig (6).

> ABSOLUTE VERSUS RELATIVE MÅL

Over har vi beskrevet ulike effektmål, og kanskje har du allerede lagt merke til at svarene spriker. Rett nok viser både ARR og RR at det er større forskjeller mellom ramipril og placebogruppen enn vi kan forklare med tilfeldigheter. Det er en forskjell mellom gruppene, men ARR og RR gir ulike inntrykk av hvor stor forskjellen er. På den ene siden ser vi at den absolutte risikoen går ned med 0,6 prosent. Relativt sett reduseres risikoen fra 0,95 til 0,37 som betyr en reduksjon på 61 prosent. Ingen av måtene er feil, men de skaper helt ulike inntrykk av størrelsen på forskjellen.

Det er viktig å være klar over denne forskjellen mellom absolutte og relative mål. Dette gjelder spesielt hvis utgangsrisikoen (risiko for en hendelse i kontrollgruppen) er lav, og man bør derfor alltid se risiko ratio i sammenheng med den absolutte risikoreduksjonen (7,8).

REFERANSER

1. Brurberg KG, Hammer HL. Hvorfor trenger vi statistikk? Sykepleien Forskning. 2013;8:78–82.
2. Brurberg KG, Hammer HL. Hvorfor sammenlikne statistisk? Sykepleien Forskning. 2013;8:174–7.
3. Brurberg KG, Hammer HL. Hypotesetesting. Sykepleien Forskning. 2013;8:267–9.
4. Bosch J, Yusuf S, Pogue J, Sleight P et al. Use of ramipril in preventing stroke: double blind randomised trial. BMJ. 2002;324:699–702.
5. Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg JJ. Breast-feeding in a low-income population. Program to increase incidence and duration. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:798–803.
6. Davies HTO, Crombieb IK, Tavakoli M. When can odds ratios mislead? BMJ 1998;316:989.
7. King NB, Harper S, Young ME. Use of relative and absolute effect measures in reporting health inequalities: structured review. BMJ 2012;345:e5774.
8. Malenka DJ, Baron JA, Johansen S, Wahrenberger JW, Ross JM. The framing effect of relative and absolute risk. J Gen Intern Med 1993;8:543–8.

FORSKNING KAN GI BEDRE BEHANDLING

› Tove Granheim vil at sykepleiere skal forske mer på pasientene sine.

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

Tove Granheim
Avdelingssykepleier,
Lovisenberg Diakonale Sykehus



Tekst: **Susanne Dietrichson**

1. Hvorfor trenger vi sykepleieforskning?

– Jeg mener vi trenger sykepleieforskning, først og fremst for å forbedre pasientbehandlingen. Ved å forske på pasientene kan vi finne ut hvordan sykepleiers holdninger, handlinger og observasjoner påvirker sykdomsforløpet.

2. Hva mener du det bør forskes mer på?

– Jeg mener at sykepleier bør forske mer på pasienter, pasientopplevelser og direkte kliniske fenomener hos pasientene. Det er forsket mye på sykepleier og sentrale sykepleiebegreper som for eksempel tillit.

”” Det er gøy å forske!

Dette er også viktig, men jeg tenker det kan være nyttig å skifte fokus fra sykepleiernes til pasientenes opplevelser. Et godt eksempel på forskning med et slikt perspektiv er en australsk studie som viste at tre enkle sykepleietiltak; måling av temperatur, blodsukkernivå og svelgtest, bidro til økt overlevelse.

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

– Den som fikk meg inn i forskning var Ole Erik Iversen, overlege ved Kvinneklinikken på Haukeland sykehus og professor ved Universitetet i Bergen. Vi

samarbeidet i et internasjonalt forskningsprosjekt på vaksinasjon, han som forskningsleder og jeg administrativt. Han fikk øynene mine opp for forskning generelt, og pasientnær forskning spesielt. Han fokuserte på at forskning var nødvendig for å bedre pasientbehandling og evnet å kombinere vitenskapelig arbeid med den kliniske hverdagen. Å jobbe med ham var veldig lærerikt og inspirerende.

