

Forskning

01|10



Avvik i
legemiddelhåndtering

16

Øyvind Kirkevold og Knut Engedal rapporterer at nesten halvparten av pasientene i sykehjemmene de undersøkte fikk tilsatt medisin i mat eller drikke uten av de visste det. Forskerne fant også at pårørende i liten grad involveres når pasienten ikke vil ha legemidlet og heller ikke er i stand til å forstå at det blir gitt. Dette til tross for at pasientrettighetsloven krever at pårørende skal involveres når pasienten mangler samtykkekompetanse. Studien presenteres i denne utgaven av **Sykepleien Forskning**.



Foto: Erik M. Sundt

REDAKSJONSKOMITÉ:



Inger Schou
Førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo og forsker ved Ullevål universitetssykehus.



Bård Nylund
Bachelorstudent i sykepleie ved Høgskolen i Oslo.



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo.



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



Liv Wergeland Sørbye
Førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



Marit Kirkevold
Professor ved Universitetet i Oslo.



Lars Mathisen
Seksjonsover-sykepleier ved thoraxkirurgisk sengepost ved Rikshospitalet i Oslo.



Liv Merete Reinar
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



Tone Rustøen
Professor ved Høgskolen i Oslo.

Sykepleien Forskning skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høgskoler og for studenter. Sykepleien Forskning er et bilag til Sykepleien og utøver uavhengig og kritisk forskningsformidling.

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

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

Redaktør: Anners Lerdal
anners.lerdal@hibu.no

Assisterende redaktør: Liv Merete Reinar
livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Statistiker: Guri Feten
guri.feten@aal.kommune.no

Design/Layout: Gazette as /Dsigning
Grafisk produksjon: Sykepleien
Repro og trykk: Stibo Graphic AS

Utgivelsesplan 2010:
17/6, 14/10, 16/12
Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Kunnskap er ikke nok

Debatten om kunnskapssyn i sykepleien har pågått lenge og er fortsatt aktiv. På sykepleien.no ser vi for eksempel at den mest lese artikkelen er Kristin Heggens og Eivind Engebretsens artikkel om evidensdebatten. De fleste kronikkforslag Sykepleien Forskning mottar dreier seg også om kunnskapssyn. Temaet er komplekst og debatten til tider abstrakt og uoversiktlig. De siste årene har diskusjonen i stor grad dreiet seg om forståelsen av det såkalte kunnskapshierarkiet. Dette rangerer kvaliteten av ulike forskningsdesign i forhold til måling av effekt av spesifikke tiltak på gruppenivå hos pasienter i en gitt situasjon.

Interessen for kunnskapsdebatten kan forstås ut fra målet om å gi best mulig sykepleie til pasienten. Vi trenger derfor fortsatt debatt om hva som er gode tiltak. Men, i tillegg er det nødvendig at vi er oppmerksomme på andre faktorer som har betydning for hvilken sykepleie pasienten faktisk får.

Mye tyder nemlig på at også personlige faktorer og forhold på arbeidsplassen virker inn på pasientbehandlingen. Hesook Suzie Kim publiserte allerede i 1992 et rammeverk som beskriver sykepleierens beslutnings- og handlingsgrunnlag. Den teoretiske modellen viser hvordan – i tillegg til kunnskap om tiltak – blant annet sykepleiers mål, sykepleierens utdanning, motivasjon og engasjement påvirker

deres handlinger. I tillegg tilpasses beslutninger eksisterende økonomiske og personellmessige rammer. Kunnskap om tiltakene er altså kun én av flere faktorer.

Et eksempel på at personlig engasjement kan ha betydning for om pasienter får en bestemt behandling fremgår i en studie av Knut Dybwik og kollegaer (se Forskningsnytt s. 14). Studien viste at fagpersonene selv mente at deres personlige engasjement kunne ha betydning for om pasientene fikk tilbud om hjemmerespiratorbehandling eller ikke.

Dagens helsevesen kjennetegnes av omorganiseringer, utskifting av ledere, rolleendringer og sammenslåinger. Hvor bevisste er lederne på viktigheten av å beholde helsearbeidernes faglige engasjement gjennom disse prosessene? Det bør uansett være et mål å skape tilsvarende debatt rundt helsearbeideres engasjement og viktigheten av et godt arbeids- og fagmiljø som det vi i lang tid har hatt innenfor kunnskapsdebatten.

Kim HS. Practice Theories in Nursing and a Science of Nursing Practice. Sch Inq Nurs Pract 1994;8:145-58

Anners Lerdal



Redaktør
Anners Lerdal
anners.lerdal@hibu.no

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Jobber som førsteamanuensis ved Avdeling for Helsefag, Høgskolen i Buskerud, og forsker ved Oslo Universitetssykehus – Aker.

Evidenssirkus

► Hva gjør at enkelte bruker betegnelser som «totalitær» og «evidensialisme» og anvender diagnoser som tvangsnevrose når det er snakk om kunnskapsbasert praksis?

Hvorfor går fremragende fagfolk helt fra konseptene? Hva står på spill? Ingen står i fare for å rykke ned i lønn. Ingen truende eller konkurrerende yrkesgrupper vil ta fra sykepleierne identitetsdannende arbeidsoppgaver. Hovedspørsmålet er derimot hvilken type kunnskap som er viktig i praksis. Og spørsmålet diskuteres mest iherdig av dem som synes lengst unna pasienten – akademikerne. Her må det da være noe som ikke stemmer?

Men de iltter debatterende fagfolkene går ikke fra konseptene – snarere tvert imot – de står på konseptene og holder beinhardt på dem. Det er fordi grunnbegrepene trues at de er så engasjerte. Noe viktig står faktisk på spill. Det er ikke bare professorer som har investert fritid og liv i «sine» teorier som de beskytter med forfengelige nebb og kvessede klør. Det dreier seg om hva man tror er bra for pasi-

enten – hvilken kunnskap som vil være best for det enkelte lidende mennesket. To grunnleggende kunnskapssyn står steilt mot hverandre. Og nettopp fordi sykepleiefaget er et praktisk fag, er kunnskapen som gjelder i praksis helt sentral for fagets selvforståelse.

Kritikerne av kunnskapsbasert praksis har åpenbart et poeng dersom den evidensbaserte kunnskapen erstatter klinisk skjønn og overstyrer konkrete vurderinger av den enkelte pasients situasjon, oppfatninger og verdier. Direkte og ureflektert anvendelse av generalisert forskningskunnskap kan åpenbart være skadelig. Det samme gjelder om enkeltmennesker gjøres til objekter og fagpersoner til automater som slavisk følger formålsrasjonelle prosedyrer.

Motsvarende vil det være fatalt bare å se den enkelte pasients livsytringer, håp, skam og

krise i en situasjon der pasienten har intense smerter i brystet som sprer seg til armene, er kvalm, svett og svimmel. Det er også dypt problematisk at helsepersonell ureflektert utsetter pasienter for samhandling

” Spørsmålet er om evidenskritikerne ser positiviteter og andre spøkelser på høylys dag?

eller tiltak som man andre steder har vist at er unødvendig eller direkte skadelig.

Men hvem er det som slavisk følger kunnskapsoppsummeringer og metaanalyser i møte med Eva Hansen? Hvem er det som nekter for at oppsummert kunnskap fra flere pasienter enn den



Foto: Erik M. Sundt

” Fordi sykepleiefaget er et praktisk fag, er kunnskapen som gjelder i praksis helt sentral for fagets selvforståelse.

enkelte fagperson møter og erfarer i løpet av et yrkesaktivt liv er verdiløs? Så langt har jeg ikke sett noen som har hevdet at «evidensen er alt» eller at «fenomenforståelse og tolkning er nok». Skaper vi så stråmenn (eller kvinner av strå) som vi beskytter med diagnoser og karikerte sarkasmer? Det kan absolutt se slik ut. Og sykepleierne er ikke alene.

Evidensdebatten har gått minst like hett og høylytt i en rekke andre fagfelt. Særlig innen helsefag. Morgenbladet hadde nylig en opphetet og nesten injurierende debatt om psykologiens metoder.

Spørsmålet er om evidenskritikerne ser positivist og andre spøkelses på høylys dag? Positivismekritikken ble i Norge særlig ført av Hans Skjervheim. Han viste blant annet til et grunnleggende skille mellom teori og praksis, der praktiske problemer krever andre kunnskapsfor-

mer enn det som kan dekkes av teoretiske disipliner. Han pekte på faren for at formålstenknin-gen skulle bre seg til forståelsen av mennesket. Men positivismekritikken har vunnet på alle punkter for lenge siden. Pisker kritikerne en død hest? Sagt med deres egne faguttrykk: Har hermeneutikerne glemt barmhjertighetsprinsippet og hengitt seg til mistankens hermeneutikk?

Og på den andre siden: Ser evidensstilhengerne innfølede døgenikter som forstår folk inn i døden på grunn av manglende elementærkunnskap hos enhver som kan stave fenomenologi? Har de glemt at kunnskapsbasert praksis bygger så vel på erfaringskunnskap og brukerkunnskap (ifølge egne definisjoner)?

Sluttspørsmålet er om det ikke er naivt å tro at man kan fange menneskets sykdom som bare naturfenomen, sosiale eller

eksistensielle fenomener? Er det ikke for ambisiøst å tro at kunnskapen om mennesket og dets sykdom lar seg fange ved hjelp av bare én type vitenskap, det være seg naturvitenskap, samfunnsvitenskap eller humanvitenskap?

Evidensbevegelsen er en ateoretisk empirisk pragmatikk. Burde den ikke omfavnes av fenomenologer og hermeneutikere som jo nettopp legger vekt på praksis? Skulle ikke enhver fagperson som har omsorg for den individuelle pasient tilegne seg tilstrekkelig bakgrunnskunnskap for nettopp å kunne hjelpe den enkelte på en best mulig måte? Burde ikke evidensstilhengerne på den annen side kaste seg om halsen på humanviterne for å få hjelp til å konkretisere hva som menes med erfaringskunnskap og brukerkunnskap? Jeg bare undres.

Vi må tenke nytt

Av Astrid Klopstad Wahl

Professor, Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, UiO

Foto: Erik M. Sundt



Å stille spørsmål ved sykepleieforskningens betydning for praksis er ikke noe nytt. Jeg vil gjerne reise følgende spørsmål: Er kunnskapsutviklingen i dagens sykepleieforskning optimalt fokusert for overføring av kunnskap til praksis?

Sykepleieforskningen har internasjonalt og nasjonalt utviklet seg raskt i løpet av de siste tiår. Det viser seg at en svært stor andel av sykepleieforskningen som er publisert i den senere tid, er beskrivende i sin karakter og at få studier fokuserer på hvilken betydning sykepleieintervensjoner har for pasienten. I tillegg har sykepleieforskningen over tid vært gjenstand for en polarisering mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Det er i dag få studier i sykepleie som kombinerer kvalitative og kvantitative metoder, og som har fokus på overføring av kunnskap fra forskning til praksis (1,2).

Sykepleie kan blant annet beskrives som et sett av komplekse intervensjoner som består av ulike komponenter som ikke så lett lar seg skille ad. Sykepleie

er engasjert i et vidt spekter av komplekse aktiviteter i ulike kliniske settinger og i samarbeid med andre helseprofesjoner. Disse aktivitetene bør grunnes i en solid kunnskapsplattform. Beskrivende studier er viktig i en tidlig fase av kunnskapsutviklingen, men kunnskapen må tas videre inn i studier som ser på betydningen av sykepleieintervensjoner for pasienten (1). For å kunne fremskaffe en solid kunnskapsplattform for sykepleie mener jeg det må tenkes nytt når det gjelder fokus for forskning og metoder for kunnskapsutvikling.

Slik jeg ser det er svaret på mitt innledende spørsmål nei. Å forske på komplekse intervensjoner i sykepleie, krever på mange måter en «ny» forskningstradisjon som handler om å studere intervensjoner mer helhetlig, gjennom ulike faser og prosesser knyttet til utvikling av intervensjoner, tilpassning og gjennomføring, evaluering og implementering (3). I dette ligger også samhandling med andre helseprofesjoner og mel-

lom ulike nivå i helsetjenesten. Enkeltstående og smale randomiserte kontrollerte studier er ikke i seg selv tilstrekkelige for å forstå sykepleieintervensjoners betydning for pasienten. Vi må bruke både kvantitative og kvalitative metoder i sunn forening i de ulike fasene av forskningen. Dette krever så vel teoretisk som metodisk bredde. Vi må sikre at neste generasjon forskere i sykepleie har kompetansen som må til for å forske på komplekse intervensjoner. Dette kan gjøres gjennom skoling i ulike nivå av utdanningen i sykepleie (fra grunnutdanning til postdoktor).

REFERANSER

- Hallberg IR.** Moving nursing research forward towards a stronger impact on health care practice? *Int J Nurs Stud.* 2009;46:407-12.
- Mantzoukas S.** The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: A quantitative content analysis. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:479-89.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M.** Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008;337:1655.

Avslapningsteknikker mot depresjon



Illustrasjon: Lene Ask

Hvor effektivt er avslapningsøvelser for depresjon? Avslapningsøvelser eller teknikker er bedre enn venteliste, ingen behandling eller minimal behandling, men ikke så effektivt som psykologisk behandling i form av kognitiv adferdsterapi. Avslapningsøvelser reduserte selvrappporterte depressive symptomer rett etter behandling og etter flere måneder. Resultater hvor helsearbeider vurderte effekten var mindre klar. Avslapningsøvelser har potensial som en enkel førstelinjehandling for depresjon. De som ikke responderer innen en viss tid bør bli tilbudt mer komplekse psykologiske behandlingsformer som kognitiv adferdsterapi.

En stor begrensning i studiene skyldes hvordan utfall ble målt.

Det var inkonsistens i effekt når avslapningsøvelser ble sammenliknet med medikamenter. Det var også få data tilgjengelig når avslapningsøvelser ble sammenliknet med alternativ komplementær behandling og livsstilsråd. Resultatene er basert på 15 studier med til sammen 791 deltakere.

Mange mennesker kan ha negative holdninger til bruk av antidepressive medikamenter. Psykologiske tiltak er mer akseptable, men fordrer mye ressurser og utdanning. Tilfredsstillende psykologiske behandlingsformer som fordrer mindre opplæring trengs for å sikre at flere får tilgang til slik behandling. En potensiell behandlingsform av denne typen er avslapningsøvel-

ser eller teknikker – en enkel psykologisk behandling som kan gis etter forholdsvis kort opplæring.

Cochrane systematisk oversikt. **Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD007142. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2.

Sammendrag er skrevet av **Liv Merete Reinart** ved Nasjonalt kunnskapssenter, basert på PEARLS (Practical Evidence About Real Life Situations) www.cochraneprimarycare.org

Fallforebygging på sykehus og sykehjem

Sammensatte tiltak basert på vurderinger av den enkelte pasient forebygger fall på sykehus, og sammensatte tiltak utført av tverrfaglig team forebygger fall på sykehjem. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

Fall forekommer tre ganger så ofte på sykehjem som i samfunnet ellers. Når det gjelder pasienter på sykehus vet vi at slagpasienter og pasienter med hoftebrudd har en økt risiko for å falle. Et fall kan føre til skader og i enkelte tilfeller fører skadene til at pasienten dør. Årsaken til at eldre faller er sammensatt, og vi kjenner ikke til alle faktorer. De fleste fall skyldes en kombinasjon av flere faktorer.

Fallforebyggende tiltak kan være sammensatte og ta hensyn til flere av de faktorene som fører til at eldre faller. For eksempel redusert syn, styrke og balanse, medisinbruk og forhold ved omgivelsene. Tiltakene er basert på nøye vurderinger av den enkelte. Fallforebyggende tiltak kan også være bare et enkelt tiltak som gis til alle personer i en risikogruppe. Øvelser og trening er et eksempel på et slikt tiltak. Treningen kan være lagt til rette for den enkelte. Tilskudd av vitamin D er et annet eksempel.

I Norge er det ulik praksis i forhold til fallforebyggende tiltak. Det er usikkert i hvor stor grad sykehus og sykehjem har prosedyrer for fallforebyggende tiltak.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Dokumentasjon fra forskning kan være av varierende kvalitet. Vi skiller mellom dokumentasjon av høy, middels, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvalitet, jo mer kan vi stole på dokumentasjonen. Vi bruker ordet «trolig» for å markere middels kvalitet, og ordet «muligens» for å markere lav kvalitet.

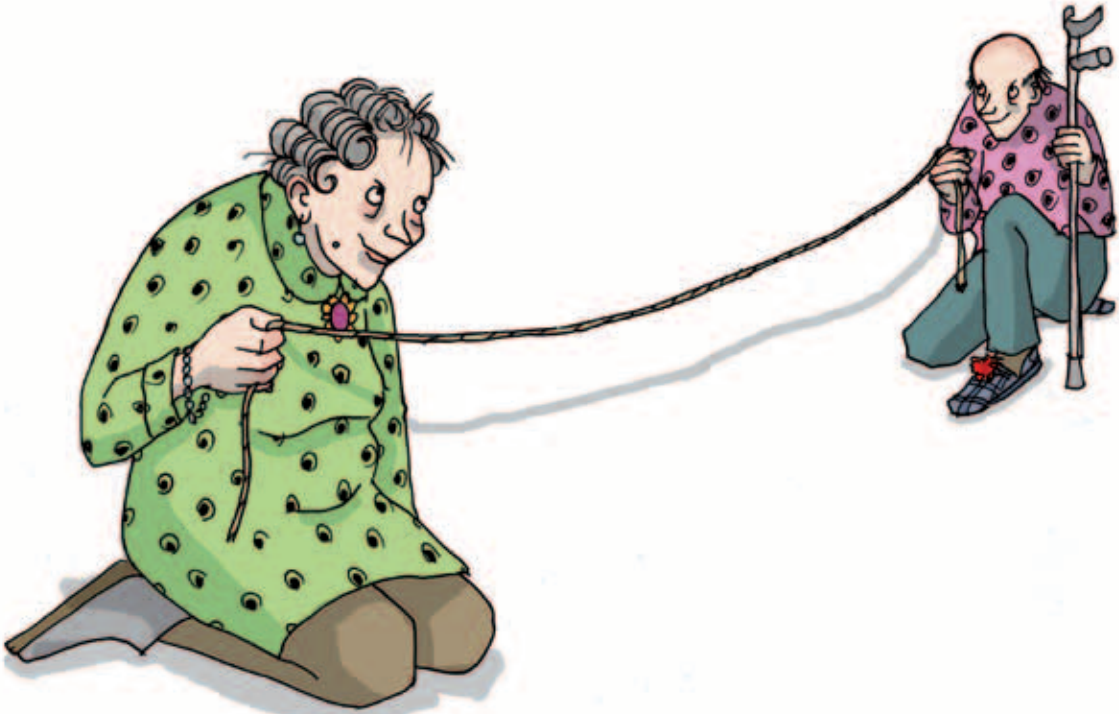
VIRKER TRENING FOR Å REDUSERE ANTALL FALL BLANT ELDRE

Studiene viste at:

- Sammensatte tiltak på sykehus reduserer trolig antall som faller
- Sammensatte tiltak på sykehjem reduserer muligens ikke antall som faller

RESULTATTABELL

Tiltak/utfall	(Kontroll)	(Tiltaket)	Kvalitet på dokumentasjonen
Sammensatte tiltak på sykehus Antall som faller	500 faller per 1000	135 færre faller per 1000 i tiltaksgruppen (varierer fra 20 til 220 færre)	⊕⊕⊕○ Middels
Sammensatte tiltak på sykehjem Antall som faller	500 faller per 1000	Ingen forskjell	⊕⊕○○ Lav
Sammensatte tiltak (tverrfaglig team) på sykehjem Antall som faller	500 faller per 1000	75 færre faller per 1000 tiltaksgruppen (varierer fra 25 til 115 færre)	⊕⊕⊕○ Middels
Øvelser med veiledning på sykehus Antall som faller	500 faller per 1000	280 færre faller per 1000 i tiltaksgruppen (varierer fra 15 til 400 færre)	⊕⊕○○ Lav
Øvelser med veiledning på sykehjem Antall som faller	500 faller per 1000	15 flere faller per 1000 i tiltaksgruppen (varierer fra 60 færre til 105 flere)	⊕⊕⊕○ Middels
Vitamin D tilskudd på sykehjem Antall som faller	500 faller per 1000	Ingen forskjell	⊕⊕○○ Lav



Illustrasjon Lene Ask

- Sammensatte tiltak utført av tverrfaglig team reduserer trolig antall som faller på sykehjem
- Øvelser (med veiledning) på sykehus reduserer muligens antall som faller
- Øvelser (med veiledning) på sykehjem reduserer trolig ikke antall som faller
- Vitamin D reduserer muligens ikke antall som faller på sykehjem

Studiene målte både risikoen for å falle (minst en gang) og totale antall fall. Vitamin D reduserer muligens totale antall fall.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oppsummering av studier som har undersøkt hvordan fallforebyggende tiltak virker på eldre på sykehus og sykehjem. Forskerne gjorde sys-

tematiske søk i flere forskningsdatabaser, og fant 41 studier som de inkluderte i oppsummeringen. Studiene hadde til sammen 25 422 deltakere. Tallene i tabellen er basert på at risikoen for å falle er 50 prosent både på sykehus og sykehjem.

Studiene sammenlignet fallforebyggende tiltak med standard behandling eller ingen behandling. Tiltakene ble klassifisert som enkelttiltak og sammensatte tiltak og i forhold til om de foregikk på sykehus eller på sykehjem. På sykehjem: Øvelser med veiledning (sju studier 1248 deltakere, vitamin D tilskudd (fem studier 5095 deltakere), sammensatte tiltak (åtte studier 3271 deltakere), sammensatte tiltak ledet av et tverrfaglig team (fire studier 1651 deltakere). På sykehus: Øvelser med veiledning (tre studier 131 deltakere), sammensatte tiltak (tre studier 4824 deltakere).

KILDE

Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub 2.

Les hele artikkelen i Cochrane Library: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000198/frame.html>

Sammendrag skrevet av **Kristin Thuve Dahm**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Kvinner med multippel sklerose

Utvalg og oversettelse ved

Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Kvinner som mestret å leve med progressiv MS lærte å møte sin diagnose og leve med uforutsigbare endringer

SPØRSMÅL

Hvordan blir sju forløpere for endring uttrykt hos kvinner som mestret å leve med progressiv multippel sklerose (MS), og hvordan endrer de seg i intensitet over tid?

DESIGN

Kvalitativ studie

SETTING

Midtvesten i USA

PASIENTER

Ti kvinner som var 46 til 68 år (gjennomsnittlig 56 år); hadde progressive tilbakefall, sekundært progressiv eller primært progressiv MS i \geq åtte år (gjennomsnitt 17 år); ikke hadde pågående alvorlig depresjon; og var vurdert (av seg selv eller lege) som å mestre å leve med sykdommen.

METODE

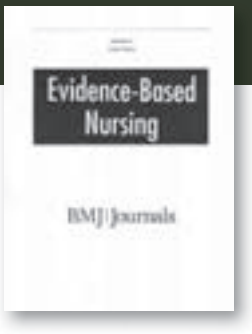
For hvert punkt ble kvinnene spurt om betydningen i nåtid og på diagnosetidspunktet. De ble

bedt om å gjøre rede for endringer i tiden fra diagnose og nåtid. Intervjuene ble transkribert og analysert tematisk.

HOVEDFUNN

Uttrykk for hver av de sju forløpere for endring beskrives: 1) *Følelse av nødvendighet*. Kvinnene hadde en «følelse av nødvendighet» mer intenst i tiden rundt diagnosen; de ville raskt vite hva som kom til å skje med dem. Denne følelsen avtok med tiden ettersom de lærte og erfarte at sykdommen endret seg fra dag til dag. De lærte å akseptere det. 2) *Vilje til å erfare angst og vanskeligheter*. Dette var sterkere i tiden rundt intervjuet enn i tiden rundt diagnosen. Kvinnene uttrykte hvordan de lærte å møte MS-diagnosen og å se på den som en «stille venn/medløper» heller enn en ulempe. 3) *Bevissthet*. Dette var et kritisk punkt. Bevisstheten var lav på diagnosetidspunktet, men økte mye fram til tidspunktet rundt intervjuet. Kvinnene innhentet informasjon og høstet erfaringer ved å leve med MS. De var mer klar over sine behov, sine kropp og kroppslige endringer, samt justeringer de selv måtte gjøre. 4) *Konfrontere problemet*. Kvinnene følte de var mer i stand til konfrontere MS nå enn da de først fikk diagnosen. I starten opplevde de at de gikk inn i noe ukjent, men

de fikk erfaring gjennom å lære om og å vokse med sykdommen. 5) *Bestrebelse og vilje til endring*. Denne dimensjonen vokste i intensitet fra tiden rundt diagnosen fram til nåtid. Kvinnene følte det var viktig å ivareta fysisk mestring, men anerkjente behovet for kompensasjon for tap på grunn av MS. Noen kvinner følte at deres holdninger, emosjonelle status og selv-tillit ble påvirket av hva de var i stand til å gjøre. 6) *Håp*. Kvinnene følte at denne dimensjonen ikke endret seg noe særlig, og noen antydte at håpet muligens døde hen med tiden. Dette fordi de etter hvert var realistiske om MS og dens utvikling. Kvinnene håpet på helbredelse eller medisinske gjennombrudd og at de skulle kunne opprettholde sin nåværende fysiske kapasitet. 7) *Sosial støtte fra andre*. Kvinnene følte at de hadde adekvat eller rikelig sosial støtte, men de følte også at sosial støtte hadde avtatt i intensitet på grunn av faktorer relatert til MS. Fysiske begrensninger og mangel på arbeidsevne førte til mindre sosial støtte. Noen merket seg at noen venner ikke hadde tålmodighet for å bistå de langvarige endringer som MS førte til. Støtte fra helsepersonell. Mindre enn halvparten av kvinnene identifiserte adekvat eller rikelig støtte fra helsepersonell i tiden rundt diagnosen, men nesten alle følte at støtten var rike-



lig eller adekvat nå. Kvinnene følte de hadde mer kunnskap og at opplæring hjalp med å øke nivået av støtte over tid.

KONKLUSJON

Kvinner som mestret multipel sklerose bra lærte, ettersom de ble mer oppmerksomme, å møte sin diagnose og å leve med uforutsigbare endringer. De følte at kunnskap, holdninger, emosjonell status, sosial støtte og trygghet var viktig for mestringen.

Sammendrag fra: Kirkpatrick Pinson DM, Ottens AJ, Fisher TA. Women coping successfully with multiple sclerosis and the precursors of change. *Qual Health Res* 2009;19:181–93.

Korrespondanse: Dr D Kirkpatrick Pinson, National-Louis University, Chicago, IL, USA; donna.pinson@nl.edu

Ingen ekstern finansiering.

I praksis og i forskning blir viktigheten av og å erkjenne og støtte positiv mestring ofte bare snakket om. I stedet blir det fokusert på problemer og på å finne mangler. Denne studien til Kirkpatrick Pinson og medarbeidere gir en forfriskende dybdeanalyse av hvordan ti kvinner positivt mestrer MS, en progressiv, uforutsigbar og svekkende sykdom. «Å mestre positivt» er et mangfoldig konsept som betyr ulike ting for forskjellige mennesker. De sju dimensjonene om positiv mestring som ble tatt opp, gir et rammeverk og språk som kan gi innsikt og forståelse for hva positiv mestring egentlig innebærer. Disse dimensjonene kan brukes av praktikere som et vurderingsverktøy til hjelp for klienter til å gi grobunn for styrke og positive mestringsstrategier. Klienter kan få informasjon om at dette kan bidra til positiv mestring på lang sikt. Funnene bekrefter og styrker viktigheten av å gi klienter tidlig og vedvarende informasjon om sykdom, progresjon, symptomer og håndtering. Denne informasjonen ga kvinnene i denne studien muligheten til bedre å møte sykdom og arbeid i samarbeid med helsepersonell. Det psykoterapeutiske perspektivet brukt i denne studien gir ny og utvidet kunnskap

og innsikt i hvordan personer som lever med MS bruker forløpere, slik som oppmerksomhet, personlig vilje, og håp, til å mestre. Mindre er sagt om hvordan slike «tegn» ble hentet fram i første omgang og hvordan de kan utdypes. For eksempel så er oppmerksomhet, egen vilje og håp influert av bredere sosiale faktorer ved helse, som inntekt, miljø, utdanning, kjønn og kultur. Framtidig forskning trengs for å kartlegge den komplekse interaksjonen mellom både psykologiske og sosiale forvarslers/tegn for å mestre kronisk sykdom. Likeledes, praktikere kan bruke disse tegnene for å vurdere mestring i lys av sosiale dimensjoner og hvordan disse påvirker hverandre. Vurdering av sosiale faktorer på helse burde vektlegge gode sider og styrke framfor det som er ødeleggende og begrensende. Denne studien illustrer et slikt skifte i måten å tenke på og er en viktig påminnelse til forskere og praktikere om å gjøre det samme.

Tracy Carr, RN, PhD. University of New Brunswick Saint John, Saint John, New Brunswick, Canada.

© Evidence Based Nursing (EBN) oktober 2009 Vol 12 nummer 4.

Sykepleiere behandler søvnapné like bra som leger

Utvalg og oversettelse ved

Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Colourbox

METODE

Design: randomisert, kontrollert studie.

Allokering: skjult

Blinding: blindet (forskningsassistent)

Oppfølgingstid: tre måneder

Setting: tre akademiske søvnklinikker i Australia

Pasienter: 195 pasienter 18 til 75 års alder (gjennomsnittsalder 50 år, 74 prosent menn), som hadde skår på Epworth Sleepiness Scale (ESS) på ≥ 8 , sykehistorie med snoring alle eller nesten alle netter, og én oksygen «saturation» (SaO_2) dip > 2 prosent i en rate av > 27 dipper/time. Eksklusjonskriteriene var ustabil hjerte- og karsykdom, nevromuskulær sykdom som påvirker respirasjonsmuskulene, moderat til alvorlig respirasjonslidelse eller dokumentert hypoksemi eller våken $\text{SaO}_2 < 92$ prosent samt psykiatrisk lidelse.

Intervensjon: sykepleierstyrt behandling (n=100) eller lege-

styrt behandling (n=95). Sykepleierstyrt behandling innebar autotitrering CPAP mellom 4 og 20 cm H_2O for fire etterfølgende netter hjemme hos pasienten. Sykepleierne vurderte CPAP-data og innstilte CPAP-maskinen til pasienten sammen med mål for «compliance», en optimal luftfukter og satte trykket til median på 95 centilverdi. Legenes behandling besto av full laboratorietesting med polysomnografi etterfulgt av, neste natt, manuell CPAP-titrering for å oppheve snoring, oksygen «desaturation», apné og hypoapné under polysomnografi. En spesialist vurderte pasientens sykehistorie, fysiske tilstand og rapport fra polysomnografi før han forordnet CPAP-innstilling. Sykepleiere satte pasientene på CPAP-maskinen lik den sykepleierstyrte gruppen.

Utfall: endringer i tretthet på dagtid (ESS). Sekundærutfall inkluderte livskvalitet, nevrokognitiv funksjon og CPAP-bruk.

Pasientoppfølging: 89 prosent (intention-to-treat analyse).

HOVEDRESULTAT

Sykepleierstyrt behandling skilte seg ikke fra legestyrt behandling når det gjaldt tretthet på dagtid (tabell), livskvalitet, nevrokognitiv funksjon eller bruk av CPAP.

KONKLUSJON

Sykepleierstyrt behandling var like bra som legestyrt behandling for pasienter med symptomatisk moderat til alvorlig søvnapné.

Sammendrag fra: Antic NA, Buchan C, Esterman A, et al. A randomized controlled trial of nurse-led care for symptomatic moderate-severe obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;179:501-8.

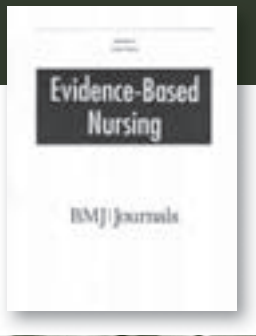
Korrespondanse til: Dr N A Antic, Repatriation General Hospital, Daw Park, South Australia, Australia; nick.antic@health.sa.gov.au.

Finansiering: National Health and Medical Research Council of Australia; oximeters donated by Masimo (Irvine, CA), and CPAP equipment loaned by ResMed (Sydney, Australia).

TABELL 1: Sykepleierstyrt versus legestyrt behandling for symptomatisk moderat til alvorlig obstruktiv søvnapné

Utfall	Gjennomsnittlig endring fra baseline		
	Sykepleierstyrt	Legestyrt	Forskjell i gjennomsnittlig endring etter tre mnd. (95 % KI)
Epworth Sleepiness Scale*	14,02	4,15	-0,13 (-1,52 til 1,25)

*Skår fra 0 til 24, høyere skår indikerer økt tretthet. Kriteriet for ingen forskjell ble møtt fordi nedre grense av konfidensintervallet for gjennomsnittsforskjell i endring ved ESS ikke inkluderte -2.



Denne studien fra Antic og medarbeidere er den første velkontrollerte randomiserte studien om en ambulant behandlingsmodell for første vurdering og påfølgende behandling for søvnapné. Modellen antyder at ressurskrevende testing i søvnlaboratorium ikke trenger å være nødvendig før man starter behandling og at man kan dermed spare både kostnader og ventetid. Fordi modellen bruker protokoller innen handlingsrommet til sykepleiere har det potensial for å møte legemangel overfor pasienter med søvnapné. Mangel på medisinske ressurser er kritisk fordi ubehandlet søvnapné kan føre til alvorlige kardio-vaskulære komplikasjoner og trafikkulykker (1). Funnene i studien til Antic og medarbeidere antyder at søvnspecialister kan bruke

ambulante modeller for å vurdere pasienter som har størst behov for snarlig behandling or søvnapné. Det trengs mer kunnskap generert fra polysomnografi om oksygenmetning og om behandlingen er tilfredsstillende behandlet hjemme med CPAP under søvn ved bruk av ambulant modell for å fastsatte effekten av denne omsorgsmodellen. Likevel, studien gir støtte for at preliminær diagnose og oppstart av behandling kan håndteres av sykepleiere i pasientens hjem. Søvnsentre som er i forkant og bruker sykepleiere til hjemmebasert screening av pasienter med mistanke om søvnapné og benytter hjemmetitrering av CPAP-nivåer bør tilby adekvat kontinuerlig opplæring og støtte til sykepleiere, nøye evaluering av pasientutfall, vurdering av utstyr og

validering av modellen ved hjelp av polysomnografi for pasienter som blir behandlet av sykepleiere. Resultatet har også implikasjoner for høyskolelærere i sykepleierutdanning i grunn- og videreutdanning. Å sikre at nyutdannede har kunnskap om søvn, vurdering av søvn og behandling kan øke sykepleieres kjennskap til og øke deltakelse i denne voksende spesialiteten i helsetjenesten.

Judith A Floyd, RN, PhD, FAAN. College of Nursing, Wayne State University Detroit, Michigan, USA

1. Pagel JF. J Am Board Fam Med 2007;20:392-8.

© Evidence Based Nursing (EBN) oktober 2009 Vol 12 nummer 4.

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lørdal**, redaktør i Sykepleien Forskning og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud.

Bruk av «hjemmerespirator»

Entusiasme blant det lokale helsepersonellet hadde betydning for hvor utbredt det er med hjemmerespirator.

Bruk av hjemmerespirator varierer sterkt fra fylke til fylke og fra land til land. Dette var bakgrunnen for ønsket om å studere hvilke forklaringer helsepersonell, som arbeider med disse pasientene,

hadde til at det var så stor variasjon. Grounded Theory ble brukt som forskningsdesign, og data ble samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervju. Deltakere var helsearbeidere med ulik profesjonsbakgrunn som arbeidet med pasienter med hjemmerespirator. Det ble opprettet fokusgrupper ved seks sykehus. Totalt deltok 34 personer. Antall pasienter med hjemmerespirator varierte fra 24 til 58 i fylkene som sykehusene hadde geografisk tilhørighet til. Intervjuene ble ledet av en moderator og varte fra 70 til 90 minutter. De ble tatt opp på bånd og nedskrevet verbatim. Diskusjonsguiden som ble brukt ble endret etter hvert ut fra fortløpende analyse av intervjuene. Analysen konkluderte med at entusiasme blant helsepersonalet, spesielt blant leger med spesialistutdanning i lungemedisin og anestesiloger, var overordnet

og viktig for utbredelsen av hjemmerespirator i lokalområdet. Videre ble behovet for høy kompetanse blant helsepersonell vedrørende respiratorbehandling i hjemmet, rekruttering av nye pasienter og av helsearbeidere som arbeidet utenfor sykehuset, flerfaglig samarbeid og helsearbeidernes personlige holdninger til behandling beskrevet som viktige faktorer.

Studien konkluderer med at entusiasme ikke alene forklarer ulikheter i utbredelsen av hjemmerespirator. Kompetanse i det flerfaglige helseteamet, spesielt i kompliserte behandlingssituasjoner er en viktig forklaringsfaktor.

REFERANSE

Dybwik K, Tollati T, Nielsen EW, Brinchmann BS. Why does the provision of home mechanical ventilation vary so widely? *Chron Respir Dis* 2010; doi 10.1177/1479972309357497

I tillegg til høy kompetanse i en flerfaglig gruppe av helsepersonell, beskriver forskerne at entusiasmen blant personalet har sentral betydning for utbredelsen av hjemmerespiratorbehandling. Studien angir at helsearbeidernes grad av entusiasme kan ha innvirkning på hvilken type behandling pasientene får og understreker dermed viktigheten av at pasienter møter engasjerte helsearbeidere.

KOMMENTAR

Multikulturelle pårørende på intensivavdeling

For at pasienter ikke skulle bli for engstelige, ønsket noen pårørende med ikke-vestlig bakgrunn å holde informasjon om sykdomstilstanden til sine nærmeste hemmelig for dem.

Dette var ett av funnene i en studie som undersøkte multikulturelle pårørendes erfaringer med sykepleiere på intensivavdeling når en av deres nærmeste var innlagt. Et hermeneutisk forskningsopplegg som bygde på Gadamer's

tenkning ble benyttet for å utforske ikke-vestlige pårørendes erfaringer.

Fem deltakerne fra tre universitetssykehus i en helseregion i Norge ble rekruttert til studien. Inklusjonskriteriene som deltakerne måtte innfri var at en av deres nærmeste skulle ha vært kritisk syk og innlagt på intensivavdeling minst tre dager i løpet av de siste seks månedene, være mellom 18 og 70 år, ha en ikke-

vestlig etnisk eller kulturell bakgrunn og kunne forstå og snakke norsk. Informantene i utvalget hadde en gjennomsnittsalder på 29 år, var stort sett første generasjon innvandrere fra Somalia, Kina, Sri Lanka, Vietnam og Eritrea. Deres religiøse tilknytning var til islam, buddhisme, hinduisme eller kristendom.

Spørsmålene forskeren stilte omhandlet konkret sykepleier-episoder de hadde opplevd, kom-

> 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 Annars.Lerdal@hibu.no

Livskvalitet hos personer med sykkelig overvekt

Pasienter som står på venteliste for kirurgisk behandling for sykkelig overvekt hadde dårligere livskvalitet enn befolkningen for øvrig.

Dette var ett av funnene i en studie av sammenhengen mellom smerter i muskler og skjelett, depressive symptomer og helserelatert livskvalitet hos personer som ventet på kirurgisk operasjon på grunn av sykelige overvekt. Med sykkelig overvekt menes her personer som har en body mass index (BMI) (vekt [kg]/ høyde [m]²) på over 40 eller høyere, eller mellom 35 til og med 40, med samtidig alvorlig sykdom.

I tverrsnittstudien deltok 51 pasienter som sto på venteliste for Duodenal-switchoperasjon ved Førde sykehus. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 37 år og 28 av deltakerne var kvinner. I tillegg til data fra kliniske undersøkelser, ble pasientenes helserelatert livskva-

litet (HrL) målt ved hjelp av spørreskjemaet Short Form-36 Health Survey (SF-36). I tillegg til et generelt spørsmål om vurdering av egen helse, måler spørreskjemaet åtte dimensjoner: fysisk funksjon, rollebegrensning knyttet til dårlig fysisk helse eller tilsvarende begrensninger knyttet til følelsesmessige problemer, smerter, vitalitet, generell helse, sosial funksjon og mental helse. Skåringer fra disse domene omregnes også til en fysisk og en psykisk helsedimensjon.

Multivariate analyser viste en sterk sammenheng mellom muskel-skjelettsmerter og lavere skår på både fysisk og psykisk helsedimensjon (standardiserte betaverdier på henholdsvis: -0,52 og -0,27). Depressive symptomer var relatert til psykisk helse (standardisert betaverdi: -0,71). I disse analysene ble det samtidig kontrollert for sammenhenger

mellom alder, kjønn, BMI og samsykdommer i forhold til fysisk og psykisk helse. I utvalget oppga 91,7 prosent at de hadde muskelskjelettsmerter og 33,3 prosent hadde skårer over cut-off verdien for depresjon.

REFERANSE

Andersen JR, Aasprang A, Bergsholm P, Sletteskog N, Vage V, Natvig GK. Predictors for health-related quality of life in patients accepted for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:329-33.

Studien viser en høy andel med helseplager og redusert HrL sammenlignet med befolkningen for øvrig blant personer som venter på operasjon for sykkelig overvekt. Sammenhengene mellom muskelskjelettsmerter, depresjon og HrL var sterke i denne studien.

KOMMENTAR

munikasjonen med sykepleierne og deres tilfredshet og eventuell utilfredshet med måten de var blitt behandlet på av personalet på intensivavdelingen. Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ut verbatim. Data ble analysert ut fra en fenomenologisk hermeneutisk metode.

Det overordnede tema som fremgår av funnene var «strevet med å bevare familiens kulturelle tilhørighet innenfor sykehussys-

temet». Dette innebar å filtrere informasjonen for å redusere bekymringer, å forstå og bli forstått, beskytte kulturelle tradisjoner og samhandling mellom rolle, regler og forventninger.

REFERANSE

Høye S, Severinsson E. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26:24-32.

Studiens funn beskriver hvordan pårørende med ikke-vestlig kulturell bakgrunn kan ha et verdisyn som er annerledes enn det vestlige. Spesielt synes dette å gjelde synet på paternalisme og autonomi. Den ulike verdiforståelsen kan skape etiske dilemma for sykepleierne og andre helsepersonell som har ansvar for ikke-vestlige pasienter.

KOMMENTAR



AVVIK I LEGE- MIDDELHÅNDBTERING



Foto: Enik M. Sundt



Hva tilfører artikkelen?

Det er store avvik i håndtering av legemidler i norske sykehjem og at det er stort behov for å forbedre praksis.

Mer om forfatterne

Øyvind Kirkevold er sykepleier, MPH, dr.philos. Han er ansatt som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og som 1.amanuensis ved Fakultet for helse- og idrettsfag, Universitet i Agder.

Knut Engedal er dr.med/professor. Han er ansatt ved Oslo universitets-sykehus HF og ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Kontaktperson: oyvind.kirkevold@ald-ringoghelse.no



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Studier i norske sykehjem viser at det er vanlig å tilsette medisiner i pasientenes mat uten at de vet det. Ni av ti sykehjem knuser tabletter som ikke skal knuses.

Hensikt: Derfor designet vi en studie i den hensikt å kartlegge rutiner og kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i sykehjem med fokus på knusing og deling av medikamenter.

Metode: Det ble utviklet et spørreskjema som ble sendt til 721

sykehjem. Vi fikk svar fra 1037 avdelinger som representerte 463 sykehjem (64 prosent).

Resultat: Nesten halvparten av avdelingene oppgav at pasienten fikk tilsatt medisin i mat eller drikke uten at de visste det. Legen ble som regel, eller alltid, konsultert i 74 prosent av tilfellene, pårørende ble sjeldent konsultert (39 prosent av tilfellene). Ved tvil om et preparat kunne knuses, ble dette som regel eller alltid sjekket i 95 prosent av avdelingene. Felles-

katalogen var den vanligste kilden til informasjon.

Konklusjon: Nesten 60 prosent av avdelingene oppgav at informasjonen i Felleskatalogen om knusing/deling av legemidler enten var vanskelig å finne eller var uklart. Omtrent 40 prosent av de som brukte pakningsvedlegget hevdet at informasjon om knusing/deling var vanskelig å finne eller var uklart. 65 prosent av avdelingene registrerte aldri knusing/deling av legemidler som avvik.

» Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter

Forfattere: Øyvind Kirkevold og Knut Engedal

NØKKELORD

- Sykehjem
- Medisinhandtering
- Spørreundersøkelse

BAKGRUNN

Undersøkelser viser at det er mange muligheter for feil i administrasjon av legemidler (1). Vanlige feil er at det gis feil legemiddel, feil dose eller legemiddel gis til feil pasient. Ifølge studier kan feil forventes i om lag 20 prosent av alle behandlingsforløp der medikamenter blir brukt, og 38 prosent av feilene er knyttet til administrasjon av legemidler (1). De fleste studiene er gjennomført på sykehus og ikke i Norge.

Skjult medisiner

Studier om bruk av tvang i norske sykehjem viser at 46 prosent av avdelingene på norske aldersinstitusjoner av og til knuser medisiner og tilsetter det i pasientens mat eller drikke uten at pasienten vet det (2). To studier viste at over 10 prosent av pasientene i norske sykehjem fikk tilsatt medisin i mat eller drikke uten at de visste det, men at det var færre pasienter som ble utsatt

for denne praksisen i 2007 enn i 2000 (3, 4).

Knusing generelt

Det er hevdet at det å knuse tabletter og blande det i mat og drikke er lite problematisk så lenge det ikke gjelder medisiner som ikke skal knuses. Felleskatalogen opplyser hvilke medisiner som ikke skal knuses (for eksempel enterotabletter) (5). En litteraturgjennomgang med søk på knusing av medisiner viste imidlertid at det er flere problemer knyttet til knusing av medisiner: doseringen endres (vet ikke hvor mye pasienten får i seg), effekten endres (raskere absorpsjon, eller minsket effekt ved knusing av enterotabletter), medisinerne forurenses ved at samme redskap blir brukt i knusing av tabletter til flere pasienter eller forurensing av miljø ved knusing av antibiotika eller medisiner med cytostatisk effekt (6–8). En studie gjennomført i Nord-Trøndelag, viser at ni av ti sykehjem knuste depottabletter eller enterotabletter (9).

Målsetting

Vi designet en studie for å kartlegge rutiner for hvordan knusing av legemidler håndteres i norske sykehjem. Problemstillingene var:

- Knuses og gis legemidler uten at pasientene vet om det?
- Hvis pasienten ikke vet eller forstår, i hvor stor grad involveres pårørende?
- Hva er legens rolle i avgjørelsen om knusing av medisin?
- Hvordan kontrolleres det at et legemiddel kan knuses eller deles?
- Hvordan brukes Felleskatalogen og pakningsvedlegget til å få informasjon om et legemiddel kan knuses/deles?
- Hvordan dokumenteres knusing/deling av medisin?
- Hvilke behov ser personalet for forbedringer i rutiner for medisiner?

METODE

Det ble utviklet et spørreskjema for å kartlegge hva slags avdeling data hentes fra (somatisk avdeling, skjermet enhet eller annet), antall plasser på avdeling og hvem som deler ut medisin («sykepleier/vernepleier» eller «sykepleier/vernepleier og hjelpepleier/omsorgsarbeider»). Det ble spurt om det gis skjult medisiner på avdelingen (daglig, ukentlig, av og til eller aldri) og om i hvor stor grad legen involveres i avgjørelsen om å gi medisin skjult og om pårørende informeres/spørres i slike situasjoner (se tabell 2). To spørsmål

omhandlet om det ved tvil ble kontrollert om et legemiddel kunne knuses eller deles (se tabell 2 og 3). Det ble spurt om Felleskatalogen ble brukt, og i tilfelle hvilken utgave (trykket utgave, internett, CD eller håndholdt PC [personal digital assistent PAD]) som ble brukt. Spørsmålene om hvor tilgjengelig (lett å finne/lett å forstå) informasjonen i Felleskatalogen er, er gjengitt i tabell 4. De samme spørsmålene som ble stilt om Felleskatalogen, ble også stilt om pakningsvedlegget til medisinene. Tre spørsmål omhandlet bruk av medikamentkort/medikamentliste og to om

avvikshåndtering (det første er gjengitt i tabell 5 og det andre var et åpent spørsmål om hvordan avvik registreres/håndteres). Til sist ble det spurt om behov for forbedringer (gjengitt i tabell 6). Til sammen var det 22 spørsmål, alle var lukkede med svaralternativer unntatt ett om hvordan avvik i administrasjon av legemiddel håndteres. Det ble fylt ut et skjema i hver avdeling. For å redusere feilkilden ved at forskjellige personer tolker spørsmålene forskjellig, ble det i veilederen for utfylling av skjemaet understreket at «det er best om tre fire personer som regelmessig administrerer medisiner på avdelingen, setter seg ned og fyller ut skjemaet sammen».

Utvikling av spørreskjema

Spørreskjemaet ble utviklet i tre faser. Første fase besto av et intervju med farmasøyt som hadde vært tilsynsfarmasøyt på sykehjem, og to gruppeintervju med en sykepleier, en hjelpepleier og en lege på et sykehjem. I intervjuet med farmasøyten og i første gruppeintervju på sykehjemmet fokuserte vi på hva intervjuobjektene opplevde som utfordringer i administrasjon av legemidler på sykehjem. I det

andre gruppeintervjuet ble det fokusert på hva som kan gjøres bedre og hva vi bør vite mer om. På bakgrunn av disse intervjuene og funn fra tidligere studier (3, 4, 10) ble det laget et utkast til spørreskjema. I andre fase ble utkastet til skjema forelagt en gruppe sykepleiere fra to undervisnings-sykehjem. I denne gruppen ble de enkelte spørsmålsstillingene diskutert med henblikk på relevans i forhold til problemstillingen, forståelighet og entydighet. Etter dette ble utkastet ferdigstilt og lagt fram for gruppen på nytt. Dette førte til mindre endringer. Tredje fase var pilotutprøving av skjemaet på de to undervisnings-sykehjemmene som var med på utviklingen av skjemaet. Piloten besto i at fem avdelinger fikk skjemaet og fylte det ut, kun med den informasjonen som fulgte skjemaet. I tillegg svarte de på spørsmål om hvordan skjemaet fungerte når det gjaldt forståelighet og entydighet. Dette førte til nye justeringer før skjemaet ble trykket for denne studien.

Utsendelse

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har adresseliste over de fleste aldersinstitusjoner i Norge. Listen inneholder

TABELL 1: På vår avdeling gis legemidler i en pasients mat eller drikke uten at pasienten vet det N=1037

Svaralternativ	Antall avdelinger (prosent)
Daglig	112 (10,8)
Ukentlig	21 (2,0)
Av og til	343 (33,1)
Aldri	542 (52,3)
Ubesvart	19 (1,8)

TABELL 2: Når pasienten ikke ville ha, ikke forsto, eller det var tvil om legemiddelet kunne deles eller knuses – antall (prosent)

N=1037	Alltid	Som regel	Av og til	Sjeldent	Aldri	Ubesvart
Når en pasient ikke vil ha, eller har problemer med å ta et legemiddel, kontaktes legen for å avgjøre hva som skal gjøres.	344 (33,2)	420 (40,5)	144 (13,9)	97 (9,4)	16 (1,5)	16 (1,5)
Hvis en pasient ikke er i stand til å forstå at han/hun får legemidler, informeres/spørres pårørende om råd.	111 (10,7)	295 (28,4)	290 (28,0)	242 (23,3)	82 (7,9)	17 (1,6)
Ved tvil om et legemiddel kan knuses og/eller tas til mat/drikke, kontrolleres dette.	639 (61,6)	341 (32,9)	39 (3,8)	11 (1,1)	1 (0,1)	6 (0,6)

imidlertid andre institusjoner enn sykehjem. Denne listen ble brukt som utgangspunkt for å lage en utsendelsesliste. Listen ble manuelt gjennomgått og andre institusjoner enn sykehjem ble tatt ut. Det resulterte i 759 adresser. Det ble sendt ut fem spørreskjemaer til hver adresse med forespørsel om at skjemaene ble distribuert til avdelingene på institusjonene. Hvert sykehjem ble fortløpende nummerert. Returkonvoluttene var nummerert med sykehjemets nummer slik at vi kunne se hvilket sykehjem som hadde svart. Dette ble registrert når konvoluttene ble åpnet, deretter ble konvoluttene makulert. Skjemaene hadde ingen identifiseringskoder. Vi fikk tilbakemelding fra 38 adressater om at de ikke var relevante for undersøkelsen. Den største delen av disse var feil adresse (retur fra posten 16 stk.) eller at institusjonen var nedlagt (6 stk.). Tretten mottakere av skjemaene svarte at de ikke var institusjon (for eksempel dagsenter eller eldresenter) og tre institusjoner fikk to forsendelser (to forskjellige adresser eller sammenslåtte institusjoner). Det vil si at 721 institusjoner ble inkludert i studien.

STATISTIKK

Resultatene presenteres med deskriptiv statistikk (antall og

prosent). SPSS v 16.0 er brukt til alle analysene.

ETIKK OG JUSS

Spørreskjemaene inneholdt ingen personopplysninger verken om pasienter, personell eller andre. Besvarelsen var anonym og det var frivillig å svare. Det ble ikke

Noen av disse var bofellesskap for personer med demens og var ikke definert som sykehjem. Litt over 19 prosent av avdelingene krysset av for annet (199; 19,2 prosent). Dette var hovedsakelig rehabiliteringsavdelinger og avlastningsavdelinger. Åtte avdelinger besvarte ikke spørsmålet

” 46 prosent av avdelingene på norske aldersinstitusjoner knuser av og til medisiner og tilsetter det i pasientens mat eller drikke uten at pasienten vet det.

sendt ut noen purringer og det var heller ikke noen premier/sanksjoner mot dem som svarte/ikke svarte. Undersøkelsen var derfor ikke meldepliktig til Personvernombudet eller regional etisk komité for forskningsetikk.