4. Hva bør en nyutdannet sykepleier vite om sykepleieforskning?

– Jeg synes de bør vite at det er gøy å forske! Og at det er mulig å forske på pasienter og problemstillinger sykepleiere støter på i klinikken.

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

– Det handler mye om hvordan og hvor forskning presenteres. Sykepleiere må oppleve forskningen som relevant for det de gjør og den må være tilgjengelig. Jeg tror for eksempel at mange sykepleiere leser Sykepleien Forskning. Også ledere har et ansvar her, for å formidle relevant forskning til de ansatte i sin avdeling.

6. Hvilket råd vil du gi sykepleieforskere?

– Jeg brenner for den pasientnære forskningen og mener at forskning bør integreres i avdelingen, i den kliniske hverdagen. Jeg skulle også ønske meg flere stillinger som kombinerer forskning med arbeid i klinikken.

HJELP TIL Å AVDEKKE OMSORGS AV BARN



Av **Katrine Rutgerson**,

kommunikasjonsrådgiver, Helsebiblioteket.no

Redsel for å ta feil har hindret helsepersonell i å melde fra ved mistanke om mishandling av barn. Nå er det utarbeidet fem kunnskapsbaserte fagprosedyrer som skal gjøre det lettere for helsepersonell å kjenne igjen symptomer på omsorgssvikt, mishandling og overgrep mot barn.

Prosedyrene er utarbeidet av Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Arbeidsgruppen består av helsepersonell med kompetanse som dekker alle spektre av barnemishandling og omsorgssvikt.

– Jeg begynte for alvor å interessere meg for dette da jeg skrev en avsluttende oppgave om omsorgssvikt i 1999, sier Nina M. Kynø, førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole. Hun er en av initiativtakerne til fagprosedyrene.

Kynø opplevde at mishandling av barn var et tema som mange vegret seg for å snakke om. Helsepersonell meldte også fra om usikkerhet, og at de ofte følte seg alene når mistanken meldte seg.

– Det var helt klart et behov for å tenke nytt for å sikre at barn får en faglig og kvalitetssikret oppfølging når det er mistanke om mishandling eller omsorgssvikt.

VARIERENDE PRAKSIS

Fagprosedyrer blir ofte utviklet lokalt i den enkelte sykehusavdeling. Dette betyr mye dobbeltarbeid for sykehusene og kan gi uheldig variasjon i klinisk praksis. De er også i varierende grad basert på pålitelig forskning.

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer:

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer koordineres av avdeling for kunnskapsbasert praksis i Kunnskapscenteret og Helsebiblioteket. Arbeidet er organisert i et lite sekretariat med Karin Borgen som prosjektkoordinator.

Prosedyrer som publiseres på dette nettstedet har vært gjennom normal godkjenningsordning i eget helseforetak før de brukes på pasienter.

Prosedyrene er basert på minstekravene for kunnskapsbaserte prosedyrer som er beskrevet på www.fagprosedyrer.no. Før publisering blir de gjennomgått av sekretariatet for å se om de tilfredsstiller kravene som beskrevet i skjemaet «Kvalitetsvurdering av faglige prosedyrer og retningslinjer».

Råd for nasjonalt prosedyreprosjekt har møtet to-tre ganger i året og består av en representant for de helseforetakene og kommunene som er innmeldt. Innmelding er frivillig og kan gjøres på nettsiden for fagprosedyrer. Alle helseforetak og kommuner er velkomne til å delta og utvikle delekultur for fagprosedyrer videre.

Fagprosedyrene er tilgjengelige på www.fagprosedyrer.no.

– Ved å koordinere og kvalitetssikre arbeidet med fagprosedyrer, og dele disse, unngår man dobbeltarbeid og får bedre kvalitet på innholdet. Vi samarbeidet med erfarne fagpersoner innen sykepleie, pediatri, barnevern og politidirektoratet da vi utarbeidet prosedyrene for omsorgssvikt og mishandling, forteller Kynø.

SVIKT OG MISHANDLING





Fagprosedyrene er delt inn i fem kategorier og omfatter omsorgssvikt, fysisk og psykisk mishandling og seksuelle overgrep. Det er utarbeidet en egen fagprosedyre om hvordan og når helsepersonell tar kontakt med politi og barnevern, og hvordan samarbeidet gjennomføres juridisk riktig.