RESULTATER

Vi fikk svar fra 463 institusjoner (64 prosent) og fra 1037 avdelinger, det vil si gjennomsnittlig 2,2 avdelinger per institusjon. Det er avdelinger som er målgruppen for denne studien og antall avdelinger er utgangspunktet for presentasjon av resultater (N=1037). Den største gruppen var somatiske sykehjemsavdelinger (574; 55,4 prosent) og deretter skjermede enheter for personer med demens (256; 24,7 prosent).

om type avdeling (0,8 prosent). I den videre behandlingen er somatiske avdelinger og «annet» slått sammen (773; 74,5 prosent). Avdelinger i denne kategorien (somatisk/annet) hadde signifikant flere pasienter enn skjermede enheter (17,6 pasienter vs. 12,0; student-t test $p < 0,001$). Det vil si at det var til sammen 19 677 pasienter på de avdelingene som har besvart spørreskjemaet, og 3 072 (16 prosent) av disse bor på skjermet enhet. Det er noe færre enn gjennomsnitt antall plasser på skjermede enheter i Norge (11) og skjermede enheter er derfor noe underrepresentert i denne studien.

De fleste avdelingene oppgav at både sykepleier/vernepleier og hjelpepleier/omsorgsarbei-

TABELL 3: Kontroll om knusing gjøres oftest ved å ... (rangert fra en til tre) – antall (prosent)

N=1037	Førstevalg	Andrevalg	Tredjevalg	Total i prosent
Slå opp i Felleskatalogen	622 (60,0)	197 (19,0)	44 (4,2)	83,2
Spørre legen	190 (18,3)	255 (24,6)	227 (21,9)	64,8
Spørre en mer erfaren kollega	96 (9,3)	190 (18,3)	156 (15,0)	42,6
Lese pakningsvedlegget	74 (7,1)	177 (17,1)	146 (14,1)	38,3
Ringe apoteket	33 (3,2)	123 (11,9)	263 (25,4)	40,5
Svarprosent	97,9	90,9	80,6	

der delte ut medisiner (971; 93,6 prosent) og 56 avdelinger oppga at det kun var sykepleier/vernepleier som gjorde dette (5,4 prosent). Ti avdelinger besvarte ikke dette spørsmålet (1,0 prosent).

mede enheter (57,2 prosent vs 40,4 prosent; chi-kvadrat test $p < 0,001$).

Det ble stilt tre spørsmål om hvordan avdelingen håndterte situasjoner hvor pasienten ikke ville ha, ikke forsto, eller det var

dette «alltid» eller «som regel» i 94 prosent av avdelingene (tabell 2). Det hyppigste hjelpemiddelet er Felleskatalogen som over 83 prosent av avdelingene oppgir å bruke, og 60 prosent oppgir at Fellekatalogen er første valg når det skal sjekkes om en tablett kan knuses eller deles (tabell 3).

” Felleskatalogen inneholder for dårlig informasjon om knusing og deling av medikamenter.

Skjult medisinerer

Nesten halvparten av avdelingene oppgav at de ga medisin knust i pasientenes mat eller drikke uten at pasientene visste det, i hvert fall av og til (tabell 1).

Det var signifikant flere somatiske/andre avdelinger som svarte at de aldri ga medisin uten at pasientene visste det, enn skjer-

tvil om legemiddelet kunne deles eller knuses. Som det går fram av tabell 2, så informeres/spørres pårørende aldri eller sjeldent i over 30 prosent av avdelingene, mens legen kontaktes alltid eller som regel, i nesten 74 prosent av avdelingene.

Ved tvil om et legemiddel kan knuses eller deles, kontrolleres

Bruk av Felleskatalogen og pakningsvedlegg

Det var 30 avdelinger (3 prosent) som oppga at de ikke brukte Felleskatalogen. Av de avdelingene som brukte Felleskatalogen var det 971 som brukte den trykte utgaven (94 prosent) mens tre avdelinger brukte PDA eller CD og 31 avdelinger brukte internettversjonen av Felleskatalogen. To avdelinger svarte ikke på dette spørsmålet. Av de 1005 avdelingene som oppga at de brukte Felleskatalogen anga 40,7 prosent at det var lett å finne og lett å forstå informasjon om knusing og deling av medikamenter i Felleskatalogen. Resten opplevde problem på et av disse to områdene (tabell 4).

Det var 363 avdelinger (35,0 prosent) som oppgav at de ikke brukte pakningsvedlegget. Av de som brukte pakningsvedlegget var det langt de fleste som brukte vedlegget som lå i medisesken (574; 55,4 prosent) mens 53 avdelinger (5,0 prosent) brukte internettutgaven. Av de 626 avdelingene som brukte pakningsvedlegget, var det 307 (59,1 prosent) som oppga at informasjonen i pakningsvedlegget om knusing/deling av medisiner var lett å finne og lett å forstå. Resten mente at informasjonen var lett å finne, men kunne være uklar (122; 19,5 prosent), vanskelig å finne, men lett å forstå (54, 8,6 prosent) eller både vanskelig å finne og kunne være uklar (56; 8,9 prosent). Tjuefire av avde-

TABELL 4: Informasjonen i Felleskatalogen, om knusing/deling av medisiner er ...

N=1005	Antall avdelinger (prosent)		
	Lett å forstå	Kan være uklar	Totalt
Lett å finne	409 (40,7)	238 (23,7)	647 (64,4)
Vanskelig å finne	192 (19,1)	158 (15,7)	350 (34,8)
Totalt	601 (59,8)	396 (39,4)	997 (99,2)
Ubesvarte			8 (0,8)

TABELL 5: Knusing/deling av legemidler registreres som avvik hos oss

N=1037	Antall (%)
a) Alltid	30 (2,9)
b) Når det står i Felleskatalogen at legemiddelet ikke skal eller ikke bør deles knuses	198 (19,1)
c) Når pasienten ikke vet eller ikke forstår at det gis et legemiddel	41 (4,0)
d) Når det står i Felleskatalogen (alt. b) eller pasienten ikke vet (alt. c)	43 (4,1)
e) Aldri	673 (64,9)
Ubesvart	52 (5,0)

lingene (3,8 prosent) oppga at de brukte pakningsvedlegget til informasjon om knusing/deling av medisiner og svarte ikke på dette spørsmålet.

Dokumentasjon og avvikhåndtering

Merknadsfeltet på medikamentkortet eller medikamentlisten ble hyppig brukt til informasjon om knusing eller deling av legemidler. 600 (57, 8 prosent) avdelinger svarte at ved knusing eller deling av legemidler, ble merknadsfeltet alltid eller som regel brukt til informasjon om dette. Nesten samme antall (610; 58,9 prosent) mener at merknadsfeltet på medisinkortet eller medisinalisten er meget godt eller godt egnet til å gi informasjon om knusing eller deling av legemidler. Det var 173 avdelinger (16,7 prosent) som mente at merknadsfeltet var dårlig egnet til dette. På spørsmålet om knusing av medikamenter ble beskrevet andre steder enn på medikamentkort/medikamentliste, svarte 499 avdelinger (48,1 prosent) ja på dette, men en stor del av disse svarte at de også brukte merknadsfeltet (286 avdelinger). Det vil si at 189 avdelinger (18,2 prosent) verken bruker merknadsfeltet på legemiddelkortet/legemiddellisten, eller noterer

opplysninger om knusing/deling av legemidler annet sted.

De fleste avdelingene registrerte ikke knusing/deling av legemidler som avvik, selv om pasienten ikke visste at han/hun får legemiddel eller det står oppført i Felleskatalogen at legemiddelet ikke bør eller ikke skal knuses/deles (tabell 5). Langt de fleste som svarer på spørsmålet om «hvordan håndteres avvik i administrasjon av legemidler?» (åpent spørsmål) svarer at det er gjennom forskjellige former for standard avviksregistrering, enten i datasystem eller i papirform. Flere av de som oppgir aldri å registrere knusing av medisiner som avvik oppgir at de har avviksregistrering og at dette brukes for andre typer avvik i administrasjon av legemidler.

Behov for forbedringer

Til sist var det fire spørsmål om behovet for mer/bedre rutiner eller tjenester på områder knyttet til administrasjon av legemidler. Det området det ble uttrykt størst behov, var behovet for bedre/mer kunnskap om legemidler (tabell 6).

DISKUSJON

Denne studien bekrefter funnene i en tidligere norsk studie (2) som viser at nesten halvparten av

sykehjemmene tilsetter medisin i mat og drikke uten at pasienten vet det (i hvert fall av og til). Pasientenes pårørende involveres i liten grad når en pasient ikke vil ha et legemiddel og ikke er i stand til å forstå at han/hun får et legemiddel (tabell 2). Dette er betenkelig fordi pasientrettighetsloven (12) setter tydelige krav til at nærmeste pårørende skal informeres og involveres når en pasient mangler samtykkekompetanse (§§ 3.3, 4.3 og 4.6). Vi har ikke funnet andre studier som berører dette punktet og har kun data fra denne undersøkelsen for å finne mulige forklaringer. En nærliggende forklaring er at personalet ikke oppfatter knusing og deling av medikamenter som avvik (se tabell 5), og dermed ikke opplever at de skjuler noe for pasienten og pårørende eller avviker fra standard prosedyre for administrasjon av legemidler. En annen forklaring kan være at kunnskapen om pasientrettighetsloven er lav og at mange avdelinger ikke forholder seg til loven.

Langt de fleste avdelingene oppga at hvis de var i tvil, kontrollerte de om et legemiddel kunne knuses eller deles (tabell 2) og Felleskatalogen var den absolutt viktigste kilden til slik informasjon (tabell 3). Det er

TABELL 6: Behovet for endring av rutiner eller av tjenesten knyttet til administrasjon av legemidler, antall (%)

N=1037	Stort behov	Noe behov	Lite behov	Ikke behov	ubesvart
Det er behov for bedre kommunikasjon mellom lege og sykepleier	78 (7,5)	395 (38,1)	328 (31,6)	219 (21,1)	17 (1,6)
Det er behov for bedre skriftlige rutiner for administrasjon av legemidler	77 (7,4)	447 (43,1)	327 (31,5)	168 (16,2)	18 (1,7)
Det er behov for bedre/mer kunnskap om legemidler	199 (19,2)	730 (70,4)	77 (7,4)	16 (1,6)	15 (1,4)
Det er behov for mer/bedre tilsyn av farmasøyt i avdelingen	86 (8,3)	395 (38,1)	360 (34,7)	179 (17,3)	17 (1,6)

derfor betenkelig når 59 prosent av avdelingene oppgir at informasjon om å knuse eller dele medisin er vanskelig å finne eller er uklart i Felleskatalogen (tabell 4). En mulig forklaring, er at Felleskatalogen inneholder for dårlig informasjon om knusing og deling av medikamenter (13). De neste alternativene var ifølge

om knusing/deling av legemidler viser at det er en utfordring å gi informasjon om dette i mange avdelinger. Det er tydeligvis vanskelig å kvalitetssikre avviksregistrering (tabell 5). I forskrifter om legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp (14) er det stilt krav til at virksomhetene skal ha prosedyrer

skjeller mellom det amerikanske og norske sykehjemsvesenet, men det er likevel ikke usannsynlig at nettopp dårlig system for melding av avvik knyttet til legemiddelhåndtering kan være en viktig årsak til at det er stor underrapportering.

Fra 2008 var det ikke lenger krav om tilsynsfarmasøyt i norske sykehjem (14). Tilsynsfarmasøytene hadde som oppgave å drive opplæring, veiledning og tilsyn med medisinhåndteringen på de enkelte avdelingene. Vår studie viser at det er behov for bedre/mer kunnskap om legemidler (tabell 6). Kanskje det ikke var så klokt å slette kravet om tilsynsfarmasøyt i norske sykehjem?

Denne studien er basert på spørreskjemaer sendt i posten. Både metoden som ble brukt for utvelgelsen og det at vi ikke har opplysninger om dem som ikke svarte, gjør at studien ikke nødvendigvis er representativ. Likevel må det sies at en svarprosent på 64 er meget bra. I den grad det er mulig å spekulere i om de sykehjemsavdelingene som ikke svarte har bedre rutiner for inkludering av pårørende, kontrollere usikkerhet og rapportere avvik, så er det rimelig å anta at de ikke har det. I boken «Spørreskjemametodikk» sier Haraldsen (16) at frafall må ses i sammenheng med hva slags spørsmål som stilles. Vi stiller spørsmål som omhandler gode rutiner, det er nærliggende å tro at avdelinger/institusjoner som har dårlige rutiner, også i mindre grad videresender og formidler spørreskjema enn det er gode rutiner. Vi mener derfor at det er større sannsynlighet for at denne studien underrapporterer enn at den overrapporterer feilpraksis. Spørreskjemaene er verken testet for validitet eller reliabilitet.

” Kanskje det ikke var så klokt å slette kravet om tilsynsfarmasøyt i norske sykehjem?

tabell 3 å spørre legen eller en mer erfaren kollega. Vi har ingen data på hvordan legen oppfatter tilgjengeligheten på informasjonen i Felleskatalogen, men siden skjemaene skulle fylles ut av flere i fellesskap på avdelingen, er det rimelig å anta at «kollega» vil kunne støte på samme problem. Det var betydelig større andel av dem som brukte pakningsvedlegget til informasjon om knusing/deling av legemidler som oppga at informasjonen var lett å finne og lett å forstå. Over en tredel av avdelingene oppgav at de ikke brukte pakningsvedlegget. Dette viser at å anbefale å bruke pakningsvedlegget framfor Felleskatalogen i dette spørsmålet, vil gi mulighet til forbedring. Mange sykehjem har valgt å gå over til et system hvor medisinene kommer fra apoteket i ferdig dosepakke (endose) til den enkelte pasient (1). Dette medfører at det er færre legemidler som oppbevares på sykehjemmene og pakningsvedleggene blir vanskelig tilgjengelige. Internett er tydeligvis ikke så mye brukt verken når det gjelder pakningsvedlegget eller Felleskatalogen (5 prosent og 0,3 prosent).

Det at nesten en av fem avdelinger ikke noterer opplysninger

for evaluering og kontroll og vurdering av risikoforhold, samt sørge for at avvik rapporteres (§ 4 b). I rundskrivet til forskriften utgitt av Helsedirektoratet (14) s. 21 står det: «Avvik i legemiddelhåndtering og feil eller nessten feil gir virksomheten et godt grunnlag for forbedringsarbeid og risikovurdering i legemiddelhåndtering.» I § 7 står det at «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og *på riktig måte*» (forf. uthev.). Andre norske studier (3, 4, 9, 10) viser at det kan være vanskelig å gi medisin på riktig måte, denne studien viser i tillegg at grunnlaget for forbedringsarbeid ved hjelp av systematisk avvikshåndtering er fraværende i mange avdelinger. En amerikansk studie (15) viser at mangel på system for avvikshåndtering, manglende kunnskap om hvordan melde avvik og dårlig tilbakemelding når avvik ble meldt, var de hyppigste årsakene til at avvik i forbindelse med administrasjon av legemidler ikke ble meldt. Frykt for forskjellige former for disiplinærreaksjon overfor de som har gjort feil, kom sist på listen over mulige årsaker til at avvik ikke ble meldt. Det er mange for-

Utviklingen av spørreskjemaet har gått i flere faser og aktuelle aktører har vært involvert i hele prosessen, til slutt har skjemaet blitt testet i en pilot. Dette gjør at spørsmålene har god «face validity». Skjemaene ble fylt ut i felleskap av flere personer på en avdeling. Dette kan i en viss

grad kompensere for at forskjellige personer med forskjellig bakgrunn oppfatter spørsmålene forskjellig.

KONKLUSJON

Denne studien viser at det er store avvik i håndtering av legemidler i norske sykehjem.

Studien har fokusert på forhold som i liten grad er beskrevet i offentlige dokumenter (1, 17) og det er stort behov for å gjøre en innsats for å bedre praksisen på disse områdene.

Studien er finansiert med midler fra Helse og rehabilitering.

REFERANSER

1. **Helsetilsynet.** Sikrere legemiddel-håndtering i pleie- og omsorgstjenester. 2002.
2. **Kirkevold Ø, Laake K, Engedal K.** Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003;18:491-7.
3. **Kirkevold Ø, Engedal K.** Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. *BMJ*, 2005;330:20-2.
4. **Kirkevold Ø, Engedal K.** Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? *Drugs & Aging*, 2009;26:333-44.
5. **Hofstad E.** Syltetøypiller – neppe farlig. *Sykepleien*, 2005;1:25.
6. **Paradiso L, Cosh D, Barnes L.** Crushing or altering medications: what's happening in residential aged-care facilities? *Australasian Journal on Aging*, 2002;21:123-128.
7. **Stubbs J, Haw C, Dickens G.** Dose form modification – a common but potentially hazardous practice. A literature review and study of medication administration to older psychiatric inpatients. *Int Psychogeriatr* 2008;20:616-27.
8. **Wright D.** Tablet crushing is a widespread practice but it is not safe and may not be legal. *The Pharmaceutical Journal*, 2002;269:132.
9. **Wannebo W.** Tablettknusing i sykehjem. *Sykepleien forskning*, 2009;4:6-15.
10. **Kirkevold Ø, Engedal K.** What's the matter with crushing pills and opening capsules? *International Journal of Nursing Practice*; Akseptert for publisering 28. november 2009.
11. **Eek A, Nygård AM.** Lysning i sikte? Forlaget Aldring og helse: Tønsberg. 2006.
12. **Pasientrettighetsloven.** Lov om pasientrettigheter. 1999.
13. **Hernæs N.** Knukket og knust. 2009 [cited 2009 0312]; www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkelnyhet?p_document_id=294449.
14. **Helsedirektoratet.** Legemiddel-håndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Oslo: 2008.
15. **Handler SM, Perera S, Olshansky EF, Studenski SA, Nace DA, Fridsma DB, et al.** Identifying modifiable barriers to medication error reporting in the nursing home setting. *J Am Med Dir Assoc*, 2007;8:568-74.
16. **Haraldsen G.** Spørreskjemamethodikk: etter kokebokmetoden. Ad Notam Gyldendal: Oslo. 1999.
17. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Oslo: 2005.



Har du tatt doktorgrad?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av 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**.

Legemiddel- håndtering i gråsonen

› Pårørende bør tas med på råd ved spørsmål om å knuse eller tilsette medisiner i mat.



Foto: Erik M. Sunna

Av Siobhan Brazill
Fhv. fagutviklingssykepleier
ved Svelvik sykehjem.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

På Svelvik sykehjem finnes det tre avdelinger, en somatisk, en skjermet og en korttids-/rehabiliteringsavdeling. Utdeling av medisiner er et sykepleieransvar, noe som både sykepleierne og tilsynsfarmasøyten mener er den beste måten å følge opp pasientreaksjoner og behov for medisiner på.

Vi kjenner oss igjen i en del av studiens funn og ser at vi innimellom beveger oss i gråsonen når det gjelder medisin håndtering. Medisinkardexen gjennomgås av tilsynslegen ved behov, og alltid i forhold til knusing av tabletter. Stort sett er grunnen til knusing av tabletter relatert til svelgproblematikk og/eller fordi pasienten selv ønsker det. Hvis en pasient nekter å ta medisiner som er knust eller blandet i syltetøy, blir den kastet og hendelsen dokumentert i medisinkardex og i pasientens journal som «nektet tatt». Det er sykepleierens ansvar å undersøke mulighetene

for å gi medisinen i annen form, synonyme preparater, kontakte legen og/eller farmasøyten. Jeg har ikke kjennskap til medisiner gitt under tvang eller skjult i maten, uansett pasientens kognitiv tilstand eller medisinsk behov.

I tråd med studiens funn, blir pårørende i liten grad tatt med i samarbeid og informert om knusing av medisiner selv om sykepleierne sier at de er godt kjent med pasientrettighetsloven. Gråsonen oppstår ofte når sykepleieren får et positivt svar fra pasienten på spørsmål om knusing eller tilsetning av medisiner i mat. Har pasienten oppfattet eller forstått spørsmålet? Vi ser at det er her pårørende kunne og bør bli tatt med i avgjørelsen.

Svelvik sykehjem har et godt fungerende elektronisk kvalitetssystem der alle rutineene blir oppdatert ved behov. Avvik på gjeldende rutiner, lover og forskrifter blir registrert, men det føres ikke som avvik når medi-

siner knuses og gis i syltetøy. Grunnen er at disse situasjoner/behov er kartlagt på legevisitten i forveien. Vi oppfatter det ikke som avvik å tilby medisin i syltetøy så lenge pasienten er forespurt eller ønsker det. Avvik relatert til legemiddel håndtering har vært et fokusområde på sykehjemmet, noe som har avdekket behov for kunnskapsheving og bidratt til kvalitetsforbedring. I lys av artikkelens funn ser vi at registrering av knusing og/eller tilsetning av medisiner i mat som avvik kunne være et godt grunnlag for etisk refleksjon og et utgangspunkt for å avdekke behov for videre kunnskapsheving relatert til bruk av tvang i legemiddel håndtering.

Takk til Elin Lippert, sykepleier på korttids-/rehabiliteringsavdeling ved Svelvik sykehjem.

Les artikkelen på side 16



Hva tilfører denne artikkelen?

Undersøkelsen viser at samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er preget av ineffektiv kommunikasjon og mangel på helhetstenkning.

Mer om forfatterne

Britt V. Danielsen er rådgiver/Master of Health Science (Nursing), Fagforbundet, Omstillingsenheten og prosjektleder for «trygg overføring» tilknyttet Høgskolen i Bergen,

institutt for Sykepleie. Svanaug Fjær er forskningsleder, Dr.polit. IRIS og veileder ved prosjektet «trygg overføring». Kontaktperson: britt.danielsen@fagforbundet.no



Foto:Enik M. Sundt

Bakgrunn: Det er store utfordringer knyttet til bedring av samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten i helsevesenet. Denne studien er et ledd i et utviklingsprosjekt for å belyse kontaktflater og bedre kvaliteten rundt overføringen av syke eldre fra sykehus til kommune. Utskrivingsprosessen fra sykehus til kommunehelsetjenesten er en sentral oppgave for sykepleiere på begge tjenestenivå.

Hensikt: Hensikten har vært å identifisere faglige og organisatoriske forhold som er problematiske i forbindelse med overføring av pasien-

ter og gi innspill som kan bedre og sikre samhandling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune.

Metode: Materialet består av tre fokusgruppeintervjuer av i alt tolv sykepleiere fra Haukeland Universitetssykehus og Bergen kommune, samt supplerende data fra journalgransking av sykepleieopplysninger fra 67 pasienter ved tre sengeposter ved Haukeland Universitetssykehus.

Resultater: Kontaktflaten mellom de to tjenestenivåene framsto som uorganisert når det gjaldt vurdering av pasientens funksjonsnivå, hjelpe-

behov og forventninger til det andre tjenestenivået. På tross av at samhandlingen var strukturert gjennom avtaler, skjedde vurderinger ut fra en delvis løsevev oppfatning om pasientens beste. Sykepleiernes fleksibilitet og faglige skjønn bidro til at overføringen oftest fungerte.

Konklusjon: Kommunikasjonslinjene var ofte ineffektive, og forhandlingene mellom systemene ble tilspisset mot helg. Det er behov for å styrke helhetstenkningen slik at både de administrative, faglige og verdimesigse utfordringene for å bedre samhandlingen mellom nivåene utvikles.

» Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune

Forfattere: Britt V. Danielsen,
Svanaug Fjær

NØKKELORD

- Samhandling
- Kommune
- Sykehus
- Eldre
- Fokusgrupper

INTRODUKSJON

Å bedre samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten i helsevesenet blir oppfattet som en stor og viktig oppgave (1–6). Studien som presenteres i denne artikkelen er et ledd i et utviklingsprosjekt for å belyse kontaktflater og bedre kvaliteten rundt overføringen av syke eldre fra sykehus til kommune. Prosjektet «trygg overføring» er et samarbeidsprosjekt finansiert av utviklingsmidler fra Høgskolen i Bergen (HiB) og Helse-Bergen HF og er nå tilknyttet Senter for omsorgsforskning Vest (HiB) (7–9). Vi har tatt utgangspunkt i utskrivelse og overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten fordi dette er en sentral oppgave for sykepleiere på begge tjenestenivåer. Artikkelen oppsummerer konkrete erfaringer med hvordan samhandlingen foregår mellom syke-

pleiere på mikronivå i forbindelse med utskrivningen av syke eldre pasienter. På bakgrunn av denne kunnskapen ønsker vi å diskutere innspill som kan bedre og sikre samhandling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune.

Hensikten med artikkelen er å identifisere faglige og organisatoriske utfordringer som er problematiske i forbindelse med denne overføringen, og bidra til kunnskap om kilder til forbedringer.

TO NIVÅER – TO ORGANISATORISKE KONTEKSTER

Sykehuset og kommunen representerer i sitt møte med syke eldre mennesker to svært ulike organisatoriske systemer. Sykehuset er et midlertidig tilholdssted for pasienter med behov for diagnostisering og behandling, mens kommunen er stedet for permanent opphold og daglig omsorg. Det er i kontaktflaten som etableres mellom de to organisatoriske systemene at samhandlingen skjer. Vi har valgt å legge vekt på de administrative, verdimessige og faglige dimensjonene i vår analyse av kontaktflaten. Dette er dimensjoner som spesielt retter seg mot praksisfeltet og yrkesutøvelsen, og er beskrevet i den organisasjonsteoretiske og organisasjons-sosiologiske litteraturen (10–11).

Litteraturgjennomgang om innovasjoner i helsesektoren gir støtte for en helhetlig innfallsvinkel i studiet av betingelser for god samhandling. Prosessbaserte virksomhetsmodeller med vektlegging på pasientflyt har dominert organisasjonsutviklingen i sykehusene de siste 20 årene. Ramsdal og Ramsdal (12:54–55) peker på at etableringen av behandlingslinjer forutsetter et felles kunnskapsgrunnlag knyttet til medisinske diagnoser, og at man kan organisere arbeidet mellom faggrupper og nivåer basert på dette kunnskapsgrunnlaget. Overgangen mellom sykehus og kommunen representerer i denne sammenheng en utfordring, ikke bare på grunn av ulike organisatoriske og økonomiske forutsetninger, men også på grunn av forskjeller i kunnskapsgrunnlag og arbeidsmåte. Ramsdal og Ramsdal (12) konkluderer derfor med at etablering og utvikling av behandlingslinjer og samhandling på ulike nivåer med krevende faglige vurderinger, betinger bevisste strategier for organisasjonsutvikling. Disse bør også omfatte personalets kompetanse og holdninger til samarbeid. Ansvar, åpenhet, respekt og tillit er beskrevet som grunnleggende verdier for å få til god samhandling (13–14).

Litteraturen beskriver ulike motsetninger mellom dimensjonene vi vektlegger i vår studie Paulsen og Grimsmo (1:52) beskriver de ulike organisatoriske rammene i første- og andrelinjetjenesten som «diagnoseorientert behandlingsregime» i sykehuset og «langtids omsorgsregime» i kommunen. Studien viser at helsepersonell i sykehus er bekymret for mangelfull oppfølging etter utskrivning, mens kommunen opplever press om å gi tilbud som sykehuset hadde forespeilet pasienten ved utskrivning. I dette ligger også tydelige faglige forskjeller mellom en medisinsk modell for sykdomsbehandling (disease management) og den mer praktisk orienterte lokale og hjemmebaserte omsorgen (15). Otterstad (16) peker på oppsplittet behandlingsansvar mellom tjenestenivåene når det gjelder eldre pasienter, der økonomiske insentiver har fått forrang foran faglige vurderinger.

Behovet for å sikre og formalisere samhandling i avtaler har vært tema i alle de sentrale policydokumentene som er lansert de siste årene, og er sentralt i Samhandlingsreformen (1, 17–22). De mest utbredte løsningsmåtene for samhandlingsutfordringene har vært bruk av samarbeidsavtaler og etablering av intermedieæravdelinger. Helse Vest har samhandling som målsetting i sine strategidokumenter (23), og lokalt i Helse Bergen er det inngått formelle samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner (24). Samarbeidsavtalen for somatisk sektor beskriver nokså detaljert både kommunens og sykehusets ansvar og oppgaver ved innleggelse og utskrivelse. Avtalen slår fast at sykehuset skal søke om nye tjenester før de sender melding om utskrivningsklar pasient til kommunen.

Betalingsvarsel kan iverksettes hvis kommunen ikke kan gi passende tilbud og pasienten ikke kan komme hjem (24–25). Vår undersøkelse kan gi et inntrykk av hvordan avtalen fungerer i praksis.

Det er dokumentert i studier både fra Trondheim og Bergen at behandling og pleie av syke eldre på intermedieærnivå i sykehjem gir oppløftende resultater (2–3,6). En intermedieærhet er en høyspesialisert korttids plass i institusjon som fungerer som en skammel mellom ordinær sykehjemsplass og opphold i sykehusavdeling. Samarbeidsprosjektet mellom Ullevål universitetssykehus og sykehjem i Oslo har ført til bedre kvalitet på pasientforløp og færre sykehusinnleggelse (26–28). Overgangen fra sykehus til kommunehelsetjeneste er imidlertid lite studert.

På bakgrunn av den teoretiske litteraturen og empiriske studier finner vi tre sentrale dimensjoner i samhandlingen mellom tjenestenivåene som det er behov for større kunnskap om:

- Den administrative dimensjonen: Hvordan håndterer sykepleierne ulikhetene i praktiske og strukturelle forhold på de to organisasjonsnivåene?
- Den verdimesige dimensjonen: Hvordan balanseres det mellom formelle avtaler, rutiner og skjønnsutøvelse?
- Den faglige dimensjonen: Hva er de kritiske punktene for kvalitetssikring av overgang fra sykehus til kommune?

METODE

Datainnsamlingen foregikk i april 2008. Det ble benyttet to metodiske tilnærminger; fokusgruppeintervjuer og journalgranskning (7–9).

Målsetningen med bruk av

fokusgrupper er å få mer kunnskap om hva som fremmer/hemmer forståelse og kvalitet i tjenestene i overgangen mellom tjenestenivåene. Slike gruppeintervjuer er godt egnet for å få fram oppfatninger av situasjoner fra ulike ståsteder og synliggjøre hva som faktisk skjer i kontaktflatene. Der skjer det en dynamisk interaksjonsprosess som gir rom for å reflektere over egne og andres synspunkter og erfaringer, og prosessen bidrar til kunnskapsutvikling for deltakerne (29–31).

Deltakerne var sykepleiere fra sengeposter, hjemmesykepleie og forvaltningsenhet i kommunen, og ble rekruttert via sine ledere med skriftlig informasjon om prosjektet. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med fire deltakere i hver gruppe, to fra hvert tjenestenivå. Intervjuene varte cirka to timer og fant sted som en samtale mellom deltakerne der moderator hadde noen hovedspørsmål med oppfølgings spørsmål (semistrukturert intervjuguide). Intervjuene ble tatt opp på diktafon og fullt ut transkribert (verbatimt). Tematisk analyse ble brukt for å identifisere og gruppere temaområder og synspunkter i datamaterialet.

Utvalget besto av i alt tolv deltakere, tre menn og ni kvinner. De fleste hadde lang praksis, den med kortest hadde to år, mens gjennomsnittet hadde i overkant av åtte års praksis. Tre av deltakerne hadde erfaring fra både kommune og sykehus.

Journalgranskningen omfattet sykepleiedata fra 67 pasientjournaler ved tre medisinske sengeposter over en fire ukers periode (32–33). Utvalget var begrenset til døgnpasienter der sykepleiere hadde hatt kontakt med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

Etiske aspekter

Det ble gitt skriftlig informasjon om prosjektet samt innhentet informert samtykke fra fokusgruppedeltakerne. Moderator hadde ikke arbeidsmessig eller personlig relasjon til deltakerne, og deltakerne arbeidet ikke sammen til daglig. Journalgranskning ble godkjent av NSD og ble utført av personer som hadde tilgang til data via sitt arbeid. Alle data er anonymisert (32).

FUNN OG RESULTATER

De organisatoriske forskjellene mellom kommune og sykehus fremsto svært likt i alle tre fokusgruppene, mens praktiseringen av samhandling mellom de to nivåene framsto som ganske mangfoldig. Dette viser at det er rom for skjønnsutøvelse i den praktiske virkeligheten, og at det kan være flere måter å drive samhandlingen på.

I analysen trer det fram noen hovedelementer som strukturerer samhandlingen og som kan gi oss innsikt i viktige organisatoriske betingelser for å sikre trygg overføring av syke eldre pasienter til kommunehelsetjenesten.

Organisatoriske og formelle elementer i forhandlingene

De formelle rammene for overføring av pasienter var etablert gjennom samarbeidsavtalen, ordningen med betalingsvarsel, søknadsprosedyrer og epikrise. Søknader til kommunehelsetjenesten ble skrevet ved sykehuset ut fra betingelser som fort ble endret, uten at dette på noen måte var innarbeidet i prosedyrene. I materialet fremgår det at søknader kun unntaksvis ble trukket når pasientens situasjon forandret seg, noe som medførte mye saksbehandling som ansatte i kommunen oppfattet som unød-

vendig. Sykehuset kunne utstede betalingsvarsel når pasienten ble vurdert som utskrivningsklar.

Betalingsvarslene ble brukt strategisk i forhandlinger om pasienten mellom de to nivåene. Sykehuset: «(...) Altså, hvis pasienten får en sykehusinfeksjon etter å ha blitt ferdigbehandlet for lidelsen han kom inn for, så blir du ikke av-ferdigbehandlet ... nei».

Sykehusets vegring mot å trekke søknader førte med seg ekstra saksbehandling i kommunen. Kommunen: «Og det er mange ganger vi får søknader om korttidsopphold fra sykehuset ... Og når vi kontakter dem, nei, det

behov for institusjonsomsorg (8,32). Tilgang på korttids institusjonsplass ble dermed et viktig tema i samhandlingen, sammen med forhandlinger om omfanget av hjelp i den hjemmebaserte omsorgen.

Fokusgruppene viste at vurderinger av pasientens behov for hjelp foregikk som en forhandlings- og avveiningsprosess i kontaktflaten mellom sykehus og kommune. Sykehuset gjorde sine vurderinger innenfor en kort tidshorison, der pasienten både var svært syk og gjerne influert av institusjonaliseringseffekten. Kommunen derimot rettet oppmerksomheten mot mestring

” Det er i kontaktflaten som etableres mellom de to organisatoriske systemene at samhandlingen skjer.

er ikke reelt lenger (...) Da må vi skrive et avslag basert på at søknaden ble sendt på et tidlig stadium».

Vi fant at kommunen hadde bedre kjennskap til samarbeidsavtalen enn sykehuset og forvaltningsenheten i kommunen brukte den aktivt.

Vurdering av pasientens hjelpebehov ved utreise

Journalgranskningen viste at det skjedde betydelig endringer i pasientens omsorgsbehov i forbindelse med sykehusoppholdet. Av de 67 journalene som ble gransket ved sengepostene i perioden var 13 pasienter innlagt fra institusjon og 37 av pasientene fra hjemmet hadde hjemmesykepleie. Ved utreise ble 44 pasienter utskrevet til hjemmet og 23 pasienter til institusjon, noe som viste et betydelig økt

og funksjonsnivå der utprøving hjemme ble viktigere enn den formelle søknaden om hjelp eller innholdet i epikrisen. Sykehuslegen var involvert i søknadsutformingen og redegjørelse for pasientens medisinske situasjon, mens sykepleierne ga uttrykk for at fastlegen var svært lite involvert i utskrivingsfasen.

Sykepleierne på de to nivåene anerkjente vurderingene fra den andre part, men kommunen måtte i de fleste tilfeller likevel gjøre egne vurderinger. Kommunen: «(...) Altså, mange ganger når vi får søknader for eksempel om korttidsopphold; Kan ikke hjem? Så begynner vi å prøve å finne ut; hva er det pasienten trenger hjelp til? (...) Så kommer kanskje den personen hjem igjen, og hjemmesykepleien går tungt inn. Og så fungerer det, for da er brukeren i sitt eget hjem, har den

stolen og det bordet som han tar seg i. Altså, han har på en måte sitt system.»

Forventninger gir konsekvenser

Det fremkom en betydelig motsetning mellom sykehuset og kommunen med hensyn til at behandlingen skulle skje på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Der sykehuset la vekt på at pasientene skulle få best mulig hjelpetjenester i kommunen, var kommunen tydelig på kravet om forsvarlige tjenester etter LEON-prinsippet. I alle tre fokusgrupper kom det fram synspunkter om at sykehuset har en tendens til å søke hjelpetiltak i en slik grad at det i kommunen ble betegnet som smørbrødlister. Praksis i sykehuset skapte store forventninger blant pasienter og pårørende om å få tilgang på tjenester i kommunen etter utreise.

I materialet fant vi eksempler på hvordan ansvaret for helt nødvendige prioriteringer ble skjøvet over fra sykehuset til kommunen. Sykehuset: «Ja, jeg vil tenke på pasientens beste (...) og da føler jeg det er ditt ansvar å vurdere det. Når det er et tilbud som jeg vet finnes, så søker jeg gjerne på flere ting.»

Kommunen måtte følge strenge krav til saksbehandling, selv i møte med svært idealistiske søknader. Kommunen: «For når det er krysset av på hele smørbrødlisten på fast sykehjemsplass, korttidsopphold, servicebolig, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, (...) Så er det gjerne krysset av på trygghetsalarm, dagsenter, ja, absolutt alt. Og da er det snakk om tid i forhold til skrivearbeid, for da skal du saksbehandle hvert enkelt kryss.»

Det var tydelig at sykepleierne i kommunen opplevde det som

ganske utfordrende å være den som skulle gi negative svar til pasienter med store forventninger om tildeling av hjelpetiltak.

Tilspissing mot helg – Den farlige fredagen

På tross av sykehusets kontinuerlige beredskap er det også en institusjon som har en lavere beredskap i helgene. Det var en utbredt oppfatning blant deltakerne at presset mot helgen har økt betydelig de siste årene. Dette medførte at forhandlingene mellom systemene ble tilspisset mot slutten av uken. Sykehuset: «Den store flaskehalsen er jo pasienttrykket, at du på en måte må skrive ut veldig raskt uten at vi kanskje har fått tid til å ... Og da er fredag en typisk dag der vi må tømme avdelingen for helgen. De som kan greie seg rundt med en rullator, ut med dem (...)»

Kommunen: «Ja, det er noe som har skjedd i løpet av de tolv årene jeg har jobbet her. I begynnelsen hendte det aldri at vi fikk hjem pasienter i helgene. Det var meget spesielt, og da var det som oftest en feil. Og så begynte de å sende ut, det er veldig vanlig nå ...»

Den kortsiktigheten som oppsto med utskrivelser mot helgen var vanskelig å forene med den kommunale organisasjonsmåten. Den tok også i liten grad hensyn til pårørendes engstelse for å ta imot sine syke slektninger.

Ineffektive kommunikasjonslinjer

Telefonkontakt var viktig og omfattende i kontaktflaten mellom tjenestenivåene, og pasientjournalen dokumenterte en del av denne. Journalgranskingen viste et gjennomsnitt på 2,5 telefoner per pasient (variasjon 0–18) (32). De viktigste temaene var avtale om utreise og avklaring av

hjemmesituasjon (43 prosent og 12 prosent). Andre temaer var: økt hjemmesykepleie, søknad om sykehjem, vurderingsbesøk, utskrivningsklar pasient, fått tilbud om sykehjemsplass. Den registrerte kontakten i journalene syntes å representere et minimumstall sammenholdt med materialet fra fokusgruppene. Telefoner hvor sykehuset ikke oppnådde kontakt med pleie- og omsorgstjenesten, ble for eksempel ikke registrert (32).

Mulighetene for en direkte overføring av pasientdokumentasjon, både skriftlig og muntlig per telefon, ble i stor grad hemmet av ineffektive kommunikasjonslinjer. Elektronisk overføring av pasientdata i dette distriktet syntes å ligge langt fram i tid. Samtalen i gruppene viste et ekstremt uoversiktlig og sårbart kommunikasjonsystem. Det ble nevnt eksempel på postgang som hadde tatt over en uke til kommunen og ulik kjennskap og tilgang til telefonnumre for å kunne komme i direkte kontakt med hjemmesykepleien. Sykehuset og kommunen hadde også veldig ulike betingelser i forhold til planleggingshorisont; sykehuset hadde sin 24 timers beredskap mens kommunen hadde kontortider og vaktplaner. I denne sammenheng innebar det at kommunen ikke hadde beredskap etter vanlig kontortid for planlegging av pasientoverføring. I denne ulikheten lå det et sterkt potensial for konflikt, noe som også kom til uttrykk i intervjuene.

Postgangen ut av sykehuset ble betegnet som et stort problem av alle gruppene. Sykehuset: «Postgangen her på huset gjør også at vi må være minst en uke i forkant, så lenge det ikke er noen vanlig postgang.» Moderator: «Så det tar lang tid til byen?»

Sykehus: «Ja, det kan ta mange dager før forvaltningen får de søknadene, altså. Jeg tror jeg har opplevd at det brukte nesten to uker, sant?»

Kommunen på sin side var forundret over hvordan postgangen fungerte ut av sykehuset, slik en av deltakerne uttrykte: «Jeg har anbefalt å poste den posten ute i en sånn rød postkasse. Da får vi den i hende mye tidligere enn hvis den blir sendt i internposten.»

Kommunen hadde til enhver tid åpen tilgang til sengepostene på sykehuset, mens sykehuset derimot strevde med å håndtere at kommunen har begrenset åpningstid. Når det gjelder telefonkontakt mente noen å ha god oversikt over når kommunen var tilgjengelig med kjennskap til nødvendige telefonnumre, mens andre betegnet kommunens telefonnumre som hemmelige. Bergen Legevakt spilte ofte en sentral rolle i å oppspore pasientens tilhørighet i hjemmesykepleien og finne riktig telefonnummer.

DISKUSJON

Fokusgruppene ga et svært variert bilde av hvordan sykepleierne på de to nivåene arbeidet i forhold til de administrative, verdimessige og faglige dimensjonene. Langs den administrative dimensjonen viste fokusgruppene at sykepleierne håndterte ulikheter i praktiske og strukturelle forhold på de to organisasjonsnivåene forskjellig. Materialet er likevel entydig på at tilgjengelighet og kommunikasjon mellom nivåene var for tungvint. Informasjonsutvekslingen rundt pasienten skjedde i stor grad på telefon og gjennom søknader om hjelpetiltak. Sykehuset var i en viss forstand alltid tilgjengelig, mens kommunen ofte var vanskelig

å nå for sykehuset. At dette er konkrete, erfarte utfordringer ble klart uttrykt ved at telefonnumre til kommunen ble beskrevet som «hemmelige», og at ansatte på sykehuset måtte bære søknadskjemaer rundt for å putte dem i «sånne røde postkasser» for at de skulle komme fram. Prosedyrene tok ikke hensyn til at det var korte sykehusopphold, lang saksbehandlingstid og det faktum at pasientens tilstand endret seg kontinuerlig. Forberedelsen av overgangen fra sykehus til kommune var bare delvis styrt av prosedyrer og avtaler, og hvilte derfor svært mye på de ansattes skjønnsutøvelse og fleksibilitet.

Den faglige dimensjonen viser seg spesielt gjennom at søknader fra sykehuset ofte bygget på et ganske idealisert bilde av hva kommunen kunne tilby. Sykepleierne på begge organisasjonsnivå arbeidet ut fra betingelsene i egen organisasjon, og tok i liten grad hensyn til arbeidsbetingelsene på det andre nivået. At samarbeidsavtalen var best kjent i kommunen, kan være et signal om at denne er best innrettet mot kommunen. De ulike organisatoriske betingelsene i sykehuset og kommunen hadde stor betydning for hvordan behov ble vurdert og hva som ble forventet i møtet mellom de to tjenestenivåene. Sykehusets

” Sykehuset egner seg best for kortvarig opphold og er ikke ment til langtidspleie.

Den verdimessige dimensjonen dreier seg om hvordan det balanseres mellom formelle avtaler, rutiner og skjønnsutøvelse i kontaktflaten mellom sykehus og kommune. I materialet henviste sykepleierne i forvaltningsenheten i større grad enn de andre til saksbehandlingsrutiner, avtaler og forskrifter. Kombinasjonen av stor grad av skjønnsutøvelse og liten grad av helhetstenkning framstår som en utfordring i materialet. Sykehuset trakk ikke søknader selv om de ble uaktuelle. Kommunen utnyttet marginene de hadde for sykehusopphold lengre enn strengt tatt nødvendig. Dette skapte urealistiske forventninger hos pasienter og pårørende, som spesielt sykepleierne i kommunen måtte forholde seg til. Det var de som oftest måtte stå til ansvar og formidle vanskelige beslutninger til pasienter og pårørende.

akuttavdelinger synes lite egnet for syke eldre med sammensatte behov. Det er behov for å styrke helhetstenkingen og etablere mer adekvate behandlings- og omsorgstilbud til den syke eldre pasienten, som for eksempel flere intermedieæravdelinger.

For å utvikle samhandlingen videre er det viktig at helsepersonellet på de to nivåene innarbeider en forståelse av og gis rammer som tar hensyn til at de arbeider innenfor ulike tidshorisonter og ressursbetingelser. Sykehuset egner seg best for kortvarig opphold og er ikke ment til langtidspleie. Kommunen har et mye mer helhetlig ansvar for sine innbyggere og må dermed fordele og avveie ressurser på en annen måte enn sykehuset.

KONKLUSJON

Vi har analysert kontaktflatens utfordringer langs administrative, verdimessige og faglige

dimensjoner. Alle tre dimensjoner gir viktige innspill til å forstå kilder for å sikre trygg overgang for syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Materialet viser til problemer rundt den praktiske kommunikasjonen med sein postgang og dårlige telefonrutiner som kan gi grobunn for risikofylte overganger. Det er sykepleiernes fleksibilitet og gode skjønnsutøvelse som gjør at kom-

munikasjonen likevel fungerer. Den faglige utfordringen ligger i å tilegne seg større forståelse av organisatoriske betingelser på begge nivå og øke oppmerksomheten om betydningen av kunnskapsoverføring om pasientens tilstand og hjelpebehov. Den verdimeslige utfordringen bør være en erkjennelse av at samhandlingen mellom tjenestetnivåene må bygge på gjensidig

respekt og tillit til hverandre med utvikling av et mer forpliktende og gjensidig samarbeid til beste for pasienten.

Vi ønsker spesielt å takke Rune Eidset (Bergen kommune), Anne Kvalheim, Linda Rykkje og Solveig Hansen (Helse-Bergen HF) og Edit Blåsternes (Høgskolen i Bergen) for godt samarbeid i prosjektet.

REFERANSER

1. Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrenge eldre. SINTEF, Oslo. 2008. Rapport A7877.
2. Garåsen H. The Trondheim Model: improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients: short and long term effects [doktoravhandling]. Thesis for the degree of doctor medicinae. NTNU, Trondheim. 2008.
3. Garåsen H., Magnussen J, Windspoll R., Johnsen R. Eldre pasienter i sykehus eller i intermedieravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. Medisin og vitenskap. 2008;128:283–285.
4. Norges forskningsråd. Resultatevaluering av sykehusreformen. Oslo. 2007.
5. Otterstad HK, Sorteberg K. Alvorlig syk – og «utskrivningsklar». Tidsskriftet Sykepleien. 2008; 96:34–36.
6. Sletnes K, Forstrøm FA. Evaluering av spesialisert behandlingsavdeling i sykehjem. Oppdragsrapport for Bergen kommune. Agenda, Høvik. 2009. Rapportnr. R5595.
7. Institutt for Sykepleie. Prosjektplan Trygg overføring fra sykehus. Høgskolen i Bergen, Bergen. 2007.
8. Danielsen BV, Rykkje LLR. Trygg overføring fra sykehus. Poster til Sykepleiekongressen 2008. Høgskolen i Bergen og Haukeland Universitetssykehus, Bergen. 2008.
9. Institutt for Sykepleie. Årsrapport Trygg overføring fra sykehus. Høgskolen i Bergen, Bergen. 2009.
10. Krag Jespersen P. Mellom profesjon og management. Handelshøjskolens Forlag, København. 2005.
11. Røvik KA. Trender og translasjoner: Idéer som former det 21. århundrets organisasjon. Universitetsforlaget, Oslo. 2007.

12. Ramsdal H, Ramsdal K. Organisasjonelle innovasjoner i helsesektoren: prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer. Høgskolen i Østfold, Halden. 2007. Oppdragsrapport 2007:03.
13. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter. Fagbokforlaget, Bergen. 2006.
14. Eide SB, Grelland HH, Kristiansen A, Sævareid HI, Aasland DG. Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidets etikk. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.
15. Lynch WD, Chen CY, Bender I, Edington DV. Documenting participation in an employer-sponsored disease management program: Selection, exclusion, attrition, and active engagement as possible metrics. Journal of Occupational & Environmental Medicine. 2006;48:447–454.
16. Otterstad HK. Skrives ut til kø. Tidsskriftet Sykepleien. 2009;97:64–66.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste. Statens forvaltnings-tjeneste, Oslo. 2005. NOU 2005:3.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer. Oslo, Akademika AS Avdeling for offentlige publikasjoner; 2006. St.meld. nr. 25 (2005–2006).
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal Helseplan 2007–2010. Særtrykk av St.prp. nr 1 (2006–2007) kapittel 6. Oslo; 2006.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008–2012. Oslo; 2008.
21. Helsekonferansen – verdas viktigste helseoppgave [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [hentet 2009-05-13] Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/template/ver1-0/printAndreNettsteder.jsp?articleId=399354&actionId=8452>.
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47 2008–2009 Sam-

handlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo; 2009.

23. Helse Vest. Helse 2020 – Grunnlagsdokument som fundament for føretaksplan og langtidspan. Stavanger, Helse Vest; 2007.
24. Helse Bergen. Samarbeidsavtale mellom kommuner og Helse Bergen HF. Bergen, Helse-Bergen; 2005.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter – iverksettning av endringer i forskriften og endret døgnpris. Oslo; 2002. Rundskriv U-13/2002.
26. Ullevål universitetssykehus. Statusrapport 2007. Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus. Ullevål Universitetssykehus, Oslo. 2007.
27. Letnes O. Utrykning – uten blålys. Tidsskriftet Sykepleien. 2007;95:46–47.
28. Braastad K, Mæhlum A, Jacobsen D. Tilrettelegger for en verdig død. Tidsskriftet Sykepleien. 2007;95:48–52.
29. Krueger RA, Casey MA. Focus groups, 3rd ed. London: Sage Publications; 2000.
30. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 6. opplag. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2004.
31. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning. 2008;3:172–175.
32. Rykkje LLR. Journalgranskning av sykepleiedokumentasjon ved 3 medisinske sengeposter. Upublisert materiale. Haukeland Universitetssykehus, Bergen. 2008.
33. Bjørvell, C. Sjukskøterskans journalføring: en praktisk håndbok. 2. oppl. Lund: Studentlitteratur; 2001.

Riktig tilbud til eldre

> Sykehuset må bli bedre til å kartlegge den eldre helsetilstand. Kommunenes inntakskrav må bli mindre rigide.



Av Heidi Ramsrud

geriatrisk spesialsykepleier og masterstudent, geriatrisk team, Gjøvik sykehus, medlem av fagrådet for geriatri i Sykehuset Innlandet HF.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Presset mot sykehusene har økt enormt de siste årene. Krav om raskere diagnostisering, behandling og utskrivning, altså færre liggedøgn, blir stadig sterkere. Etter sykehusets målestokk trenger kommunene lang tid på å tilrettelegge for den enkelte pasient. Dette gjør at sykehuset tvinges til å søke plasser tidlig, gjerne før vi har den totale oversikt over pasientens problemer. Kommunene krever at søknadene skal påføres dato for utskrivelse for at de i det hele tatt skal behandle dem. Oppgitt dato blir da i beste fall høyst usikker. De fleste kommuner har inntaksmøter en gang i uka, noen hver fjortende dag. I tillegg tas det av og til avgjørelser utenom disse møtene, gjerne etter påtrykk fra sykehuset.

Artikkelen peker på at vurderingen av pasientens funksjonsnivå, hjelpebehov og forventninger framsto som uorganisert. I geriatrisk team har vi strenge faglig begrunnede inklu-

derings- og ekskluderingskriterier. Pasientene vi utreder har svært sammensatte utfordringer, ikke bare i forhold til helse, men også når det gjelder fysisk, psykisk, kognitiv og sosial funksjon. Det gjøres en grundig tverrfaglig funksjonsvurdering som tar hensyn til hvilke krav som stilles til den enkelte i hverdagen. Det må nevnes at det vurderes nøye når pasienten medisinsk sett er klar for kartleggingen. Vi tar tidlig kontakt med kommunene, holder saksbehandler løpende orientert og sender kopi av tverrfaglig geriatrisk rapport ved utreise. Erfaringsmessig fører ikke denne intervensjonen til økt liggetid, faktisk ser vi at det øker kommunens mulighet for å gi pasienten et riktig tilbud ved utreise. Rapporten sendes elektronisk til pasientens fastlege.

Sykehusavdelingene blir stadig mer spesialisert, mer «organsystemorientert». Dette er en modell som åpenbart egner seg dårlig

for den eldre multisyke. Vi blir i stadig større grad tvunget til å forholde oss til innleggende leges «bestilling», noe som vil føre til at den eldre vi skriver ut antakelig har andre helseproblemer vi ikke har tatt tak i. Dette blir en utfordring for dem som skal ta imot pasienten ute.

Sykehuset må bidra til bedre kartlegging, holde løpende kontakt ut, og sende med nødvendig informasjon ved utskrivelse. Kommunene oppfordres til å løse opp i sine noe rigide systemer for inntak. Vi vil det samme, riktig tilbud til den eldre.