VANSKELIG SKILLE

Kynø gjør oppmerksom på at det ofte kan være vanskelig å skille ulike former for omsorgssvikt og psykisk mishandling. På papiret er ulike former for omsorgssvikt, vanskjøtsel og mishandling plassert i egne prosedyrer. I virkeligheten opptrer de ofte sammen.

– Ved fysisk mishandling kan det være nok med ett tilfelle, og barnet har ofte synlige merker på kroppen. Følelsesmessig mishandling skjer i et gjentatt mønster av ødeleggende interaksjoner mellom foreldrene og barnet. Ved psykisk mishandling formidles det til barnet at det ikke er bra nok, ikke er elsket eller er uønsket.

Kynø trekker fram typiske symptomer hos barnet som angst, uro, fryktsomhet eller depresjon.

– Ved omsorgssvikt kan det være manglende evne hos omsorgspersonene til å møte barnets basale fysiske, emosjonelle eller medisinske behov. Det kan også være mangel på tilsyn av barnet, slik at det kan skade seg. Dette kan resultere i alvorlig svekkelse av barnets helse og utvikling, og kan være bevisst eller ubevisst fra omsorgspersonenes side.

– SNAKK SAMMEN

Hun anbefaler helsepersonell å ta kontakt med kollegaer ved mistanke om mishandling og omsorgssvikt.

– Ser de det samme som jeg ser? Ved å observere

systematisk er det lettere å gjenkjenne symptomene. Prosedyrene er en viktig støtte i dette arbeidet, understreker hun.

Noen ganger kan det være riktig å ta dette opp med foreldrene.

– Vi vet at det ofte er foreldrene som sier ifra og er bekymret. Det kan være foreldre som trenger støtte i en vanskelig tid, hvor de ikke klarer å gi den omsorgen barnet trenger. Barnevernet er blitt veldig gode på støttetiltak for disse familiene. Det er sjeldent at barnet blir tatt fra foreldrene, sier hun.

Kynø presiserer at det ikke er helsepersonell som avgjør om barn blir mishandlet eller ikke.

– Det er barnevernet og politiet sin oppgave. Vårt ansvar er si ifra når det er mistanke om mishandling. Dette er en plikt vi har som fagperson og enkeltmenneske. Det er alltid barnet som er viktigst og vi skal være de som beskytter dem fra å lide unødvendig.

Andre ressurser på Helsebiblioteket.no

- Legevakthåndboken,
- Vold og seksuelle overgrep
 - Akuttveileder i pediatri
 - Fysisk mishandling
 - Seksuelle overgrep
 - Påførte hodeskader
 - Fabrikert eller påført sykdom (Münchausen by proxy)
- Generell veileder i pediatri, Psykiske lidelser og psykososiale tilstander
 - Psykiske overgrep
 - Alvorlig omsorgssvikt

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
ANNE TROLLVIK

Tittel: Barn med astma og deres foreldre – læring, deltakelse og samarbeid

Arbeidssted: Høgskolen i Hedmark

Utgått fra: Nordic School of Public Health, Göteborg

Veiledere: Professor Karin C. Ringsberg og dosent Charlotte Silén

Disputas: 1. juni 2012

E-post: anne.trollvik@hihm.no

› **Bakgrunn:** Astma er den hyppigste kroniske sykdommen i barnealderen og sykdommen påfører barn og familier personlige og sosiale påkjenninger. For å håndtere hverdagen trenger barn og foreldre kunnskap.

Hensikt: Gjennom aksjonsforskning utvikle læringstilbud til barn og foreldre der den pedagogiske tilnærmingen tar utgangspunkt i barns, foreldres og helseperso-

nels vurderinger om hva som er viktig å lære.

Metode: Avhandlingen består av fem studier ut fra to prosjekter på en barneavdeling i Norge der både barn (7–10 år), foreldre og helsepersonell deltok. Data ble samlet inn gjennom barnesentrerte metoder, dybdeintervju, fokusgrupper, aksjonsforskning, tegninger og observasjon.