Les artikkelen på side 28



Hva tilfører artikkelen?

Det kan være utfordrende for eldre som bor på sykehjem å få dekket sitt ernæringsbehov.

Mer om forfatter

Heidi Aagaard er førstelektor ved Høgskolen i Østfold. Kontakt: heidi.aagaard@hiof.no



Bakgrunn: God ernæringsstand er en viktig forutsetning for helse og livskvalitet. Forskning viser imidlertid at eldre beboere på sykehjem er utsatt for underernæring. Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en kartleggingsundersøkelse av maten og måltidene ved landets sykehjem.

Hensikt: Hensikten med kartleggingsundersøkelsen var å beskrive hvordan styrer/leder av sykehjemmet vurderte maten som ble servert beboerne ved sykehjem, antall måltider og tidspunkt for måltidene,

og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet.

Metode: Undersøkelsen var en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Forespørsel om deltakelse ble sendt til alle sykehjem i Norge (N=886). Hvert sykehjem fikk tilsendt ett spørreskjema. Skjemaet hadde faste svaralternativer. Respondenter fra 570 ulike sykehjem besvarte spørreskjemaet (svarprosent 64).

Resultater: Sekstio prosent svarte at maten var appetittvekkende og delikat (N=562), og 49 prosent svarte at det ble servert frukt hver dag

(N=557). Ved to av tre sykehjem var tiden mellom det siste måltidet om kvelden og det første om morgenen for lang i forhold til anbefalte retningslinjer. Seksten prosent hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (N=557).

Konklusjon: Respondentene var i stor grad fornøyd med maten pasientene ble tilbudt, men det bør åpenbart være større fokus på å bedre tilbudet av frukt. Spesielt den lange nattfasten uten mattilbud bør reduseres. Det er behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

» Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse

Forfattere: Heidi Aagaard

NØKKELORD:

- Mat
- Måltid
- Eldre
- Sykehjem
- Undersøkelse

BAKGRUNN

I Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) «Mestring, muligheter og mening», framhever regjeringen betydningen av mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten (1).

Stortingsmeldingen vektlegger betydningen av at brukerne har valgmuligheter fra en oppsatt meny, eller at de selv skal være med å bestemme hva som blir servert. Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) inneholder tiltak som konkretiserer stortingsmeldingen. Ett av tiltakene i handlingsplanen er kartlegging av mattilbud, kosthold og ernæringsstatus til brukere av pleie- og omsorgstjenestene (2 s. 72).

En god ernæringsstatus hos eldre fører normalt til at funksjonsdyktigheten bevares lengre (3), noe som vil ha betydning for trivsel og livslyst. En svensk stu-

die ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling framhever at det å være i ernæringsmessig risiko er forbundet med dårligere opplevd helse (4).

Det kan være en utfordring for eldre som bor på sykehjem å få dekket sitt ernæringsbehov. Beboerne på sykehjem er generelt skrøpelige (5), og flere har i tillegg også sykdommer som kan påvirke ernæringsstilstanden (5). Energibehovet synker med alderen. Dette skyldes i hovedsak endring i kroppssammensetningen, primært reduksjon av muskulatur og kroppsvæske og økning av fettmasse, samt nedsatt fysisk aktivitet (6). Imidlertid er behovet for vitaminer og mineralstoffer i det vesentlige uendret (3). Dette stiller økte krav til kostens næringsstetthet (7).

Eldre vil på grunn av fysiologiske endringer bli raskere mette (3). De trenger derfor flere måltider. Disse bør være spredt utover dagen, slik at de rekker å bli sultne før neste måltid serveres (7). I tillegg er det anbefalt at tiden mellom det siste måltidet om kvelden og det første måltidet om morgenen ikke bør være lengre enn elleve timer (8,9). Persson påviste i sin undersøkelse av 200 pasienter ved syv sykehjem i Sverige at hele 62 prosent hadde et

energiinntak som lå under beregnet energibehov (9). En annen svensk studie blant 166 eldre i spesielle boenheter for eldre, viste også at 63 prosent hadde et for lavt energiiinntak i forhold til utregnet energibehov (10). At energiiinntaket hos eldre på sykehjem er lavt, bekrefter også undersøkelsen til Saletti (11). En kostregistrering blant elleve eldre i spesielle boenheter for eldre, viste lavt inntak av både energi, vitaminer og mineraler, og kun tre hadde et tilstrekkelig inntak av protein i forhold til anbefalt behov (11).

I en norsk kartleggingsundersøkelse av 290 beboere ved tre sykehjem foretatt av SINTEF, kom det fram at 57 prosent av beboerne hadde problemer knyttet til ernæring, og for 33 prosent av beboerne artet ernæringsproblemene seg som nedsatt appetitt og underernæring (12).

Underernæring kan defineres som en vedvarende tilstand hvor en persons inntak av energi, og/eller essensielle næringsstoffer ikke dekker vedkommendes behov (13). Underernæring i helseinstitusjoner er kjent fra en rekke europeiske land. Den rapporterte forekomsten varierer mellom 10–60 prosent (14,15,16). Vi har ikke noen nøyaktig oversikt over hvor

stort problemet er her hjemme, men i henhold til Nasjonalt råd for ernæring (17) finnes det ikke data som tyder på at situasjonen er annerledes i Norge. Underernæring er utvilsomt fortsatt en diagnose som lett kan bli oversett i helseinstitusjoner (18), og undersøkelser viser at problemet kan være betydelig blant eldre som legges inn på sykehus (19).

For å iverksette forebyggende tiltak overfor beboere som er utsatt for underernæring, er det viktig med tidlig identifisering av problemene (20). I en skandinavisk undersøkelse om ernæringsrutiner i sykehus, kom Norge dårligst ut på spørsmålet om hvorvidt evaluering av ernæringsstatus var en standard prosedyre (21).

For å ivareta beboernes ernæringsbehov må det stilles krav til at sykepleieren har gode både teoretiske og praktiske kunnskaper i ernæring. En dansk undersøkelse blant pleiepersonell i sykehjem viste at personalet hadde mangelfulle kunnskaper om ernæring til eldre (22).

Ledelsen ved sykehjemmet har ansvar for at beboerne sikres et forsvarlig kosthold, og at det utarbeides skriftlige prosedyrer for å sikre at beboerne får tilfredsstillende grunnleggende behov (23).

Hensikten med undersøkelsen var å beskrive hvordan lederen av sykehjemmet vurderer maten som blir servert beboerne, antall måltider og tidspunkt for måltidene, og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i sykehjem.

METODE

Undersøkelsen var en landsomfattende tverrsnittsundersøkelse som ble utført ved landets sykehjem i tidsrommet juni–august 2007. Designet var deskriptivt med en kvantitativ tilnærming.

Utvalget

Alle sykehjem som var registrert i kommunekalenderen for 2007 (886 sykehjem) fikk forespørsel om å delta i undersøkelsen. Målgruppen for undersøkelsen var lederen av sykehjemmet

” Maten som tilbys bør være appetittvekkende og delikat.

eller lederen av sykepleietjenesten ved sykehjemmet. Denne personen skulle svare på vegne av sitt sykehjem. Spørreskjemaet og informasjonsskrivet ble sendt til lederen for hvert enkelt sykehjem. I tillegg fikk rådmannen i hver kommune tilsendt spørreskjema og informasjonsskriv med forespørsel om sykehjem i deres kommune kunne delta.

Spørreskjemaet

Data ble samlet inn ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Spørreskjemaet ble utviklet spesielt for denne studien, og var bygget på et litteraturstudium. I tillegg ble det tatt kontakt med ekspertgrupper og personer som arbeider med mat og ernæringsproblemer blant eldre. Disse har bidratt med nyttige tilbakemeldinger på spørsmålene i skjemaet. I 2004 ble det gjennomført en skandinavisk undersøkelse med fokus på ernæringsrutiner og holdninger blant leger og sykepleiere i sykehus (21). Noen spørsmål om ernæringsstatus fra denne undersøkelsen ble tilpasset undersøkelsen. I tillegg ble det innhentet tillatelse til å benytte spørsmål knyttet til vurdering av maten fra en

dansk studie (24), og fra en studie utført i 1993 av daværende Statens ernæringsråd og Statens næringsmiddeltilsyn.

Spørreskjemaet besto av 34 hovedspørsmål. Flere av disse hadde i tillegg underspørsmål. Skjemaet ble strukturert etter hovedområder som bakgrunnsvariabler, vurdering av maten, antall måltider og rutiner/tiltak knyttet til ernæringsarbeid.

Flere av spørsmålene i spørreskjemaet var formulert som påstander som respondentene skulle si seg mer eller mindre enige i, mens andre var spørsmål om hvor ofte et tiltak forekom. Eksempler på svar-kategorier som ble anvendt var følgende: vanligvis/noen ganger/sjelden/aldri, eller helt enig/delvis enig/delvis uenig/helt uenig/vet ikke. Respondentene skulle besvare spørreskjemaet ut fra hvordan de mente forholdene faktisk var ved deres sykehjem, ikke hvordan de mente det burde være.

For å bedre validiteten på undersøkelsen ble spørreskjemaet prøvd ut i en pilotstudie. Respondentene i pilotstudien ble valgt ut fra den samme populasjonen. Pilotstudien medførte endringer i noen av svar-kategoriene, noen spørsmål ble endret og ett ble fjernet.

Fremgangsmåte

TNS Gallup har stått for utsending, innsamling og optisk lesing av spørreskjemaene. Disse ble sendt ut i posten sammen med en frankert svarkonvolutt. Det var også mulig å svare elektronisk via internett; hvert sykehjem fikk eget brukernavn og passord for å komme inn på det elektroniske spørreskjemaet.

De respondentene som ikke hadde besvart innen en uke ble purret én gang. Ved å benytte

postale spørreskjemaer som datasamlingsmetode, kan frafall av respondenter være et problem ved at respondenter ikke returnerer skjemaet (25). Respondenter ved 570 sykehjem besvarte spørreskjemaet, noe som gir en svarprosent på 64. Tross i at denne undersøkelsen startet like før ferieavviklingen i sykehjemmene, anses en svarprosent på 64 som god (25).

Etiske overveielser

Det ble sendt inn meldeskjema til Datatilsynet. Etter samråd med sekretær i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), ble det ikke sendt inn søknad til komiteen. Respondentene var anonyme, kun fylke ble registrert. Deltakelsen var frivillig.

Statistisk analyse

Dataene fra undersøkelsen ble analysert med deskriptiv statistikk, ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 13.0. (SPSS Inc., IL, USA).

RESULTATER

I alt deltok respondenter ved 570 sykehjem i undersøkelsen. Alle fylker var representert (tabell 1).

Om maten

62 prosent av sykehjemmene i undersøkelsen mottok middagsmaten fra eget kjøkken som var

plassert på sykehjemmet, mens 38 prosent oppga at de benyttet et eksternt produksjonskjøkken. Det var først og fremst middagsmåltidet som det eksterne kjøkkenet leverte. Femten prosent av respondentene ved sykehjemmene opplyste at beboerne kunne velge mellom to eller flere retter til det varme måltidet, og i underkant av halvparten (43 prosent) hadde et ønske om at dette ble innført. Sytti prosent av respondentene opplyste at beboere som spiste lite vanligvis fikk næringstett kost, 22 prosent svarte at de fikk næringstett kost noen ganger, mens 6 prosent svarte at beboere som spiste lite, sjelden eller aldri fikk næringstett kost.

På spørsmålet om vurdering av maten ved eget sykehjem, skulle respondentene si seg enig/uenig i en rekke påstander (tabell 2). De fleste (74 prosent) svarte («helt enig») at beboerne var fornøyd med maten, og at maten var varm når den kom på beboernes tallerken (86 prosent). Likeledes svarte 62 prosent at maten var delikat og appetittvekkende. 77 prosent svarte («helt enig») at det alltid ble servert dessert, og omtrent like mange svarte at desserten var veltillaget. Halvparten svarte at det ble servert frukt hver dag, og 38 prosent svarte at beboerne fikk tilbud om tran eller andre former for vitaminer daglig.

Antall måltider

Tabell 3 viser hvordan respondentene svarte på spørsmålet om antall måltider. Hele 65 sykehjem (14 prosent) serverte åtte måltider per dag, mens omtrent like mange serverte fire måltider. For 92 prosent av de sykehjemmene som serverte fire måltider, var kaffemåltidet ett av de fire. Det mest alminnelige «tilleggsmåltidet» var det sene kveldsmåltidet. Totalt 298 av respondentene svarte at det ble servert «sen kveldsmat» ved deres sykehjem. Imidlertid var det bare 30 prosent som oppga tidspunktet for når «sen kveldsmat» ble servert. Det er derfor usikkert om «sen kveldsmat» faktisk er et ordinært måltid. På spørsmålet om tiden mellom siste måltid om kvelden og det første måltid om morgenen var mindre enn elleve timer ved deres sykehjem, svarte henholdsvis 14 prosent og 19 prosent at de var helt enig/delvis enig.

Kartlegging av ernæringsstatus

15 prosent av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. 43 prosent av respondentene svarte at det ikke var en standard prosedyre å veie beboerne ved innskrivning, og 30 prosent svarte at det heller ikke var rutine for regelmessig veiing.

TABELL 1: Oversikt over antall sykehjem som har deltatt i undersøkelsen fordelt på fylke.

Østfold	25	Telemark	19	Sør-Trøndelag	38
Akershus	39	Aust-Agder	18	Nord-Trøndelag	19
Oslo	36	Vest-Agder	16	Nordland	46
Hedmark	28	Rogaland	42	Troms	34
Oppland	31	Hordaland	45	Finnmark	14
Buskerud	32	Sogn og Fjordane	24	Ikke oppgitt	1
Vestfold	19	Møre og Romsdal	44	Totalt	570

Sekstiåtte prosent svarte imidlertid at vekten ble registrert dersom det var mistanke om at en beboer spiste lite. Fire prosent beregnet beboernes kroppss-

i sykehjem. Dette gjaldt hovedsakelig kunnskap om anbefalinger for kosthold, beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, mat ved demens, hvilke

hjem fremdeles har eget kjøkken der det lages middag til beboerne.

Når maten lages nær beboeren, er det større mulighet for direkte kontakt mellom beboer og kjøkkenet som lager maten, og muligens kan ønsker og behov lettere bli fanget opp. Hvis kjøkkenet også ligger i nærheten av spisestuen, kan beboerne kjenne den gode duften av nylaget mat.

” Kun halvparten av sykehjemmene serverte frukt daglig.

masseindeks. Ved 76 prosent av sykehjemmene hadde hver avdeling egen vekt. Nesten alle (94 prosent) svarte at matinntaket ble registrert hvis beboeren hadde dårlig ernæringsstatus.

Tilstrekkelig kunnskap

Åtti prosent av respondentene hevdet at personalet trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid

tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite og kost ved svelgeproblemer.

DISKUSJON

Det har vært en del oppslag i media om at sykehjemmene legger ned sine kjøkken, og at flere sykehjem bygges uten produksjonskjøkken. Denne undersøkelsen viste imidlertid at to av tre syke-

Beboernes valgmuligheter

Undersøkelsen viste at det er behov for større fokus på beboernes muligheter for å velge mellom ulike retter til det varme måltidet. Kun 16 prosent av sykehjemmene hadde innført valgmuligheter. Dette til tross for at Stortingsmelding nr. 25 framhever betydningen av å kunne velge fra en oppsatt meny (1). At

TABELL 2: Ledernes vurdering av maten ved sykehjemmet

Vurdering av maten	Helt enig %	Delvis enig %	Delvis uenig %	Helt uenig %	Vet ikke / ikke aktuelt %
Maten som beboerne får er appetittvekkende og delikat (N=562)	62	34	3	1	0
Kjøttet til middag er tilstrekkelig mørt (N=565)	48	42	8	2	0
Fisken til middag er veltillaget (N=562)	69	26	4	1	0
Grønnsakene er varierte og godt tilberedt (N=564)	47	39	11	3	0
Potetene er gode og godt tilberedt (N=563)	59	29	9	3	0
Sausen er god og godt tilberedt (N=561)	77	18	4	2	0
Det serveres alltid dessert (N=562)	77	15	3	4	0
Desserten er god og veltillaget (N=560)	75	20	3	1	0
Det serveres frukt hver dag (N=557)	49	28	14	7	1
Tilbud om tran / andre former for vitaminer daglig (N=555)	38	26	15	16	5
Beboerne gir uttrykk for å være fornøyd med maten (N=566)	74	22	3	0	0
Maten er varm når den kommer på beboernes tallerken (N=563)	86	11	1	1	1

valgmuligheter er spesielt viktig for den gruppen som spiser lite, viste en dansk undersøkelse (26). I den undersøkelsen ble pasientene ved sykehuset presentert for et menykort der de selv kunne sette sammen måltidet. Samtidig ble porsjonene laget mindre og mer energitette. Resultatene viste at de pasientene som spiste lite, hadde et høyere energiinntak når de fikk velge fra meny.

Næringsinnhold i maten

70 prosent av respondentene svarte at beboere som spiste lite fikk næringstett kost. En undersøkelse blant sykehjemmenes kjøkken, viste at kun ett av tre kjøkken produserte næringstett kost daglig (27). Man kan da stille spørsmål ved om mange sykehjem har gode nok rutiner til å identifisere de beboerne som spiser lite, slik at de får tilstrekkelig næringstett kost. En svensk studie utført blant beboere på sykehjem, viste at beboere som fikk næringstett kost, økte det totale energiinntak (28).

Tilberedning av maten

At maten som tilbys bør være appetittvekkende og delikat, slik at også beboere med dårlig appetitt får lyst til å spise den,

er et viktig tiltak. Det er derfor positivt at så mange av respondentene vurderte at maten som serveres i sykehjem i Norge for det meste oppleves som appetittvekkende og veltillaget, og at middagen er tilstrekkelig varm. Undersøkelsen viste at inntaket av frukt bør økes. Kun halvparten av sykehjemmene serverte frukt daglig. Dette er overraskende lavt tall, tatt i betraktning økt fokus på frukt og grønt generelt blant befolkningen, og det nå ikke helt nye kostholdsrådet «fem om dagen». Helsedirektoratet anbefaler at eldre på sykehjem daglig bør få tilskudd av vitamin D (7). Funn fra undersøkelsen tydet imidlertid på at flere sykehjem bør tilby beboerne tran eller andre former for vitamintilskudd daglig. En svensk undersøkelse av sykehjemsbeboere viste at det gjennomsnittlige inntaket av vitamin D var mindre enn 60 prosent av anbefalt inntak (29).

Antall måltider

Helsedirektoratet anbefaler i sine retningslinjer at sykehjem organiserer fire faste hovedmåltider og minst ett mellommåltid per dag (7). Det kan se ut som om de fleste sykehjem

i denne undersøkelsen serverte 5–7 måltider om dagen, altså tilsynelatende et tilstrekkelig antall. Undersøkelsen gir imidlertid ikke noe klart svar på om disse måltidene er faste ordinære måltider. Hele 70 prosent unnlot å besvare spørsmålet om hvilket tidspunkt «sen kveldsmat» blir servert. Når tidspunktet for måltidet ikke er oppgitt, kan det tyde på at måltidet ikke er et fast, ordinært måltid. Hvis det ikke er et måltid som inngår i sykehjemmens ordinære måltidsprogram, men heller et måltid som sykehjemmene kan tilby, kan det være en fare for at måltidet blir nedprioritert i en hektisk hverdag. Dette kan få negativ konsekvens for de beboerne som trenger det mest. I tillegg har kun en tredjedel svart at de er helt eller delvis enige i at tiden mellom kveldsmåltidet og første måltidet neste dag er mindre enn elleve timer. Undersøkelsen kan dermed tyde på at måltidene ved mange sykehjem kommer for tett, og at beboerne ved disse sykehjemmene kan være uten mat i over halve døgnet. En undersøkelse viste at også «nattfasten» ved svenske sykehjem kan være for lang, i gjennomsnitt på 14,5 timer (10).

TABELL 3: Antall måltider gjennom døgnet fordelt på antall sykehjem (N=451).

Antall måltider gjennom døgnet	8	7	6	5	4	3
Antall sykehjem	65	110	100	112	63	1
Tidlig morgenmåltid	65	76	19	8	1	0
Frokost	65	110	100	112	61	1
Lunsj	65	65	31	20	3	0
Mellommåltid	65	81	65	50	3	0
Middag	65	109	100	112	62	1
Kaffemåltid	65	110	99	110	58	0
Kveldsmat	65	110	100	112	62	1
Sen kveldsmat	65	109	86	36	2	0

Vurdering av ernæringsstatus

Undersøkelsen viste at rutiner for å følge beboernes ernæringsstatus ikke er godt nok innarbeidet i sykehjem. Kun 16 prosent av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. En nordisk undersøkelse om ernæringsrutiner i sykehus viste at evaluering av ernæringsstatus heller ikke var en standard prosedyre ved alle sykehus (19). Det er heller ikke en standard prosedyre ved alle sykehjem å veie beboerne ved innskrivingen. Denne undersøkelsen viste at noe under halvparten av sykehjemmene manglet en slik standard prosedyre. Om lag to av tre veide imidlertid beboeren hvis det var mistanke om lavt matinntak. Manglende praksis med veiing kan bero på mangelfull forståelse av betydningen fra et ernærings synspunkt, da en slik registrering ikke er tidkrevende. Helsepersonell bør derfor ha kunnskaper om viktigheten av å identifisere beboernes ernæringsmessige risiko. I tillegg bør det forefinnes skriftlige prosedyrer om hvordan denne vurderingen skal gjennomføres.

Bruk av vekt

Bruk av vekt anses som den viktigste metoden for å vurdere beboernes ernæringsstatus (30). Ved ett av fem sykehjem måtte flere avdelinger dele vekt. At vekter kan være en mangelvare støttes av en studie der sykepleiestudenter skulle registrere vekten til beboeren (31). Studien avdekket at flere helseinstitusjoner manglet utstyr som vekt og høydemåler/målbånd (31). Hvis avdelingen mangler vekt, eller vekt er vanskelig å få tak i, kan dette medføre at vektregistrering av beboeren

ikke blir foretatt. Funn fra en kvalitativ undersøkelse om veiing i somatiske sykehus, tydet på at økt interesse fra legen medførte at veiing av pasientene mer rutinemessig ble utført (32). Kanskje bør sykehjemslegen etterspørre vekten til beboerne oftere?

Det er positivt at nesten samtlige av respondentene opplyste at matinntaket blir registrert hvis beboeren har dårlig ernæringsstatus. Da undersøkelsen viste at sykehjemmene manglet rutiner for å følge opp beboernes ernæringsstatus, kan man imidlertid stille spørsmål ved om alle beboere som har nedsatt ernæringsstatus virkelig får registrert sitt matinntak.

Kunnskap

Undersøkelsen viste at 80 prosent av respondentene mente at personalet i sykehjem trengte mer kunnskap om ernæringsarbeid. Resultatet samsvarer med en undersøkelse om ernæringsarbeid til eldre som ble utført blant sykepleiere ved somatiske sykehus (33). I den nevnte undersøkelsen oppga 94 prosent at de ønsket seg mer kunnskap om ernæringsarbeid til eldre. For å bedre kvaliteten på ernæringsarbeidet i sykehjem må kunnskapsnivået hos personalet være tilstrekkelig. I Norge anbefaler Nasjonalt råd for ernæringsfagets plass i utdanning av helsepersonell at ernæringsfaget bør styrkes (17). Ernæringsarbeid til eldre bør derfor være et prioritert tema både i grunnutdanningen og videreutdanningen for både sykepleiere og annet helsepersonell ved sykehjem.

Studiens begrensninger

Det er verdt å merke seg at i denne undersøkelsen var det lederne ved sykehjemmene som uttalte seg. Spørsmålet man kan

stille er om resultatene er pålitelige, og om lederne kan ha svart mer strategisk enn hva som er den faktiske situasjonen (25). Imidlertid antar jeg at respondentens etiske holdning, og det at undersøkelsen var anonym, har bidratt til at de har svart så ærlig som mulig.

KONKLUSJON

Selv om denne undersøkelsen viste at respondentene ved de fleste sykehjem var fornøyde med maten som ble tilbudt beboerne, avdekker undersøkelsen at det er områder som trenger forbedring. Spesielt bør inntaket av frukt økes. Den lange nattfasten uten mattilbud er en utfordring som sykehjemmene bør ta på alvor. Undersøkelsen viste også at det var behov for nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.

Helsevesenet bør unngå sparetiltak som går ut over maten og ernæringsarbeidet ved sykehjemmene. Både med hensyn til samfunnsøkonomi og den enkeltes livskvalitet synes det fornuftig å sikre at beboerne har en god ernæringsstatus, og dermed unngå konsekvensene forbundet med de komplikasjoner som kan oppstå som følge av en dårlig ernæringsstatus.

REFERANSER

- Helse- og omsorgsdepartementet.** St. melding nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening.
- Departementene.** Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Oppskrift for et sunnere kosthold, Oslo 2007.
- Mowé M.** Eldre. Mat og medisin. Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring. 5 utg. Høyskoleforlaget, Kristiansand. 2007.
- Söderhamn U, Bachrach-Lindström M, Ek AC.** Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 1997–06.
- Den norske Lægeforening.** Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel – og ingen vil ha deg. Den norske Lægeforening 2001.
- Hessov I.** Klinisk ernæring. 4. utg. Munksgaard, København. 2003.
- Statens Ernæringsråd.** Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Universitetsforlaget, Oslo. 1995.
- Socialstyrelsen.** Kost och näring på äldreboenden. Näringsvården behöver bli mer systematisk. Socialstyrelsen 2005.
- Persson M.** Aspects of nutrition in geriatric patients. Especially dietary assessment, intake and requirements. Malmö: Lund University, Department of Community Medicine, 2002.
- Persson M, Stefanovic-Andersson K, Ulander K.** Kost- och nutritionsrutiner inom äldreomsorgen i Malmö, Rapport 2004.
- Saletti A.** Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Clinical Nutrition, Karolinska Institutet, 2007.
- Hofseth C, Norvoll R.** Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. SINTEF rapport 2003.
- Helsedirektoratet.** Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter. Helsedirektoratets utredningsserie Oslo, 1987.
- Council of Europe.** Food and Nutritional Care in Hospitals: how to prevent undernutrition, report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection: health protection of the consumer, Strasbourg. 2003.
- Stratton RJ, Elia M, Green CJ.** Disease related malnutrition: an evidence base approach to treatment. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing; 2003.
- Beck, AM, Ovesen LF.** Body mass index and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. *Scand J Caring Sci* 2002;16: 86–90.
- Nasjonalt råd for ernæring.** Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring. Sosial- og helsedirektoratet 2006.
- Flodin L, Svensson S, Cederholm T.** Body mass index as a predictor of one-year mortality in geriatric patients. *Clin Nutr* 2000;19:121–5.
- Mowé M, Kindt E, Bøhmer T.** Reduced nutritional status in an elderly population is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994;59: 317–24.
- Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA.** Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patient. *Am J Clin Nutr* 2005; 82:1082–89.
- Mowé M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun Ø.** Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006;25: 524–32.
- Munch C.** Plejepersonalets viden og holdning om ernæring til ældre plejehjemsboere – en spørgeskemaundersøgelse. *Vård i Norden*, 2006;26: 20–24.
- Helse- og omsorgsdepartementet.** Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Kofod J.** Du er dem du spiser sammen med – et brukerperspektiv på den offentlige måltidsservice, Fødevarerapport. Fødevareregulator Danmark, 2000.
- Jacobsen DI.** Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode, 2. utg. Kristiansand S: Høyskoleforlaget, 2005.
- Nielsen MA, Biltz C, Freil M, Gut R, Almdal TP.** Menuvalg til aftenmåltidet øger energi- og proteininntak hos småtspisende pasienter og mindsker det samlede madspild. *Ugeskr læger* 2004;166: 267–70.
- Aagaard H.** Mat og måltider i sykehjem, Høgskolen i Østfold. Rapport 2008:3.
- Ödlund O.** Nutritional and functional effects of energy-dense food in the frail elderly. Doctoral thesis. Karolinska Institutet 2004.
- Lammes E, Akner G.** Repeated assessment of energy and nutrient intake in 52 nursing home residents. *J Nutr Health Aging* 2006;10: 222–30.
- Mowé M.** Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift Norske Lægeforening* 2002; 122: 815–18.
- Aagaard H.** Ernæring nedprioriteres ofte. *Tidsskriftet Sykepleien* 2005;93: 68–69.
- Mortensen AH.** Å veie eller ikke veie? Det er spørsmålet. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 2006.
- Aagaard H.** Ernæring og sykepleiekunnskap. *Vård i Norden* 1998;18: 22–6.