Resultat: Barn med astma var redde for forverrelser av astmaen og hvordan sykdommen påvirker dem. De kjente astma i hele kroppen og situasjonen endret seg raskt fra vanlig lek til at all energi var borte. Barna som deltok lagde tegninger som viste barn som blir hengende etter i lek og aktivitet. De fortalte at de opplever et dilemma om de skal fortelle om astmaen til andre eller holde den hemmelig. Både barn og foreldre erfarte det å dele erfaringer i gruppe som betydningsfullt. Fortellinger, bilder og barnas egne tegninger fungerte godt i kommunikasjon og pedagogisk tilnærming.

Konklusjon: For å støtte barn og foreldre til å håndtere astma i hverdagen, er det viktig at helsepersonell legger til rette for læring ved å utforme læringstilbud som tar utgangspunkt i deres perspektiver. Når barna selv er aktive og deres egne erfaringer brukes i dialog med helsepersonell styrkes troen på egne krefter og gir handlekompetanse.

Rettelse:

I Sykepleien Forskning nr. 3-2014 gjorde vi den feilen at vi trykket Lena Heyns doktorgradssammendrag med norsk tittel. Den korrekte tittelen skal være på engelsk og er: «Improving communication in cancer care – a quasi-experimental study testing the effects of an interactive tailored patient assessment on communication between patients and physicians and nurses». Dette beklager vi.

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til forskning@sykepleien.no.

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: www.sykepleien.no.

PRAKTISKE TIPS VED SPØRRESKJEMA

Dette er første del av en artikkel om å utforme spørreskjemaer. I denne delen belyses definisjon av problemområder og

Av **Øyvind Kirkevold**, professor ved HiG og ass. forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

I mitt arbeid som sykepleier, underviser og forsker, så har jeg ofte hatt behov for å kartlegge personers erfaringer og meninger om forskjellige forhold. Til dette har jeg laget forskjellige spørreskjemaer. Alt fra evalueringsskjema i forbindelse med kurs og konferanser, evaluering av forskjellig prosjekter, kartlegging av hva sykepleiere gjør i praksis (bruk av tvang, rutiner i forbindelse med administrasjon av legemidler) og kartlegging av omfanget av kommunale tjenester.

VANLIGE SVAKHETER

Erfaringene fra bruk av spørreundersøkelser har vist at undersøkelsene ikke alltid gir svar på det jeg antok på forhånd at de skulle gi svar på. En vanlig svakhet jeg har opplevd ved de spørreskjemaene jeg har laget, er at svarene på de spørsmålene som ble stilt ikke alltid belyste den overordnede målsettingen med undersøkelsen. Den som svarte hadde ofte tolket spørsmålet annerledes enn det jeg hadde ment eller svaralternativene passet ikke med det mange av respondentene ønsket å svare. Disse erfaringene har ført til at jeg har måttet sette meg bedre inn i teori om spørreskjema utvikling og tilpasse videre utvikling av spørreskjema etter en stringent metode. Jeg har fått en del praktiske tips i denne prosessen som jeg har opplevd som nyttige, men også erfart at noen av rådene må tilpasses egne erfaringer og de enkelte prosjektene.

Det er viktig å være klar over at utvikling av enkle spørreskjema er noe annet enn å utvikle psykometriske skaler. Å utvikle slike skaler er meget krevende og ikke tema for denne artikkelen.

UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA

En spørreskjemaundersøkelse eller en undersøkelse med strukturerte intervjuer, er mye mer enn utvikling av selve spørreskjemaene. Men det er altså utvikling av spørreskjema som nå er temaet. Utvikling av spørreskjema skjer i flere faser, men kan deles i to hovedområder. Det første er definisjon av problemområdene som skal belyses og utvikling av spørsmålene. Det andre er utvikling av svaralternativene og design av skjemaene. I denne artikkelen behandler jeg første del mens utvikling av svaralternativ og utforming kommer i neste nummer.

FERDIG UTPRØVD

For å spare arbeid og sikre kvalitet på spørreskjema er det vanlig å anbefale at det i størst mulig grad brukes et spørreskjema som allerede er utviklet og utprøvd. Dette kan være riktig, men det forutsetter at skjemaet belyser den problemstillingen som er aktuell for deg, og at det faktisk er gjort en grundig evaluering av hva skjemaet faktisk måler. Hvis man finner et passende skjema til undersøkelsen, men føler at noe mangler, eller at skjemaet omfatter områder som ikke er interessante for den aktuelle undersøkelsen, så kan det være nyttig å ta utgangspunkt i det skjemaet og heller legge til eller fjerne noen spørsmål.

METODE

Hvilken metode skal brukes i datainnsamlingen? Strukturert intervju; ansikt til ansikt eller telefon, spørreskjema; hjemmeside/e-mail eller postutsendelse. Ved strukturert intervju, kan intervjuer utdype spørsmål hvis nødvendig og intervjuer kan også insistere på at intervjuobjektet forsøker å svare på spørsmål der det er vanskelig å velge mel-

JEMAUNDERSØKELSER



utvikling av spørsmål.

lom svaralternativene. Ved elektronisk utfylling av skjema er det mulig å legge inn obligatoriske svar slik at den som svarer ikke kommer videre hvis han hopper over et spørsmål. Man kan også sørge for at det kommer påminnelse om at noen spørsmål er ubesvarte. Ved postutsendelse av spørreskjema i papir vil all informasjon ligge i skjemaet og det er helt opp til respondenten hvordan ting blir forstått.

Hvordan spørsmålene formuleres vil i stor grad være avhengig av hvem du skal spørre. Er det pasienter, pårørende eller fagpersoner? Dette vil også påvirke metoden for datainnsamling (se over) og på dette tidspunktet er det viktig å avgjøre om spørreskjema er riktig metode. Å sende ut en mengde spørreskjemaer kan virke som en enkel metode for å få svar fra mange respondenter, men i mange tilfelle vil andre metoder være mer passende (1).

UTFORMING AV SPØRSMÅL

Det er lett å være utålmodig og kaste seg over spørsmålsformuleringer uten å ha helt klart for seg hva spørsmålene egentlig gir svar på. Før du begynner med spørreskjemaet er det viktig å tenke gjennom hvilke problemstillinger som skal belyses, spesifisere begrep og skaffe seg overblikk over hvilke variabler som skal være med (2,3). Haraldsen anbefaler at hvis du forsøker å tenke deg hvilke svar du forventer, så er det lettere å lage spørsmål (4). For å klargjøre temaområdet kan det noen ganger være nødvendig med et større forarbeid (1) med litteraturgjennomgang, fokusgruppeintervju av en gruppe som er representative for aktuelle respondenter, ekspertgruppe eller DELPHI-gruppe. For noen år tilbake skulle vi kartlegge rutiner for administrering av legemidler i sykehjem med vekt på om medisiner ble gitt til pasienter uten at pasientene var klar over at de fikk medisiner. Før vi begynte å lage

spørreskjema, intervjuet vi en tilsynsfarmasøyt samt at vi hadde to gruppeintervjuer med lege, sykepleiere og hjelpepleier, om rutiner for og utfordringer i administrasjon av legemidler (5). I denne prosessen kom det fram at det ikke alltid var like lett å finne eller forstå informasjon i Felleskatalogen om legemidler kan knuses, deles, blandes i mat eller hvordan de skal tas i forhold til måltider. Dette gjorde at det ble tatt inn i spørsmål om hvordan Felleskatalogen ble brukt og forstått i spørreskjemaet. Omtrent 60 prosent av respondentene oppga at informasjonen i Felleskatalogen var vanskelig å forstå eller å finne, noe som igjen har ført til endring i denne. Uten denne grundige forberedelse hadde et viktig resultat av undersøkelsen uteblitt.

HVA SKAL MED?

Ikke ta med spørsmål bare for at de kanskje kan være bra å ha med. Vi ber om å få bruke av folks tid, ekstra spørsmål tar mer tid. Det er også etisk problematisk å be om meninger, holdninger eller andre opplysninger som kan være sensitive, uten å ha en klar hensikt med å be om det. Å samle unødig mengde data vil også gjøre materialet mer uoversiktlig.