Sammen med deg vil **Sykepleien Forskning**
stimulere til kunnskapsbasert praksiskultur.



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

sykepleien

forskning

Matrutiner er leders ansvar

› Gode rutiner og arbeidsmiljøet ved sykehjem betyr mer for beboernes ernæringstilstand enn den enkelte pleiers kunnskap om ernæring.



Av Marit Sund Storlien

sykepleier/prosjektmedarbeider,
Brøttum bo- og aktivitetssenter,
Ringsaker kommune.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen omhandler mat og måltider i sykehjem og sammenhengen mellom ernæringsstatus og god helse, og peker på mange gjenkjennelige utfordringer. Både hva som serveres, hvordan det blir gjort og betydningen av å evaluere ernæringsstatus er faktorer som kan nedprioriteres i en travel hverdag. Men som det ikke krever store ressurser å gjøre noe med.

Fra min arbeidsplass i en kommune med sentralisert produksjon av mat til sykehjemsbeboere, kjenner jeg godt igjen problematikken knyttet til produksjonskjøkken og matlukt. Samtidig har ombygging til postkjøkken på de enkelte sykehjemsavdelinger gitt oss nye muligheter til individuell tilpasning. Veiing av pasientene er også beskrevet i våre rutiner. Men hvordan stemmer rutinen overens med det som utføres i praksis?

Her ønsker jeg å reflektere litt over det faktum at det er ledere ved norske sykehjem som er intervjuet. At disse har svart ærlig betviles ikke, men hvor god oversikt har egentlig lederen over

hva som skjer i avdelingene rundt omkring?

Det hender pasienter ved sykehjem legges tidlig selv om det på døgnrytmeplan er beskrevet noe helt annet. Er dette i tråd med tidligere vaner eller tilpasser pasientene seg sykehjemmets rutiner når de flytter inn? Det kan bli langt mellom kveldsmat og frokost selv om servering av nattmat heldigvis er en utbredt aktivitet blant nattvakter.

Jeg har også hørt uttalelser om at det ikke er noen vits i å bestille frukt fordi det ikke er noen som spiser det. Dessuten blir det oppvask av å dele opp frukt og servere på små asjetter. Hvorvidt de som bor på sykehjem spiser frukt eller ikke, avhenger av i hvilken form den serveres. Dette kan lett bli litt tilfeldig og avhenger av den enkeltpersonen som til enhver tid er på jobb.

Forfatteren beskriver at 80 prosent av lederne mente at personalet trengte mer kunnskap om ernæring og at det er viktig at dette vektlegges i utdanning av helsepersonell. Hva så? Er det ernæringstilstanden til pasi-

enten nyutdannede tenker mest på hvis dette ikke er prioritert i avdelingen? Noen har kanskje god kunnskap om ernæring fra andre arenaer også, men blir dette verdsatt nok til at det påvirker rutiner i en sykehjemsavdeling der effektivitet er målet på den faglige standarden? Da er det lettere å benytte erfaringen de har om at det er viktig å få oppvasken raskt unna.

Det er et lederansvar å legge til rette for refleksjon over praksis og utvikling av gode rutiner og et godt arbeidsmiljø. Dette gjelder også rutiner ved måltider. Ifølge min erfaring er samhandling mellom pleier og pasient og pleierne imellom av større betydning for pasientenes ernæringstilstand enn hver enkelt medarbeiders kunnskap om ernæring. Det hjelper lite med kunnskap om ernærings betydning for pasientens helse hvis det ikke er kultur for å omsette dette i praksis.

Les artikkelen på side 36



Hva tilfører artikkelen?

Utrøvingene av ICF illustrerer at målinger av funksjonshemning er svært vanskelig fordi det er et så mangedimensjonalt fenomen. Forfatterne mener at forholdet mellom begrepsmodellen og ICF som måleverktøy bør tydeliggjøres.

Mer om forfatterne

Audhild Høyem er ergoterapeut med mastergrad i helsefag. Hun arbeider som rådgiver ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Eline Thornquist er fysioterapeut/psykomotoriker og dr.philos.

Hun er ansatt som professor II ved Universitetet i Tromsø, Institutt for helsevitenskap og ved Høgskolen i Bergen, Institutt for fysioterapi. Kontaktperson: audhild.hoyem@unn.no.



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: WHO har som mål å gjøre «Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemning og helse» (ICF) til et felles rammeverk for å dokumentere funksjon og funksjonshemning på tvers av landegrensene. Tanken er at ICF skal brukes både i samfunnsplanlegging, virksomhetsstyring, forskning og klinisk arbeid. Flere norske rehabiliteringsmiljøer har deltatt i internasjonale studier for utprøving av klassifikasjonssystemet. I tillegg er deler av ICF anvendt i klinisk praksis på ulike måter for tverrfaglig koordinering og dokumentasjon.

Hensikt: Hensikten er å gi en innføring i klassifikasjonssystemets oppbygning, begrepsapparat og formål og belyse de utfordringer som oppstår når ICF-klassifisering skal anvendes i praksis.

Metode: Tekstanalyse med eksempler som illustrerer hovedfunnene ved analysen.

Resultat: Artikkelen dokumenterer uklarheter og motsetninger i presentasjonen av ICF. Begreper og tenkemåter fra ulike paradigmer brukes om hverandre, slik at måling og meningsfulle fenomene

blendes. Klassifisering i tråd med ICF innebærer utstrakt bruk av skjønn, mens klassifikasjonssystemet er basert på idealet om objektiv, nøytral og entydig kartlegging. To eksempler trekkes inn for å illustrere innebygde motsetninger i klassifikasjonssystemet og problemer som oppstår når funksjon skal kodes for å gi målbare data.

Konklusjon: Forfatterne anbefaler at klassifikasjonens teorigrunnlag avklares og at forholdet mellom begrepsmodellen og kodeverket tydeliggjøres.

» Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell

Forfatter: Audhild Høyem,
Eline Thornquist

NØKKELORD

- Funksjonshemning
- Klassifisering
- Rehabilitering
- Helse
- Kvalitativ studie

INNLEDNING

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse (ICF) ble lansert av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2001 (1). Daværende generaldirektør i WHO, Gro Harlem Brundtland, sammenlignet klassifikasjonssystemet med en sveitsisk lommekniv da hun beskrev hvordan det kunne brukes for en rekke ulike formål. Hovedhensikten med ICF er å fremskaffe målbare data om helse og funksjonshemning for sammenligninger og statistikk på tvers av fag og landegrenser.

Klassifikasjonssystemet ICF består av en begrepsmodell og et kodeverk. Begrepsmodellen illustrerer funksjonshemning som en relasjon mellom den enkelte og omgivelsene. Kodeverket er oppbygd for kategorisering og skåring av funksjon og funksjonssvikt. Det er delt inn i fire delklassifikasjoner: kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer,

aktiviteter og deltakelse, samt miljøfaktorer. Når ICF omtales er det viktig å gjøre det klart om man refererer til ICF som måleverktøy eller begrepsmodell, siden disse to bruksformene har ulike implikasjoner.

I denne artikkelen presenteres og drøftes klassifikasjonens oppbygning, begrepsapparat og formål, samt forutsetninger for og konsekvenser av noen bruksmåter. Søkelys rettes mot sentrale problemområder og inkonsistenser. Artikkelen springer ut av et mastergradsarbeid (2), og er oppbygd slik at de tema som presenteres drøftes fortløpende.

AKTUALITET

Utvikling

ICF bygger på en omfattende revisjon av klassifikasjonssystemet ICIDH, «International Classification of Impairment, Disability and Handicap» fra 1980. Den norske oversettelsen av ICF kom i 2004. Forvaltningen av klassifikasjonssystemet er forankret i Helsedirektoratet. Utgivelsesåret ble det arrangert informasjonskonferanser i hver helseregion, og utarbeidet en nasjonal presentasjon. Senere har det vært avholdt nasjonale og internasjonale konferanser.

Helsedirektoratet og Kompetansesenter for IT i helse- og

sosialektoren har arbeidet med utvikling av ICF sammen med en nasjonal referansegruppe. Asbjørn Haugsbø som er ansvarlig for arbeidet med ICF i Helsedirektoratet, skriver om status for ICF-arbeidet i Norge at den første fasen var konsentrert om å gjøre ICF kjent, mens det senere har vært arbeidet med utvikling, tilrettelegging og utprøving.

«Det er ikke truffet beslutning om å påby bruk av ICF. Hittil har det vært opp til interesserte fagmiljøer og enkeltpersoner å ta klassifikasjonen i bruk. Det har vært størst interesse knyttet til bruk av begrepsapparatet. Bruken har vært utprøvende og prosjektbasert. Mange har uttrykt at det har vært nyttig å bruke begrepsapparatet i planlegging av virksomheter, mens bruk av kodeverket har vært problematisk. Det er enighet om at forutsetningen for å bruke ICF's kodeverk er at det utvikles kjerne-sett (core sets) for avgrensede områder» (Brev til det Nordiske klassifikasjonssenteret mars 2009) (Kjernesett er utvalg av ICF-kategorier som vi kommer tilbake til).

ICF som måle- og rapporteringsverktøy

Norske myndigheter har besluttet at registrering av pasientdata

i rehabilitering/habilitering, psykisk helse og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten skal omfatte klassifisering av tiltak i et prosedyrekodeverk, og av funksjon i et «ICF-tilpasset indikatorsett» i tillegg til diagnoseklassifisering etter ICD-10. Det er utviklet et kodeverk av utvalgte ICF-kategorier med skåringskriterier tilpasset denne registreringen. Tanken har vært at disse dataene også skal inngå i grunnlaget for innsatsstyrt finansiering. Det har vært en bred utprøving i 2008 og 2009. Konklusjonen er ikke offentliggjort per oktober 2009.

ICF som begrepsmodell i klinisk praksis

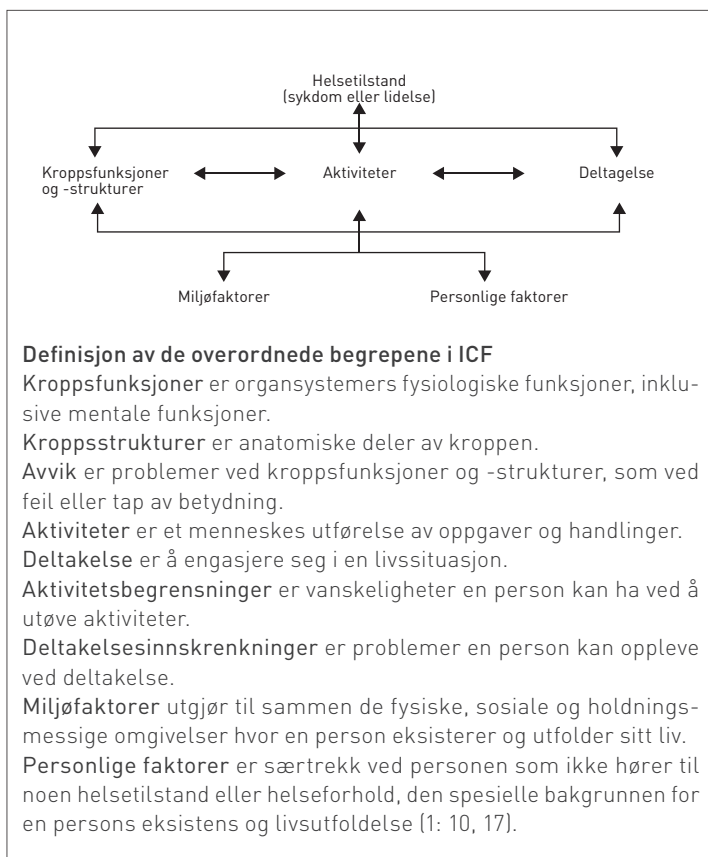
I flere rehabiliteringsmiljøer er det utviklet arbeidsredskaper som tar utgangspunkt i ICFs struktur og begreper, hovedsakelig fra et overordnet nivå i klassifikasjonen. Det dreier seg om sjekklister eller disposisjoner til bruk i tverrfaglige møter og i pasientdokumentasjon som funksjonsvurderinger, individuelle planer og epikriser (2,3). Slik bruk muliggjør en ryddig gjennomgang av undersøkelser og tiltak (4). Dermed blir det lettere å kommunisere om mål og planer for rehabiliteringspasienten, samt å fordele ansvar

yrkesgruppene imellom. Slik bruk av ICF omtales ofte som å bruke begrepsapparatet eller (begreps-) modellen (3,5). Vi kaller dette en pragmatisk bruk av ICF, siden nyttehensyn og tilpassning til arbeidsformen i det enkelte fagmiljø vektlegges mer enn definisjoner og anbefalinger i ICF-manualen.

ICF inn i høyskoleutdanningene i helse- og sosialfag

«Implementering av ICF som begreps- og forståelsesmodell innen relevante utdanninger i Norge» var temaet for konferansen som Helsedirektoratet arrangerte i januar 2009 for utdanningene innen ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi, sosialt arbeid, sykepleie og vernepleie ved universiteter og høyskoler. I den forbindelse forelå en revisjon av den nasjonale presentasjonen av ICF (6). Med konferansen gir myndighetene uttrykk for en ny satsing, og en dreining i fokus fra koding og måling til ICF som forståelsesmodell.

FIGUR 1: Vekselvirkninger i ICFs begrepsapparat



OM ICF ICF's begrepsmodell

Forståelsen av helse og funksjonshemming illustreres gjennom følgende diagram, som har tittelen «Vekselvirkninger i ICF's begrepsapparat» (1:18).

Begrepene og ICF-modellen (figur 1) har vært mye referert til de senere år. Modellen illustrerer den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming som norske myndigheter baserer seg på i sentrale dokumenter (7,8). Funksjonshemming forstås som et flerdimensjonalt fenomen bestående av kroppsfunksjonsavvik, aktivitetsbegrensninger, deltakelsesinnskrenkninger på ulike livsområder, og/eller hemmende miljøfaktorer. I tråd med dette defineres rehabilitering som en

individuell og målstyrt prosess fram mot best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse på ulike livsområder (9).

De personlige faktorene er tatt med i begrepsapparatet for å vise at de er en del av idégrunnlaget, men er foreløpig ikke med i kodeverket (1). Begrepene aktivitet og deltakelse har ulike definisjoner, men i kodeverket utgjør de en samlet delklassifikasjon. Det er skissert flere ulike muligheter for hvordan aktivitet og deltakelse kan klassifiseres.

ICF-klassifisering innebærer at forhold ved den enkeltes funksjonsevne og omgivelser

et nummer. For hver kategori skåres funksjonsnedsettelse på en femdelte skala. Miljøfaktorene kan skåres som enten hemmende eller fremmende for funksjon, aktivitet og deltakelse.

Begreper og kategorier i ICF er detaljert definert i kodeverket. WHO fremholder at det er tatt hensyn til ideelle særtrekk ved operasjonelle definisjoner (1). Prinsipper som nevnes, er at definisjonene skal gi en entydig identifikasjon av begrepet, være nøyaktige og dekke hele meningsinnholdet til termen, «være operasjonelle (ikke billedlige eller metaforiske), og at de bør utgjøre empiriske utsagn

ving av blant annet ICF-kjerne- sett for korsryggsmerter (11) og hjerneslag.

Det er også foretatt flere studier der elementer i funksjonsvurderingsinstrumenter «linkes» til ICF-kategorier etter spesielle regler (12). Hensikten med slik kobling er å vise hvilke funksjonsområder instrumentene dekker, slik at det skal bli lettere å velge det mest dekkende instrumentet for å måle effekt av ulike intervensjoner (10,12). På sikt er målet også at funksjonsdata som er samlet inn med ulike instrumenter skal oversettes til skåringer innenfor ICF-kategorier, i forsøk på å gjøre dem sammenlignbare.

ICF-klassifisering innebærer utstrakt bruk av skjønn i alle ledd av prosessen.

først kategoriseres, deretter skal grad av funksjonsavvik innen de valgte kategoriene skåres (1).

ICF som kodeverk og hierarkisk klassifikasjonssystem

WHO presenterer ICF som rammeverk for å måle helse og funksjonshemming. «The ICF is WHO's framework for measuring health and disability at both individual and population levels (...). By shifting the focus from cause to impact it places all health conditions on an equal footing allowing them to be compared using a common metric – the ruler of health and disability.» (<http://www.who.int/classifications/icf/en/> 11.10.2009)

ICF er bygd opp som et hierarkisk system av gjensidig utelukkende kategorier. Hver av de fire delklassifikasjonene består av fem til ni kapitler med underkategorier i flere nivåer som identifiseres med en bokstav og

om fenomener eller ting som kan iakttas, utprøves eller avledes ved logiske slutninger» (1:199). Definisjonene skal så langt det er mulig ikke inneholde faguttrykk. De fleste kategoriene avgrenses med inklusjonsmerknader med eksempler på hva som kan høre med i kategorien, og eksklusjonsmerknader for å hindre forveksling med nærliggende kategorier. Målet er altså å sikre entydig bruk av ord og begreper fra ICF ved at man følger begrepsdefinisjonene nøye.

Internasjonalt utvikles kjerne- sett for å gjøre ICF mer brukervennlig. Et kjernesett er et utvalg av ICF-kategorier som er satt sammen for å passe til en bestemt diagnosegruppe (10). Kjernesett skal brukes i forskning og klinisk praksis for å muliggjøre sammenligninger på tvers av fag og landegrenser. Flere norske rehabiliteringsavdelinger har deltatt i internasjonale studier for utprø-

Utfordringer ved bruk av ICF som måleverktøy

Det er utviklet ulike standarder eller normer for å skåre funksjonsavvik innenfor tre av de fire delklassifikasjonene.

- For kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer gjelder «det normale biomedisinske variasjonsområdet i en normalbefolkning» (1:12)
- For aktivitet og deltakelse er normen definert som «det en person uten tilsvarende helse- tilstand (sykdom, lidelse eller skade) kan klare» (1:15).

Prosentverdi av «totalt problem» er angitt som retningsgivende for bruk av skåringsskalaen. WHO anbefaler at «i den grad det er mulig, må persentilene for de enkelte domener kalibreres.» Vi har valgt ut et par enkeltkategorier fra kodeverket for å vise eksempler på hvordan kategoriene navngis og avgrenses, samt hvordan funksjonsavvik skåres:

1) *D4104 Stå*. Skifte kroppsstilling til eller fra stående til

enhver annen stilling, som ved å legge seg ned eller sette seg. Denne kategorien på femtegnsnivå er hentet fra aktiviteter og deltakelse (d), kapittel d4 Mobilitet, d410 Endre grunnleggende kroppsstillinger. Eksempellet viser et gjennomgående trekk ved mange av kategoridefinisjonene, nemlig at de er avgrenset på måter som skiller seg fra både en faglig og en dagligdags forståelse av begrepet. Det er jo ikke vanlig å inkludere det å legge seg ned, når man snakker om evnen til å kunne stå. Når man skal skåre graden av problem, angis dette med et tall bak kategori-koden. For eksempel D4104.3, der tretallet bak punktum betyr at personen har et stort problem (50–95 prosent) med denne funksjonen i forhold til normen. Neste eksempel viser andre utfordringer:

2) D7200 Danne relasjoner.

Innlede og opprettholde interaksjoner for kortere eller lengre tid, tilpasset situasjon og sosiale krav, som ved å introdusere seg selv, finne og innlede vennskap og faglige relasjoner, innlede relasjoner som kan bli permanente, romantiske eller intime.

Kategorien er plassert i kapittel d7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner, under delklassifikasjonen aktiviteter og deltakelse. Den inneholder mange ulike forhold som er vanskelige både å avgrense, vurdere og gradere (interaksjon, tid, situasjon, vennskap, relasjon). Dersom personen har et lite problem med å danne relasjoner (5–24 prosent), angis dette med et ettall bak kategori-koden: D7200.1.

ICF-kategoriene presenteres som klart avgrensede. Skåring skal baseres på observasjon av pasientens utførelse av handlinger

og angi avvik fra en definert norm (1). Dette gir inntrykk av at resultatene skal bli entydige, eksakte og objektive data som skal kunne brukes uavhengig av sammenhengen. I noen situasjoner kan det være slik at man har et fast kjernesett av kategorier som skal skåres (som for eksempel indikatorsettet nevnt innledningsvis, eller kjernesett for hjerneslag). I andre sammenhenger er det kanskje slik at man skal velge de kategoriene som er mest aktuelle for å klassifisere personens funksjonstilstand.

Kategorisering og skåring viser seg å være problematisk i praksis dersom man prøver å følge rådene i manualen. Den som skårer må foreta en rekke valg og fortolkninger:

- Først skal man definere hva som skal høre til den valgte kategorien. Vår erfaring er at det i mange tilfeller er vanskelig å avgrense hva som skal inngå. Det har blant annet sammenheng med at kategori-definisjonene ofte kan være ganske abstrakte og skille seg fra en etablert forståelse av den termen som definisjonen skal avklare, slik som eksempelet foran med «å stå». Til forskjell fra «items» i ADL-indekser eller funksjonsvurderingsinstrumenter er ICF-kategoriene utviklet for at de skal kunne brukes uavhengig av sammenheng og formål. Man får altså ikke noe hjelp ut fra sammenhengen kategoriene inngår i.
- Når man har avgrenset hva som skal inngå, må man i hvert enkelt tilfelle avklare hva som skal være den relevante normen å gradere avvik ut fra når det gjelder denne kategorien for den aktuelle personen. Hvordan kan man

finne ut hva som er riktig sammenligningsgrunnlag? Det er for eksempel vanskelig å tenke seg en norm for å danne relasjoner. Mye av det som klassifiseres i ICF, spesielt i aktivitets- og deltakelsesklassifikasjonen, er handlinger som kjennetegnes av subjektivitet, vilje og mening. Variasjoner med hensyn til i hvilken grad og under hvilke betingelser en person utførte en bestemt handling før han/hun ble syk eller skadet er, sammen med forhold i den aktuelle situasjonen, av sentral betydning for om og hvordan personen gjennomfører en handling. Dette er forhold som ikke lar seg inkludere i klassifiseringen siden sammenligningen ifølge manualen skal relateres til normen.

- Til slutt skal det vurderes hvor stort avviket er fra normen, slik at dette kan graderes med en tallverdi. Hvordan man skal forholde seg til variasjon i funksjon over tid eller i ulike situasjoner, samt om man skal gradere ut fra omfanget av for eksempel en lammelse (lett parese i store deler av kroppen), graden av lammelsen (total lammelse i en mindre del av kroppen), eller kanskje betydningen av lammelsen for personens selvhjelpenhet er spørsmål som melder seg her. Det gis så langt ingen retningslinjer i ICF-manualen, men som omtalt tidligere, kan det utvikles egne skåringskriterier slik som i det norske indikatorsettet. Da mister en muligheten for sammenligninger med andre datasett.

Som all annen form for klassifisering innebærer bruk av ICF utøvelse av skjønn i alle ledd av

prosessen. Skjønn utøves dessuten ulikt ut fra hva som oppfattes som formålet med klassifiseringen (13-16). Dette innebærer med all sannsynlighet at det er ulike forhold som sammenlignes, og at både sammenligningsgrunnlaget og graderingen vurderes forskjellig. Vi vil hevde at funksjonsangivelser i kategorikoder og tall gir inntrykk av en målbarhet og objektivitet som det ikke finnes dekning for.

Videre kommenteres noen forhold ved ICF som måleverktøy, med eksempler fra to norske studier der ICF-kjernesett er utprøvd (11,17). Når det gjelder skåring innen kjernesettet for revmatoid artritt (17), viser studien lav interater reliabilitet og moderat intrarater reliabilitet ved bruk av den ferdelte skåringskalaen. Særlig var det dårlig samsvar for omgivelsesfaktorene, da pasientene ofte anga at de samme faktorene samtidig ble opplevd både hemmende og fremmede for aktivitet og deltakelse, og at termene var tekniske og i liten grad ga assosiasjoner til dagliglivet (ibid.).

Det var kun 22 prosent av personalet som prøvde ut kjernesettet for korsryggsmerte (11), som i forbindelse med skåringen anga at dette var nyttig eller svært nyttig, mens det på et senere tidspunkt var betydelig flere (ibid.). I diskusjonsdelen av artikkelen ser forfatterne dette i sammenheng med økt kunnskap og erfaring med ICF og skåring. I resultatdelen refereres deltakerne slik: «kjernesettet bidro til å fange opp tanker og holdninger hos pasientene (...) som man ellers ikke etterspurte i klinisk praksis» (11:2708). Vi spør oss om det deltakerne her uttrykker, er at ICF-begreper som sjekklister eller forståelsesmodell i arbeidet er nyttig, men at kjernesettet som


måleverktøy er vanskelig. Når de har fått avstand til uvante termer, måleskalaer og kategoridefinisjoner (11,17), så opplever de at en slik sjekklister kan være til hjelp for å se etter aspekter ved pasientens situasjon som de ikke har hatt tradisjon for å kartlegge.

Når utprøving av ICF-kjernesett beskrives, kan det av og til synes som om det gjøres avvik fra WHO's retningslinjer uten at dette er gjort eksplisitt. Det kan for eksempel gjelde hvis man ikke følger de nøyaktige kategoridefinisjonene med inklusjons- og eksklusjonsmerknader, men

skåring innen ICF. Et element som omhandler for eksempel sammenheng mellom smerte og gangdistanse, må knyttes til en ICF-kategori for smerte, og en for gange (12). Slik forsvinner den sammenheng instrumentet skal fange opp, ved oversettelse til ICF.

Begrepsmodellen og kodeverket: motsetninger og problemområder

I diagrammet (figur 1) fremstilles helse og funksjonshemming som relasjonelle og kontekstuelle fenomener. Pilene angir veksel-

 Forholdet mellom måling og mening er og blir problemfylt i alt helsearbeid.

derimot legger sin egen tolkning av kategorien ut fra tittelen (for eksempel «å stå» eller «å danne relasjoner») til grunn for avgrensningen. Et annet eksempel er at skåring baseres på en skjønnsmessig gradering av «funksjonshemmingens omfang», og ikke på sammenligning med den relevante normen slik det anbefales i ICF-manualen. Dette er mer i tråd med det vi har kalt pragmatisk bruk av ICF. Da kan man ikke snakke om entydig bruk av begrepene eller måleskalaen. Med slik bruk faller en av forutsetningene for skåring i kjernesettet bort, nemlig at ICF-skåring skal fungere som standardmål for helse og funksjonshemming («the ruler of health and disability»).

Når det gjelder linking eller kobling mellom «items» i funksjonsvurderingsinstrumenter og ICF-kategorier, støter man også på betydelige utfordringer. Noen typer funksjonsdata er problematisk å «oversette» til

virksomheter mellom den enkeltes helsetilstand og forhold i miljøet. Vi vil nå drøfte hvorvidt denne forståelsen lar seg dokumentere i klassifisering etter ICF.

Ifølge teksten knyttet til diagrammet i manualen, skal man først registrere data innen de ulike delklassifikasjonene uavhengig av hverandre, og deretter undersøke sammenheng mellom dem (1:19). Sammen med litteratur om miljøfaktorer i ICF (18), gir denne beskrivelsen inntrykk av at det skjer en direkte påvirkning mellom enkeltstående faktorer i miljøet og personens funksjon og helse, samt at denne påvirkningen kan «påvises» og så gjøres synlig i klassifikasjonen. For å gå tilbake til eksempelet om å danne relasjoner, skal man altså registrere en omgivelsesfaktor som for eksempel e440 «Individuelle holdninger hos personer som yter personlig omsorg og hjelp» (1:175) dersom dette antas å ha betydning for den personen som får sin funksjon klassifisert. Videre skal man angi

i hvilken grad disse holdningene hemmer eller fremmer personens evne til å «innlede og opprettholde interaksjoner tilpasset situasjon og sosiale krav for å innlede vennskap og relasjoner som kan bli permanente, romantiske eller intime». Det er vanskelig å forestille seg hva som kan legges til grunn for å gradere en slik «omgivelsesfaktor». Trolig vil flere ulike personer yte omsorg og hjelp, og de vil sannsynligvis ha ulike holdninger, som også varierer i ulike situasjoner. Kort sagt, det er vanskelig å definere hva som påvirker personens evne til å danne relasjoner og i hvilken grad.

I ICF er det også motsetninger mellom enkelte begrepsdefinisjoner på overordnet nivå og operasjonalisering av de samme begrepene i kodeverket. Vi vil ta ett eksempel. Deltakelse forklares som observerbar utførelse, det en person gjør (1: 15), eller «objektive og utenfra observerbare tegn» hos enkeltpersoner (1: 234). Avvik skal skåres i forhold til hva en «sammenlignbar person» vil kunne klare. Denne forståelsen er ikke i samsvar med den overordnede definisjonen av deltakelse som er å engasjere seg i en livssituasjon. Personer med omfattende kommunikasjons- eller bevegelseshemninger vil bli skåret med store avvik når det gjelder mange kategorier innen aktivitet og deltakelse, også i situasjoner der de faktisk styrer det som skjer ved at andre utfører det for dem, og der de dermed i stor grad er engasjert i situasjonen. Deltakelsesbegrepet i ICF er av flere kritisert for ikke å favne den enkeltes autonomi og den subjektive opplevelsen av å delta (19, 20). Det presiseres faktisk i manualen at «engasjement skal skilles fra den subjektive opplevelsen av å være med» (1: 15) Men det sies også at det er

«en persons fulle opplevelse av helse» som skal beskrives (ibid.: 19). Dette er motstridende.

Ifølge WHO representerer ICF en sammenhengende forståelse av helse og funksjonshemming der en medisinsk og en sosial modell integreres til det som kalles en biopsykososial forståelse (1). Det gjøres i begrenset grad rede for hva som menes med en medisinsk og en sosial modell. Begrepet biopsykososial er heller ikke forklart, og det henvises ikke til oppklarende litteratur (21). Biopsykososial er et begrep som ofte brukes for å uttrykke en bred og helhetlig tilnærming til pasienten, og for å vise til at årsaksforhold eller konsekvenser av sykdom eller plager synes å være sammensatt. Begrepet sier lite ut over et ønske om å vektlegge flere ulike perspektiver i forståelse eller behandling av tilstander, og er for «løst» til å kunne kalles en teoretisk forståelse. Menneskelige handlinger utspiller seg i konkrete situasjoner, i samspill med andre og i en bestemt sosial kontekst. Ved klassifisering skal slike handlinger ifølge ICF-manualen, deles opp, kategoriseres, graderes og tallfestes ut fra observert atferd, som om de var konstante og målbare i gram eller grader. Dette er et eksempel på instrumentalisering (14, 15, 22). Forhold av ulik art omtales som om alt handlet om fysiske krefter og utvendighetsforhold. Man ser bort fra det som kjennetegner menneskelig handling og eksistens. Dette kan vanskelig sies å være i samsvar med en relasjonell og kontekstuell forståelse av funksjonshemming slik den presenteres i begrepsmodellen.

Det synes altså som om sammenhengene som vektlegges i begrepsmodellen er svært vanskelige å ivareta ved klassifisering. Vi

har her vist noen problemer ved ICF som måleverktøy, motsetninger i begrepsdefinisjoner, og eksempler på at grunnlaget synes å være sviktende for det som ofte sies, nemlig at klassifikasjonen bygger på begrepsmodellen.

OPPSUMMERING OG FREMTIDIGE UTFORDRINGER

Presentasjonen av ICF i manualen er uklare og motstridende på flere områder. Begreper og tenkemåter fra ulike paradigmer brukes om hverandre, måling og meningsfulle fenomener blandes. Det brukes begreper som gir inntrykk av relasjoner, mening og betydning samt den enkeltes egen opplevelse av helse og engasjement i livssituasjonen. Samtidig gis det retningslinjer for kategorisering og skåring av avvik fra gitte normer uttrykt i tallstørrelser, basert på atferd slik den kan observeres av andre.

Forventningene om at klassifikasjonssystemet skal gi entydige og målbare data om funksjonshemming synes å være for høye. ICF-klassifisering innebærer utstrakt bruk av skjønn i alle ledd av prosessen, mens idealet for slik klassifisering er objektiv, nøytral og entydig dokumentasjon.

De grunnleggende motsetningene i ICFs begrepsapparat og teorigrunnlag kan etter vår oppfatning ikke overkommes gjennom utvalg av «riktige» kategorier til diagnosespesifikke kjernesett, tilpasninger av skåringsskalaer eller opplæring av personell, slik det ofte konkluderes i utprøvningsstudier (11, 17). Målinger av funksjonshemming er svært vanskelig fordi det er et så mangedimensjonalt fenomen, noe utprøvingene av ICF illustrerer. I tillegg mener vi at forholdet mellom begrepsmodellen og ICF som måleverktøy bør tydeliggjøres.

Forholdet mellom måling og mening er og blir problemfylt i alt helsearbeid. Det er sentralt å identifisere, dokumentere og klassifisere målbare forhold. Men målbare størrelser må settes inn i en meningsfylt sammenheng for å kunne anvendes i praksis og brukes til ulike formål, og meningsfylte fenomener kan ikke oversettes til tallstørrelser uten å gjøre vold på deres vesen.

Videre er det behov for å avklare klassifikasjonens teorigrunnlag. Per i dag er det lite dekning for å kalle ICF en teoretisk modell, slik det fortsatt gjøres i den reviderte nasjonale presentasjonen av ICF (6).

Den pragmatiske bruken av ICF har vist seg å være et godt hjelpemiddel og et viktig bidrag i tverrfaglig rehabiliteringsarbeid. Slik vi ser det, kan denne bruken romme beskrivelser og forståelser basert på ulike kunnskaps-,

språk- og fagtradisjoner. En forutsetning for dette er at brukerne ikke avgrenser seg til kategori-definisjonene i klassifikasjonen, men at ord og begreper fra ICF brukes i en forståelse som er vid nok til å romme fritekstbeskrivelser av individuell funksjon i ulike situasjoner. På denne måten kan det enkelte fagmiljø utvikle en felles forståelse av sentrale begreper gjennom det tverrfaglige arbeidet og derved oppnå et «felles språk» slik et av målene er for ICF. Dette er også en form for klassifisering (13), men mer basert på nytte og klinisk relevans enn på vedtatte definisjoner. Bruken av begrepsmodellen i ICF har bidratt til en felles og utvidet forståelse av funksjonshemming blant ulike helseprofesjoner, og har gjort kommunikasjonen mellom yrkesgruppene enklere. I videre forskning og utvikling bør den pragmatiske bruken av

ICF-begrepene dokumenteres, utforskes og videreutvikles.

Med dagens krav til standardisering, rapportering og statistikk, er vi bekymret for at koding og klassifisering vil bli brukt i stedet for helhetlige og sammenhengende beskrivelser av pasienter og brukes funksjonsstatus, problemer og ressurser, individuelle forhold, samt deres egne mål, prioriteringer og opplevelse av situasjonen. Med en kontekstuell forståelse av funksjonshemming trengs et nyansert språk for å uttrykke hva funksjonshemmingen i det konkrete tilfelle omfatter. Dette kan ikke uttrykkes med tall innenfor et hierarkisk system av gjensidig utelukkende kategorier. Tallbaserte funksjonsdata innen ICF's detaljert oppdelte kategorier er i tillegg logisk uforholdig med den definisjonen av rehabilitering som myndighetene bruker i sentrale dokumenter.

LITTERATUR

1. WHO. ICF Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Verdens helseorganisasjon: Sosial- og helsedirektoratet. 2003.
2. Høyem A. ICF i rehabilitering: forståelse og bruk [Mastergradsoppgave]: Universitetet i Tromsø. 2007.
3. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet. Gyldendal, Oslo. 2002.
4. Høyem A. ICIDH og tverrfaglig arbeid. Rehabiliteringsmagasinet BRIS. 2000;2.
5. Wekre LL, Vardeberg K. Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes. Fagbokforlaget, Bergen. 2004.
6. Aas R, Hellem I, Ellingsen K. WHO's ICF. En nasjonal presentasjon. Rapport IRIS: International Research Institute of Stavanger; 2008. Report No.: 256.
7. St.meld. 8. Om handlingsplan for funksjonshemma. 1998-2001.
8. St.meld. 40. Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. 2002-2003.
9. St.meld. 21. Ansvar og mestring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. 1998-1999.
10. Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and clas-

- sification for rehabilitation medicine. Am J Phys Med Rehabil. 2005;84:733-40.
11. Røe C, Sveen U, Kristoffersen O, Fossum B, Hammergren N, Iversen V, et al. Uprøvning av ICF-kjernesett for korsryggsmerter. Tidsskr. Nor Lægeforen 2008;128:2706-8.
 12. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. Journal of rehabilitation medicine official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. 2005;37:212-8.
 13. Sivertsen J, Egeland T. Vitenskap og rasjonalitet. Ad Notam Gyldendal, Oslo. 1996.
 14. Wifstad Å. Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse. 2. opplag. Ed: Universitetsforlaget, Oslo. 2001.
 15. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Fagbokforlaget, Bergen. 2003.
 16. Thornquist E. Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helse-tjenesten. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2009.
 17. Uhlig T, S. L, Moe RH, Stamm T, Cieza A, A. B, et al. Reliability of the ICF Core

- Set for rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2007;66:1078 - 84.
18. Schneidert M, Hurst R, Miller J, Üstün B. The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disability and Rehabilitation. 2003;25:588-95.
 19. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? Disability and Rehabilitation. 2003;25:596-601.
 20. Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health-some critical remarks. American Journal of Occupational Therapy. 2005;59:569-76.
 21. Imrie R. Demystifying disability - a review of the International Classification of Functioning Disability and Health. Sociology of Health & Illness. 2004;26:287-305.
 22. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar. Aschehoug. Oslo. 2001.

Les kommentaren på side 55 >>

Fornøyde lesere

- Sykepleien Forskning har en fin stoffmiks
- Studenter har i stor grad nytte av Sykepleien Forskning i forbindelse med studier
- Lesetiden har økt og er nå på hele 36 minutter i snitt
- Bladet fremstår som meget troverdig og oversiktlig
- De med lederansvar leser bladet enda grundigere

Kilde: Leserundersøkelse gjennomført av Synovate, feb. 2010



Vil du annonsere, ta kontakt med ingunn på ingunn.roald@sykepleien.no

Et nyttig verktøy for praksis

› IKT-systemer må få større innpass i helse-sektoren, som dokumentasjon av faglig innsats og for å videreutvikle sykepleiefaget.

Artikkelen «Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell», framhever blant annet at måling av funksjonshemming er svært vanskelig fordi det er et mangedimensjonalt fenomen, og at målbare størrelser må settes i sammenheng for å kunne anvendes i praksis. Det er viktig å skape debatt omkring måleverktøy til bruk i helsesektoren.

Jeg mener at informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) må få større innpass i den praktiske hverdag i helsesektoren. Fagpersoner i direkte kontakt med pasienten har økt behov for å systematisere og dermed synliggjøre den faglige innsatsen og resultater for sine ledere. I tillegg vil systematisk bruk av IKT i praksis være et viktig bidrag til å videreutvikle faget. Blant annet ved gjenbruk av data som er registrert av fagpersonene i den daglige dokumentasjon av utført helsehjelp.

Som oversykepleier i somatisk avdeling har jeg vært med på å ta i bruk klassifikasjonssystem spesielt tilpasset sykepleiefaget; Nursing Diagnosis (NANDA) og Nursing Intervention Classifica-

tion (NIC). Det har vært med på å påvirke den faglige refleksjon i forhold til hva som er vesentlige å dokumentere, hvilken sykepleiediagnose som bør velges, hva som er målet sett i forhold til akkurat denne pasienten og hvilke tiltak som skal iverksettes for å nå målet.

Arbeidsgiver har et stort ansvar for at de ansatte, som har sin hovedvirksomhet i de daglig menneskelige relasjoner med pasienter, får et godt verktøy til å kvalitetssikre tjenestene og samtidig hente ut data for å måle gevinstene. Dette er fullt mulig, men da kreves det at verktøyet har en funksjonalitet som imøtekommer en aktiv hverdag der gevinsten ikke alltid etterspørres i kroner og øre.

IKT-systemer må integrere faget på en slik måte at helsearbeideren gjenkjenner den faglige dimensjon slik den oppleves i kontakt med pasienten. Her må våre fagmyndigheter være pådrivere og skape et verktøy som helsearbeideren opplever som naturlig å bruke i daglig planlegging og dokumentasjon av helsehjelp.

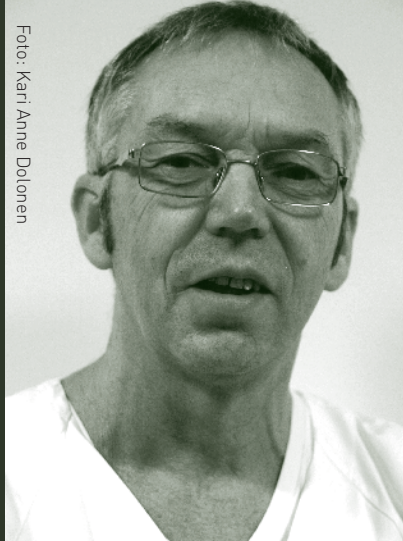


Foto: Kari Anne Dolonen

Av Jostein Pettersen
oversykepleier, Medisinsk klinikk,
Oslo universitetssykehus Aker

Jeg leser artikkelen med stor interesse. For sykepleieren er det ikke alltid like enkelt å tenke på pasientens funksjon som måleenhet for god sykepleie. Klassifikasjonssystemene må tilpasses utfordringene den ansatte møter i praksis. Det ville bidra til en mer utfyllende dokumentasjon til beste for pasienten, til bruk i fagutvikling og forskning og for leder som skal styre virksomhetens ressurser.

Jeg ser på arbeidet med å innføre klassifikasjonssystemer som en «modernisering» av dokumentasjon og kommunikasjon i praksis. Kunnskap blir enklere tilgjengelig i praksisfeltet, og det blir enklere å dele dokumentasjon faggruppene imellom. Det blir også enklere å fornye arbeidsrutiner som kan forenkle og sikre kunnskapsoverføring til felles samhandling, for og sammen med pasienten. Vi må ikke miste fokuset på enkeltmennesket når vi sitter framfor dataskjermen, men endre våre arbeidsmetoder slik at vi kan bruke mer tid på pasienten i hverdagen.

Les artikkelen på side 46



Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen forteller om antall fall, klokkeslett og sted fall skjedde blant personer med demens. Videre beskrives mulige årsaker til fall, tid fall ble oppdaget av personalet, personenes psykiske reaksjoner og fysiske skader etter

fall, og hvem personalet kontaktet etter fall.

Mer om forfatterne

Randi Slåstetten er høgskolelektor og sykepleier. Solveig Struksnes er førstelektor og sykepleier. Inger Johansson er professor, dosent og

sykepleier. Marie-Louise Hall-Lord er professor, dosent og sykepleier, Senter for omsorgsforskning og Seksjon for sykepleie, Høgskolen i Gjøvik. Johansson og Hall-Lord er i tillegg ansatt ved Avdeling for omvårdnad, Karlstads universitet. Kontaktperson, randi.slaasletten@hig.no.



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Fall og fallskader er vanlige problemer spesielt for personer med demens.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke antall fall og omstendigheter rundt fall blant personer med demens.

Metoder: Studien ble gjennomført i særskilte boenheter for personer med demens ved fire sykehjem i en kommune i Oppland i Norge. Et skjema for fallregistrering ble benyttet. Datainnsamlingen pågikk i fire måneder.

Resultater: Totalt ble 83 fall rapportert blant 32 (34 prosent) av de 94 beboerne. Ingen tegn på skader ble rapportert ved 38 (46 prosent). Psykiske reaksjoner ble rapportert ved 13 fall (16 prosent) og fysiske skader ved seks fall (7 prosent). Både psykiske og fysiske skader ble rapportert ved 26 fall (31 prosent). Frakturer ble dokumentert hos to beboere. Statistisk signifikante forskjeller ble funnet mellom tidspunkt for når fall oppsto og når personalet oppdaget fallet, samt for kjønn og når personalet oppdaget fallet. Det var færre fall som ble oppdaget på tidspunktene fallene oppsto om nat-

ten. Det var flere kvinner enn menn som ble oppdaget en halv time eller mer etter fallet.

Konklusjon: Personalets oppmerksomhet må rettes mot personer som faller, og situasjoner rundt måltider, stellesituasjoner og toalettbesøk. De fleste fall skjer inne på beboernes egne rom eller leiligheter. Flest fall blir knyttet til situasjoner hvor beboerne skal reise eller sette seg, skal til å gå og glemmer å anvende rullator. Det er behov for intervensjonsstudier der forskningsbaserte forebyggende tiltak implementeres og vurderes.

» Fall og tilstand etter fall blant personer med demens

Forfattere: Randi Slåsetten,
Solveig Struksnes, Inger Johansson
og Marie-Louise Hall-Lord

NØKKELORD:

- Ulykke
- Demens
- Forebyggende behandling
- Sykehjem

INTRODUKSJON

Fall og konsekvenser av fall er et alvorlig helseproblem i den eldre befolkning (1). En norsk studie av Gunnarshaug (2) som omfattet pasienter i tolv sykehjem og fem hjemmebaserte tjenester dokumenterte at 170 (56 prosent) av 301 pasienter falt en gang i sykehjem i løpet av fire måneder. I hjemmet falt 42 (71 prosent) av 59 pasienter en gang i samme periode. Høyest antall fall per pasient i sykehjem var 23, tilsvarende for pasienter i hjemmet var 7. I sykehjem resulterte fallene i færre legetilsyn, men flere sykehusinnleggelses enn i hjemmet.

Eriksson m.fl. (3) utførte en studie blant 83 eldre personer uten demens og 103 personer med demens i omsorgsboliger i Sverige. Fallfrekvensen var 1,8 fall per person og år for personer uten demens. Tilsvarende var

fallfrekvensen 4,2 fall per person og år for personer med demens. Van Doorn m.fl. (4) dokumenterte en fallfrekvens på 2,3 per år for beboere uten demens, sammenlignet med 4,1 fall per år for beboere med demens på 65 år og eldre, i sykehjem i Amerika. Resultatene viste flest milde vevsskader, deretter andre skader og færrest frakturer. Fall- og skadeprosenten varierer i litteraturen (5–8). Fall forårsaker økt immobilisering, sykkelighet, dødelighet, bruk av helsetjenester og kostnader (9,10). Lach (11) identifiserte tre risikofaktorer for utvikling av frykt for fall, og det var dårligere helsetilstand, følelse av vakling og to eller flere tidligere fall hos eldre.

Mulige risikofaktorer for fall inkluderer både faktorer hos personen og faktorer i omgivelsene. Faktorer hos personen har med personens fysiske og psykiske helse og atferd å gjøre. Med økt alder følger muskulær degenerasjon, dårligere syn og at informasjon fra nervesystemet blir langsommere, noe som medfører redusert koordinasjon (12,13). Studier viser at personer med kognitiv svikt, ustabil diabetes, osteoporose, hjerte- og karsykdom har økt risiko for fall (14,15). Personer med kognitiv svikt har økt fall-

tendens på grunn av redusert oppmerksomhet. Dette påvirker personens evne til å skille mellom viktig og mindre viktig informasjon og stimuli. De har også redusert evne til å fokusere på noe over tid, eller til å utføre sammensatte arbeidsoppgaver. Noen er ikke oppmerksomme på berøring på den ene siden av kroppen og kan derfor støte borti gjenstander. Personer med demens har problemer med læring, hukommelse, å beregne avstander, orientere seg i omgivelsene og holde balansen. Personen kan få problemer med å reise og sette seg (16,17). Sterke m.fl. (18) fant i sin review tunge bevis for at bruk av mange medikamenter, antidepressiva og angstdempende medikamenter hos personer med demens i sykehjem, påvirker gangen og er assosiert med økt fallrisiko.

Faktorer i personens omgivelser kan handle om løse matter, hindringer, dårlig belysning, glatte gulv, ustødige sko, stoler og senger i feil høyde og ustabile møbler og utstyr (1,6,19). Hos eldre med kroniske sykdommer og nedsatt funksjon er faktorer hos personen av større betydning for fall enn faktorer i personens omgivelser (1). Men forhold i bomiljøet bidrar klart til den samlede risikoprofilen (20–22).

De fleste studier er basert på eldre i eller utenfor institusjon. Personer med demens utgjør ofte en del av utvalget i disse studiene. Ut fra vår kjennskap finnes det få nyere studier bare om fall blant personer med demens på sykehjem.

Hensikten med studien var å undersøke antall fall og omstendigheter rundt fall blant personer med demens. Våre forsknings-spørsmål var:


- Hvilken tid på døgnet faller beboerne?
- Hvilke steder oppstår det fall?
- Hvilke mulige årsaker og hvor lang tid tar det før fallet blir oppdaget av personalet?
- Hvilke psykiske reaksjoner og fysiske skader får beboerne etter fallene?
- Hvem blir kontaktet etter fallene?
- Er det forskjell mellom kjønnene når det gjelder ulike tidspunkter for fall og antall fall?
- Har kjønn og tidspunkt for fall betydning for omstendigheter rundt fall og hvilke type personale som registrerte fallet?

METODEBESKRIVELSE

En kvantitativ og kvalitativ forskningstilnærming er benyttet for denne studien. Kvantitativt design er benyttet for å beskrive frekvenser i forhold til hendelser (23), og et kvalitativt design for å forstå informantenes beskrivelser. Forskningsmetoden bygger på observasjoner personalet gjorde ved eller etter fall.

Studien ble gjennomført ved særskilte enheter kun for personer med demens fra fire sykehjem i en kommune i Oppland, og omfattet samtlige 94 personer. De særskilte boenhetene besto av skjermede avdelinger, bokollektiver og enheter. Samtlige personer var tidligere vurdert som demente av legen for sykehjemmet.

Et fallregistreringsskjema som tidligere ble anvendt ved et av sykehjemmene ble videreutviklet ut ifra gjennomgang av litteratur på området, forfatterens egne erfaringer og diskusjon med avdelingslederne ved de respektive sykehjemmene. Registreringsskjemaet besto av ti spørsmål med seks lukkede og fire åpne svaralternativer. Spørsmålene med lukkede svar-

 Personer med kognitiv svikt har økt falltendens på grunn av redusert oppmerksomhet.

alternativer omfattet: hvem som registrerte fallet (sykepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider, ufaglært/assistent), kjønn (mann/kvinne), sted fallet skjedde (15 ulike svaralternativer inndelt i egne rom/leiligheter, fellesareal inne, fellesareal ute, inkludert annet), hvor lang tid det tok før fallet ble oppdaget av personalet (mens det skjedde, rett etterpå (0-½ time) og sannsynligvis en time eller mer etter fallet), pasientens tilstand (ikke noe spesielt, psykisk reaksjon, fysisk skade) og hvem som ble kontaktet etter fallet (ingen spesielle, kontaktet sykepleier, kontaktet lege, kontaktet sykehus, annet). Fire spørsmål var åpne, og handlet om klokkeslett, beskrivelse av mulig årsak til fall, type av psykisk reaksjon og fysisk skade.

Fall kan defineres som når et individ uten grunn havner på golvet eller bakken, uansett om skade oppstår eller ikke (24). Et fall ble registrert når personalet hadde sett fallet, beboeren ble

funnet på golvet eller beboeren rapporterte at hun eller han hadde falt.

Personalet skrev det konkrete klokkeslettet de mente fallet skjedde. Fallskade er skade forårsaket av et fall. Dette er skade som oppstår ved fall fra stående, gående eller løpende stilling eller fra punkt høyere enn bakkenivå. Disse skadene resulterer ofte i sår og bruddskader (25). Psykisk reaksjon handler om en «sjelelig, mental» reaksjon, og brukes ofte i motsetning til kroppslig, fysisk reaksjon (26).

DATAINNSAMLINGEN

Datainnsamlingen pågikk i fire måneder, fra slutten av september 2007 til slutten av januar 2008. Alle ansatte ble bedt om å registrere alle fallsituasjoner de var involvert i. Registreringsskjemaene ble utfylt av sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og ufaglærte/assistenter. Personalet registrerte fortløpende på registreringsskjemaet hver gang en beboer hadde falt. Skriftlig informasjon ble gitt til alle involverte ansatte gjennom et felles informasjonsskriv på vaktrommet. Avdelingslederne ga muntlig informasjon om at fallregistrering skulle skje, og sørget for at registreringsskjemaene lå lett tilgjengelig.