TID OG ROM

Definer spørsmålene i tid og rom. I en større studie om bruk av tvang i sykehjem, ble det i første runde spurt under «Tiltak overfor enkeltpasienter»: Tiltsetting av medisin i mat eller drikke; a) Tiltaket er i bruk daglig, b) Brukes av og til, c) Nei, tiltaket benyttes ikke (6). Her ble det vanskelig å vite hva «av og til» betyr, menes det en gang i uken, i måneden, at det har vært brukt eller hva? I neste steg av studien ble alle spørsmålene stilt om hva som har skjedd med hver enkelt pasient siste uke og da

ble spørsmålet slik: «I tabellen under registreres hvor mange ganger tiltaket har vært brukt i løpet av siste 7 dager» (7).

EN TING OM GANGEN

Spør om en ting om gangen. Man bør unngå å legge inn et vilkår i spørsmålet som må være oppfylt eller flere muligheter hvor hva som blir valgt avgjør hva som blir svaret. I en undersøkelse hvor blant annet noen kvalitetsindikatorer på sykehjem ble kartlagt, ble det spurt om «pasienten kunne gå fritt ut, med følge om nødvendig». Her er det to spørsmål i ett og det burde vært delt opp i minst to spørsmål.

HYPOTETISKE SPØRSMÅL

Mange kan ha ganske klare oppfatninger av hva de ville ha gjort eller ment hvis de kommer i en konkret situasjon. En annen ting er hva de faktisk kommer til å gjøre eller mene. Det er flere undersøkelser som viser at det er liten sammenheng mellom hva personer svarer på hypotetiske spørsmål og hva de faktisk gjør når situasjonen oppstår (3,4).

REKKEFØLGE

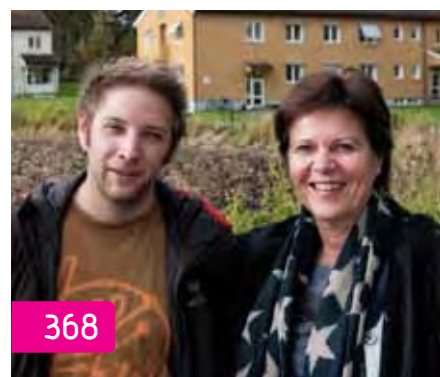
Tenk på mulige effekter av spørsmålsrekkefølgen. I en undersøkelse ble pårørende til personer med demens spurt om de mente at personen som hadde fått demens burde bli fortalt diagnosen. 83 prosent svarte nei. Så ble de spurt om de selv ville ha fått beskjed om diagnosen hvis de selv fikk demens. 71 prosent svarte ja (8). Hadde resultatet blitt annerledes hvis spørsmålene hadde blitt stilt i motsatt rekkefølge? Konkrete faktaspørsmål som kjønn, alder, utdanning eller «eier du egen bil?» er enkle å forstå og svare på. Slike spørsmål bør derfor komme tidlig i et spørreskjema slik at respondenten kommer godt i gang før mer krevende spørsmål. Tidlige detal-

jerte spørsmål kan også være til hjelp for å svare på mer generelle spørsmål. Et generelt spørsmål som «Hvor godt fornøyd var du alt i alt med sykehusoppholdet?» kan være vanskelig å svare på tidlig i et spørreskjema. Men etter spørsmål om «Hvordan ble du mottatt på sykehuset?» «Opplevde du å få valgfrihet i forhold til mat?», «Fikk du den informasjonen du følte du behøvde?» og så videre, kan gi holdepunkter for hva som blir svaret på det overordnede spørsmålet. På den andre siden så vil de mer detaljerte spørsmålene legge føringer for hva spørsmålsstilleren mener er viktig, og det er ikke alltid ønskelig.

Når alle spørsmålene er formulert, kan du begynne med utformingen av svaralternativene. Dette er tema for artikkelen som kommer i første nummer av 2014.

REFERANSER

1. **Boynnton PM, Greenhalgh T.** Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*. 2004 May 29;328: 1312-5. Pub-Med PMID: 15166072. Pubmed Central PMCID: 420179.
2. **Gillham B.** Developing a questionnaire. London: Continuum International Publishing Group; 2007.
3. **Wärneryd B.** Att fråga – om frågekonstruktion vid intervjuundersökningar och postankäter. Örebro, Sverige: Statistiska Centralbyrån 1993.
4. **Haraldsen G.** Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden / elektronisk ressurs. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1999. 354 s. p.
5. **Kirkevold Ø, Engedal K.** Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. *Sykepleien forskning*. 2010;4(1): 16-25.
6. **Engedal K, Kirkevold, Eek A, Nygård A-M.** Skal, skal ikke. Tønsberg Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2001.
7. **Engedal K, Kirkevold, Eek A, Nygård A-M.** Makt og avmakt. Tønsberg Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2002.
8. **Maguire CP, Kirby M, Coen R, Coakley D, Lawlor BA, O'Neill D.** Family members' attitudes toward telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis. *BMJ*. 1996 Aug 31;313: 529-30. PubMed PMID: 8789979. Pubmed Central PMCID: 2351904.



Contents >>

Editorial: Community health need to put nursing on the agenda	287
Contributions:	
Petter Aaslestad: Vital science	288
Lars-Petter Jelsness-Jørgensen. We must not forget the biology	291
Summarised research:	
Cochrane	292
Research news	296
Research articles:	
Malnutrition in elderly people living at home with cognitive dementia. By May-Karin Rognstad, IdunnBrekke, Eva Holm, Cecilie Linberg and Nina Lühr	298
Comment: We need to focus on nutrition. By Randi Holm Rotvold	308
The effect of preventive home visits to the elderly on self-rated health and quality of life. By Randi Skumsnes, Lillebeth Larun and Eva Langeland	310
Comment: Prevention requires monitoring over time. By Heidi Kleven	322
What does physical assessment mean in nursing? By Solveig Breivik and Anita Tymi	324
Comment: Systematic observation is important. By Annette Hestdal Loso	333
Living with depression after stroke. By Siren E. Kouwenhoven and Marit Kirkevold	334
Comment: Ask patients how they are. By Torgeir Solberg Mathisen	343
Learning outcomes in nursing management after implementation of clinical studies organized by teams of nursing students. By Lene Elisabeth Blekken, Ann Oddrun Medby and Toril Forbord	344
Comment: Nurses need management experience. By Stian Aasoldsen	353
Organised for cooperation? Åsmund Hermansen and Anne Skevik Grødem	354
Essay: Empathy – different understandings. By Lisbeth Thoresen	362
Research in practice	368
Research Interview	370
New and useful	372

288



334



344



Innhold >>

Leder: Kommunehelsetjenesten trenger et sykepleierløft!	287
Innspill:	
Petter Aaslestad: Vital vitenskap	288
Lars-Petter Jelsness-Jørgensen. Vi må ikke glemme biologien	291
Oppsummert forskning:	
Cochrane	292
Forskningsnytt	296
Forskningsartikler:	
Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Av May-Karin Rognstad, IdunnBrekke, Eva Holm, Cecilie Linberg and Nina Lühr	298
Kommentar: Vi må fokusere mer på ernæring! Av Randi Holm Rotvold	308
En systematisk oversikt: Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. Av Randi Skumsnes, Lillebeth Larun and Eva Langeland	310
Kommentar: Forebygging krever oppfølging over tid. Av Heidi Kleven	322
Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? Av Solveig Breivik and Anita Tymi	324
Kommentar: Systematisk observasjon er viktig. Av Annette Hestdal Loso	333
Å leve med depresjon etter hjerneslag. Av Siren E. Kouwenhoven and Marit Kirkevold	334
Kommentar: Spør pasientene hvordan de har det. Av Torgeir Solberg Mathisen	343
Læringsutbytte hos sykepleierstudenter etter praksis der de har tatt over ansvaret for en avdeling. Av Lene Elisabeth Blekken, Ann Oddrun Medby and Toril Forbord	344
Kommentar: Sykepleiere trenger ledelseserfaring. Av Stian Aasoldsen	353
Organisert for samhandling? Av Åsmund Hermansen and Anne Skevik Grødem	354
Essay: Empati – ulike forståelser. By Lisbeth Thoresen	362
Forskning i praksis	368
Forskerintervju	370
Nytt og nyttig	372