Personvern

Opplysningene som ble levert forskerne var anonyme, og kunne ikke identifisere enkeltpersoner i forbindelse med analyse og senere publisering av studien (27). Studien ble godkjent av kommunens virksomhetsleder, leder for seksjon sykehjem og avdelingslederne ved sykehjemmene. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS godkjente studien, og fant at prosjektet ikke medførte meldeplikt eller

konsesjonsplikt etter personopplysningslovens § 31 og 33. Avdelingslederne mottok registreringsskjemaene fortløpende med pasientens navn. De opprettet kodeliste for å kunne nummerere pasientene etter hvert som fallsituasjonene ble registrert. Pasientens navn ble slettet og erstattet med et nummer. Kodelistene og registreringsskjemaene ble oppbevart atskilt og innelåst på avdelingene. I forbindelse med at registreringsskjemaene ble levert til forfatterne ble kodelistene makulerte.

Dataanalyse

De kvantitative data ble behandlet med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 15. Frekvens- og prosentfordelinger og ikke-parametriske analyser ble gjort. Mann-Whitney U-test ble brukt for å teste forskjell mellom kjønn og antall fall. Forskjell mellom kjønn og ulike tidspunkter for fall ble testet med kji-kvadrattest. Kji-kvadrattest ble anvendt for å analysere om kjønn og tidspunkt for fall har betydning for omstendigheter (når fallet ble oppdaget, sted fall skjedde, mulige årsaker til fall, tilstand etter fall, hvem ble kontaktet etter fall) rundt fall og hvilke type personale som registrerte fallet (28,29). Tosidige tester ble benyttet, og signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$. Svarene på de åpne spørsmålene ble lest igjennom for å få et inntrykk av det totale innholdet. For svarene på de åpne spørsmålene, «mulige årsaker til fall», «psykisk reaksjon» og «hvor og hva slags fysisk skade», ble kommentarer gruppert i kategorier ut fra likheter og forskjeller. Innholdet i sitatene ble samlet og beskrevet under faktorer hos personen og faktorer i omgivelsene.

RESULTATER

Antall fall og omstendigheter rundt fall

Fallene ble registrert av hjelpepleiere/omsorgsarbeidere ved 41 fall, sykepleiere ved 24 fall, ufaglærte/assistenter ved elleve fall og annet personale, for eksempel sykepleierstudent eller aktivtør ved seks fall. Ved et fall kom det ikke fram hvem som hadde registrert fallet.

I alt ble 83 fall registrert, fordelt blant 32 (34 prosent) av de 94 beboerne. Sytten personer hadde falt en gang, og 15 personer hadde falt to eller flere ganger. En beboer hadde falt 21 ganger (25 prosent av alle fallene som ble registrert). Av dem som falt ble 70 fall registrert blant 26 kvinner, og 13 fall blant seks menn. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom kvinner og menn angående andelen fall.

Hvilken tid på døgnet skjedde fallene?

Hvordan antall fall fordelte seg utover døgnet i løpet av fire

måneder se figur 1. Tretti fall (39 prosent) skjedde på ettermiddag og kveld kl. 14.00–21.59, deretter 27 fall (35 prosent) på formiddagen kl. 06.00–13.59 og 20 fall (26 prosent) om natten kl. 22.00–05.59. Mellom kl. 14.00–05.59 skjedde ingen fall. Ved seks fall var tid ikke registrert. Høydepunktet med fem fall var kl. 17.30. Antall fall var høy i forbindelse med aktivitet rundt måltider, stellesituasjoner og toalettbesøk ellers på døgnet. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom de tre ulike tidspunktene og antall fall.

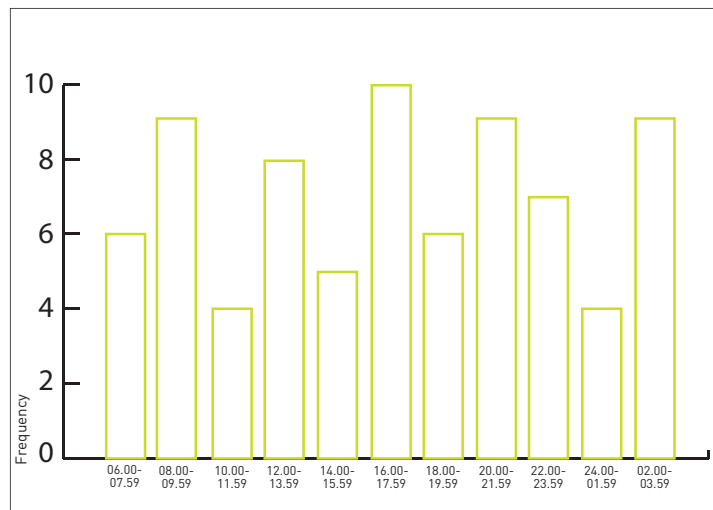
Hvor skjedde fallene?

Førtini fall (66 prosent) hadde skjedd på beboernes egne rom/leiligheter, 23 fall (31 prosent) i fellesareal inne og to fall (3 prosent) annet sted. Sted var ikke registrert ved ni fall.

Registrerte årsaker

Ved 65 fall (85,5 prosent) av personalets registrerte tilfeller ble årsakene knyttet til beboernes handlinger, og elleve fall (14,5

FIGUR 1: Viser antall fall fordelt over hele døgnet i løpet av fire måneder (N=83)



prosent) til faktorer i omgivelsene. Personen ble funnet på golvet av ukjent årsak ved syv fall.

Faktorer hos personen: Tjueåtte fall (37 prosent) ble av personalet knyttet til situasjoner hvor beboerne skulle reise eller sette seg på stol eller seng. De hadde bommet eller satt seg utenfor. Flere gikk ikke langt nok bakover før de satte seg.

Sytten fall (22 prosent) ble satt i sammenheng med situasjoner hvor beboerne hadde mistet balansen. Flere beboere som til vanlig bruker rullator hadde gått uten. Begrep som «ustø», «i ubalans» eller «mistet balansen» ble brukt. Fall oppsto i situasjoner hvor beboerne skulle skifte stil-

Tre fall (4 prosent) ble knyttet til andre faktorer hos personen selv, og dreide seg om fall ut av seng og besvimelse. Beboerne hadde ligget for langt ut på siden i senga. Besvimelse skjedde etter at beboeren hadde reist seg.

Faktorer i omgivelsene

Faktorer i omgivelsene ble oppgitt som grunn til elleve fall (14,5 prosent), og handlet om at de hadde sklidd på grunn av glatte, ustødige sko, skifte av sko eller gått med sokker. Andre årsaker til fall ble av personalet satt i sammenheng med glatt eller vått gulv, at vedkommende hadde gått uten lys eller hadde sparket i teppe eller krakk. Ved syv fall

uttrykte smerte, ved fire fall var de kontaktsøkende og klamrete og ved to fall tungsindige. Annet handlet om at beboeren var trøtt, sliten eller hallusinert (ved tre fall).

Fysiske skader

Fysiske skader dreide seg om skader på forskjellige steder av kroppen som rygg, hode, arm, bein, hofte, skulder, bryst eller skader flere steder samtidig. De hyppigste fysiske skadene var skader i ryggen og skader på flere steder samtidig. Skadene omhandlet alt fra skrubbsår til fraktur. Ved 22 fall (69 prosent) handlet fysiske skader om at beboeren hadde milde vevsskader, ved sju fall (22 prosent) andre skader og ved tre fall (9 prosent) stiltes spørsmål om fraktur.

” Bemanningssituasjonen og personalets kompetanse kan påvirke fallfrekvensen.

ling, endre retning, snu seg eller hadde stoppet opp og skulle til å gå igjen. Enkelte krysset beina så de ikke klarte å holde balansen. En beboer var oppkavet og sint, ble ustø og mistet balansen og falt.

Fjorten fall (18 prosent) ble registrert på vei til eller fra toalettet eller inne på badet. Personalet oppga at beboerne hadde falt i situasjoner hvor de skulle sette eller reise seg fra toalettet, eller skulle stille seg. Rullatoren kunne stå igjen på badet, så brukeren hadde gått uten noe å støtte seg til.

Ved tre fall (4 prosent) oppga personalet at beboerne mistet balansen ved ulike aktiviteter. Dette dreide seg om å sette inn eller ta ut en kontakt, eller åpne dører. I situasjoner hvor beboerne skulle bøye seg, hadde de vanskelig for å komme opp igjen. Å åpne dører kan innebære en forskyvning av tyngdepunktet, noe som kan medføre fall.

ble beboeren funnet på golvet. Beboerne var «vandrere» ved to av disse fallene.

Tid før fallet ble oppdaget

Ved trettini fall (56 prosent) oppga personalet at fallene ble oppdaget rett etterpå, innen en halv time, og 17 fall (24 prosent) mens det skjedde. Ved 14 fall (20 prosent) ble personen sannsynligvis liggende en time eller mer etter fallet. Tid var ikke registrert ved 13 fall.

Psykiske reaksjoner

Beboerne viste ikke noe spesielt etter fallet ved 38 fall (46 prosent). Psykiske reaksjoner ble rapportert ved 13 fall (16 prosent) og fysiske skader ved seks fall (7 prosent). Både psykiske reaksjoner og fysiske skader ble rapportert ved 26 fall (31 prosent).

Ved ni fall viste beboeren redsel, uro, sinne eller gråt, ved 21 fall ropte de om hjelp eller

Hvem ble kontaktet?

Ved 55 fall (74 prosent) ble det ikke tatt kontakt med noen spesielle. Det ble tatt kontakt med sykepleier ved tolv fall (16 prosent), lege ved et fall (2 prosent) og sykehus ved seks fall (8 prosent). Ved ni fall var dette spørsmålet ikke besvart. Blant beboerne som ble kjørt til sykehuset var det en bekkenfraktur og et armbrudd. To tilfeller viste ingen brudd og ved to fall kom alvorlighetsgraden ikke fram.

Sammenheng mellom undergrupper

I tabell 1 vises antall fall, prosent og sammenheng mellom tidspunkt for fall i relasjon til omstendigheter rundt fall og hvilke personale som registrerte fallet. Det var statistisk signifikante forskjeller mellom tidspunkt for fall og når fallet ble oppdaget samt hvilke personale som registrerte fallet. Det var færre fall som ble oppdaget når det skjedde om natten. Andelen

” Hyppige årsaker til fall er gang- og balanseproblemer og muskelsvakhet.

hjelpepleiere som registrerte fallene på ettermiddag/kveld og om natten var flere sammenlignet med andelen sykepleiere (X2 9,64; p=0,008, ikke i tabell).

Det var flere kvinner enn menn som ble oppdaget en halv time og en time (83 prosent respektive 42 prosent) eller mer etter fallet (X2 10,32; p=0,001). Det var flere menn (75 prosent) enn kvinner (25 prosent) som falt i fellesarealet inne (X2 10,88; p=0,001).

Beskrivelse av et case

Beboeren som hadde falt 21 ganger var en kvinne. Det var flest hjelpepleiere som hadde registrert hennes fall. Hun hadde falt mest på dagen og natten, og hadde fire fall mellom kl. 23.00–24.00. Beboeren «vandrer» en del om natten. Flest fall fant sted på beboerens eget rom/leilighet. Personalet knyttet flest fall til beboerens egne handlinger, og flest fall til situasjoner hvor hun skulle reise/sette seg. Resterende fall ble av personalet satt i sam-

menheng med at hun hadde mistet balansen og gått uten rullator, og hadde falt på vei til eller fra toalettet eller inne på badet. Færrest fall ble av personalet knyttet til faktorer i omgivelsene. De fleste fallene ble oppdaget av personalet fra 0–1/2 time etterpå, mens to fall ble oppdaget sannsynligvis en time eller mer etter fallet. Ved 2/3 av fallene hadde det ikke skjedd noe spesielt. Av psykiske reaksjoner hadde hun vært kontaktsøkende og klamrete, vært redd og hadde ropt etter hjelp. Fysiske skader omfattet et ganske stort sår på høyre legg og skrubbsår på ryggen. Det ble ikke tatt kontakt med noen etter fallene.

TABELL 1: Antall, prosent og sammenheng mellom tidspunkt for fall i relasjon til omstendigheter rundt fall og hvilke personale som registrerte fallet (N=83).

	06.00-13.59		14.00-21.59		22.00-05.59		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Fallet oppdaget							12,64	0,01
– mens det skjedde	8	12	7	10	1	2		
– 0-1/2 time	13	19	18	27	8	12		
– 1 time eller mer	4	6	1	2	7	10		
Sted fall skedde							1,20	0,55
– egne rom/leiligheter	13	19	17	25	15	22		
– fellesareal inne	9	13	9	13	5	8		
Mulige årsaker til fall							5,23	0,07
– faktorer hos personen	22	31	26	37	13	18		
– faktorer i omgivelsene	4	6	1	1	5	7		
Tilstand etter fall							5,45	0,07
– ikke noe spesielt	10	13	19	25	7	9		
– psykisk reaksjon / fysisk skade	17	22	11	14	13	17		
Kontaktet etter fall							1,35	0,51
– ingen spesielle	17	25	22	32	12	17		
– kontaktet sykepleier / lege / sykehus	8	12	5	7	5	7		
Personalet							9,66	0,05
– sykepleier	13	17	8	10	5	7		
– hjelpepleier	8	11	19	25	11	14		
– ufaglært/andre	6	8	11	14	4	5		

Diskusjon

I løpet av fire måneder ble 83 fall registrert, fordelt blant 32 av de 94 beboerne. I litteraturen varierer fallfrekvensen fra 2,2 til 4,2 per person og år (3–5,8,19). Vi vet ikke om alle fall med mindre skade ble registrert i denne studien. Til eksempel kan beboere ha reist seg opp umiddelbart etter fallet uten at det ble observert og rapportert. Personer med demens faller oftere sammenlignet med andre eldre (3, 8). Fallfrekvensen for personer over 65 år er høy i institusjoner (7). Denne studien viste at personer med tidligere fall har økt risiko for fall som samsvarer med tidligere studier (4,8,30–32).

For å planlegge sykepleien er det viktig at personalet er oppmerksomme på at flest fall skjer inne på beboerens eget rom/leilighet. Nyberg m.fl. (32) fant i sin studie av tre forskjellige geriatrike omsorgsfaciliteter, at 84 prosent av fallene oppsto på personens eget rom. Bemanningssituasjonen og personalets kompetanse kan påvirke fallfrekvensen. I studien til Jensen m.fl. (8) skjedde omtrent en fjerdedel av fallene om natten. Også i denne studien skjedde mange fall om natten. Dette kan ha sammenheng med at beboerne ligger til sengs, og at de av ulike grunner ønsker å stå opp (for eksempel for å gå på toalettet). På grunn av redusert kognitiv funksjon kan beboerne med demens ha problemer med å tilkalle hjelp for å stå opp. Oversikten over fall fordelt over døgn viser høyest antall fall rundt måltider og stellesituasjoner.

Faktorer hos personen selv var den hyppigste årsaken til fall, noe som samsvarer med andre studier (1,17,33). Hyppige årsaker til fall er gang- og balanseproblemer og

muskelsvakhet som er dokumentert i flere studier (5, 17,34, 35). Dette underbygger antydningen om at det å reise seg i seng og komme ut av sengen om natten er risikofyllt.

Nesten halvparten av beboerne ble registrert som at de hadde en psykisk reaksjon. Man kan undre seg over i hvilken grad personer med demens husker fallet, og om de utvikler frykt for fall og konsekvensene av fall? Legters (36) fant i sin litteraturstudie at forekomst av frykt for fall er fra 12–65 prosent blant hjemmeboende som ikke har erfart fall, og fra 29–92 prosent blant hjemmeboende som har opplevd fall. Frykt for å falle og angst etter fallet kan indirekte føre til selvpåtvunget funksjonelle begrensninger og funksjonell tilbakegang hos den eldre (36,37).

I denne studien var det relativt få alvorlige skader. Dette kan ha sammenheng med iverksatte forebyggende tiltak, bemanning og personalets kompetanse. Studien til Eriksson m.fl. (3) dokumenterte elleve frakturer ved 197 fall i gruppen av personer med demens. Van Doorn m.fl. (4) dokumenterte for hele utvalget innen sykehjem 2,8 prosent frakturer, 31 prosent resulterte i milde vevsskader og 6,7 prosent resulterte i andre skader. Personer med demens har flere skader med redusert prognose for full gjenvinning (38).

Tjue prosent av fallene viste at personen sannsynligvis ble liggende en time eller mer etter fallet. Det er naturlig at det tar lengre tid å oppdage fall om natten, og at flere hjelpepleiere enn sykepleiere registrerte fall på ettermiddag/kveld og om natten. At mennene ble oppdaget raskere enn kvinnene har antakelig sammenheng med at men-

nene falt oftere enn kvinnene i fellesarealet inne.

Denne studien omfattet en gruppe av personer med demens. En begrensning er et lite utvalg og kort tid studien varte. Registreringsskjemaet omfatter områder som et flertall av personalet besvarte. Data bygger på hva respondentene oppfattet og tolket ut fra hvordan situasjonen var i falløyeblikket eller etter fallet. Det hadde også vært ønskelig å registrere medisiner, andre sykdommer, funksjonsgrad og frykt for fall. I personalets svar var det relativt lite internt bortfall, og svarene på de åpne spørsmålene hadde et omfangsrikt innhold.

KONKLUSJON

Personalets oppmerksomhet må rettes mot personer som faller, og situasjoner rundt måltider, stellesituasjoner og toalettbesøk både på dagen, kvelden og om natten. De fleste fall skjer inne på beboernes egne rom eller leiligheter. Flest fall blir knyttet til situasjoner hvor beboeren skal reise eller sette seg, og skal til å gå. Det er viktig å passe på beboere som glemmer å anvende rullator. Bemanningen bør være slik at de ansatte har muligheter til å følge opp beboerne, og at de har rutiner som gjør at fall oppdages fort. Fall påfører mange beboere både fysiske og psykiske skader som påvirker deres hverdag. Det er behov for intervensjonsstudier der forskningsbaserte forebyggende tiltak implementeres og vurderes.

En stor takk går til avdelingslederne og personalet ved de fire sykehjemmene i Oppland som har bidratt med datainnsamlingen til studien, og Senter for Omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik, for økonomisk støtte.

REFERANSER

- Kallin K, Jensen J, Lundin Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y.** Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *The Journal of Pharmacological Practice*, 2004; 53: 41–54.
- Gunnarshaug B.** Fall blant pasienter i hjemmet og i sykehjem og betydning av tværfaglighet og mestring. Master of Public Health. Göteborg. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg, MPH. 2007: 23.
- Eriksson S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L.** Risk factors for falls in people with and without a diagnosis of dementia living in residential care facilities: A prospective study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2008; 46: 293–306.
- Van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel JR, Port CL, Baumgarten M, Quinn CC, Taler G, May C, Magaziner J.** Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003; 51: 1213–1218.
- Camicoli R, Licit L.** Motor impairment predicts falls in specialized Alzheimer care units. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004; 18: 214–218.
- Vu MQ, Weintraub N, Laurence Z, Rubenstein LZ.** Falls in the nursing home: Are they preventable? *J Am Med Dir Assoc*. 2005; 6: 582–587.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH.** Interventions for preventing falls in elderly people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003; Issue 4. Art. No.: CD000340. DOI: 10.1002/14651858.CD000340.
- Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y.** Falls among frail older people in residential care. *Scand J Public Health*. 2002; 30: 54–61.
- Greubel DL, Stokesberry C, Jelley MJ.** Preventing costly falls in long-term care. *The Nurse Practitioner*. 2002; 27, 3; ProQuest Medical Library 83–85.
- Nurmi I, Luthje P.** Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 118–122.
- Lach HW.** Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing*. 2005; 22: 45–52.
- Robins Wahlin T-B.** Cognitive functioning in late senescence: Influences of age and health. Doktoravhandling, Karolinska Institutet, Stockholm. 1999.
- Lord S, Dayhew J.** Visual risk factors for falls in older people. *Journal of American Geriatrics Society*. 2001; 49: 508–515.
- Chaåbane F.** Falls prevention for older people with dementia. *Nursing Standard*. 2007; 22: 50–55.
- Miceli DG, DNSc, APRN, FAANP.** Falls associated with dementia: How can you tell? *Geriatric Nursing*. 2005; 26: 106–110.
- Rokstad AMM.** Hva er demens? I: Rokstad AMM, Smebye KL. [red.] *Personer med demens. Møte og samhandling*. 1. utgave. Akribes, Oslo. 2008.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS.** Falls in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*. 1994; 121: 442–451.
- Sterke CS, Verhagen AP, van Beek EF, van der Cammen TJM.** The influence of drug use on fall incidents among nursing home residents: a systematic review. *International Psychogeriatrics Association*. 2008; 20: 890–910.
- Van Dijk PTM, Meulenberg OGRM, van de Sande HJ, Habbema JDF.** Falls in dementia patients. *The Gerontologist*. 1993; 33, 2; ProQuest Medical Library, 200–204.
- Connell BR, Wolf SL.** Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 179–86.
- Gill TM, Williams CS, Tinetti ME.** Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons. *Medical Care* 2000; 38: 1174–1183.
- Pettersen R.** Falltendens hos gamle. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. 2002; 122: 631–634.
- Polit DF, Beck CT.** *Nursing Research*. Eighth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2008. kap. 10.
- Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y.** Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities: A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136: 733–741.
- Store norske leksikon**, snl.no, Redaksjonen for medisinske fag, 2009–10–22, <http://www.snl.no/fallskade>.
- Nylenna M.** *Medisinsk ordbok*. 6. utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget ANS, 2004.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SNN).** Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. *Vård i Norden*, 2003; 23:8–9.
- Johannessen A, Tufte PA, Kristoffersen L.** Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 2. utgave. Abstrakt forlag, Oslo, 2004.
- Altman D.** *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall/CRC. 1999.
- Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y.** The mobility interaction fall chart. *Physiotherapy Research International*. 2000; 5: 190–201.
- National Center for Injury Prevention and Control.** Falls among older adults: Summary of research findings. <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/toolkit/SummaryOfFalls.htm>.
- Nyberg L, Gustafson Y, Janson A, Sandman P-O, Eriksson S.** Incidence of falls in three different types of geriatric care. *Scand J Soc Med*. 1997; 25:8–13.
- Bueno-Cavanillas A, Padilla-Ruiz F, Jimenez-Moleon JJ, Peinando-Alonso CA, Galvez-Vargas R.** Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitation causes. *European Journal of Epidemiology*. 2000; 16: 849–859.
- Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, Jensen J, Gustafsson Y, Nyberg L.** Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Dowton index. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2003; 15:142–147.
- Pettersson A.** Motor function and cognition: Aspects on gait and balance. Doctoral dissertation. Stockholm: Karolinska Institutet, 2005.
- Legters K.** Fear of Falling. *Physical Therapy*. 2002; 82: 264–272.
- Salkeld G, Cameron ID, Cumming RG, Easter S, Seymour J, Kurrle SE, Quine S.** Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *BMJ*. 2000; 320: 241–246.
- Shaw FE.** Falls in cognitive impairment and dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2002; 18: 159–173.

Forskning kan forebygge fall

› Sykepleiere er mest opptatt av å behandle, ikke forebygge.



Av Helene Dypdal

Demenskoordinator i Gausdal kommune og mastergradsstudent i helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet

Kvantitativ og kvalitativ metode gir oss gode kunnskaper om når og hvor helsepersonell kan sette i gang tiltak som kan forebygge fall. I arbeidet mitt med pasienter med demens ved Forsettunet sykehjem er min erfaring at fallulykker ofte får store konsekvenser. Smerter og redusert mobilitet er noen av disse konsekvensene. Sykehusinnleggelse medfører ofte delirium for denne pasientgruppen. Flere av pasientene som får kompliserte bruddskader kan også bli rullestolbrukere i etterkant.

Et av tegnene på demensdiagnose er dårligere gangfunksjon. Høy alder er også en risiko fordi man får nedsatt muskelstyrke, endret balansepunkt, dårligere syn og lengre reaksjonstid som gir ustø gange. Medikamenter og sykdommer kan også være medvirkende årsaker til at man faller. Vi som jobber med personer med demens må være ekstra oppmerksomme på mulige årsaksfaktorer til fall, og at denne gruppen er ekstra utsatt.

Ifølge undersøkelsen har 66

prosent av fallene skjedd i egne rom eller leiligheter. At så høy prosent faller på egne rom kan skyldes at personalet er lite til stede på rommene deres. De klarer derfor ikke observere når pasienten for eksempel går uten rullator eller uten sko. Det er viktig at vi gjør det vi kan for å forebygge fall. God belysning, å unngå løse tepper, ryer og dørstokker som de kan snuble i, kan være viktige tiltak. Håndtak, gelender, og møbler pasientene kan støtte seg på kan være til god hjelp hvis de for eksempel glemmer å bruke rullator.

I studien skjedde 26 prosent av fallene om natten. Sengegrind er et ganske utbredt tiltak for å forebygge fall fra seng. Mange av pasientene samtykker til dette tiltaket, fordi det også skaper trygghet når de skal sove. For dem som ikke husker at denne hindringen betyr at de ikke skal gå ut av sengen, kan fallhøyden bli stor, og det kan få fatale følger. Elektronisk overvåking blir også tatt i bruk for å forebygge fall om natten.

Jeg skulle ønske at vi kunne jobbet mer aktivt også med generelle tiltak for å kunne forebygge fall. Aktuelle tiltak ville være å stimulere pasientene til å mosjonere og til å bruke muskulaturen mer aktivt. Slike tiltak blir ofte nedprioritert, fordi bemanningsressursene ikke strekker til og vi må prioritere slik at pasientene får dekket sine grunnleggende behov.

Tradisjonelt syntes jeg at vi sykepleiere er mest opptatt av å behandle, og mindre opptatt av å forebygge helseskader. Kanskje vi, i likhet med tilgang på spesialressurser som for eksempel kreftsykepleier og demensteam, skulle ha et forebyggende team? Som mastergradsstudent i helsefremmende arbeid er jeg opptatt av forebygging, fordi det styrker livskvaliteten og selvstendigheten til pasientene. Samtidig har det også stor innvirkning på pleierens belastning i sykehjemmene.

Les artikkelen på side 56





Kitt Austgard

E-post: kitt.austgard@ldh.no

Yrke: Cand.san./

1. lektor ved Lovisenberg diakonale høyskole

Profesjonalitet og faglig skjønn

› Det faglige skjønnet oppstår i skjæringspunktet mellom den kunnskap praktikerer har fra før og den nye hun erverver i konkrete situasjoner.

INNLEDNING

Det er positivt for faget at sykepleiens kunnskapsområder problematiseres, men debatten synes til tider å ha stivnet i former som ikke stimulerer den profesjonelle kunnskapsutviklingen. Jeg sikter til det kunstige skillet som er trukket mellom erfaringsbasert kunnskap og teoretisk/vitenskapelig kunnskap. Sykepleie er et yrke som i dag kobles til høyere utdanning og forskning. I likhet med andre profesjoner, som det er naturlig å sammenligne seg med, innebærer det en praksis. Ordet «praksis» kan forenklet beskrives som menneskelig virksomhet, der den kunnskapsmessige dimensjonen er preget av asymmetri. Det betyr at den som søker hjelp har tillit til at den profesjonelle har den nødvendige kunnskapen han eller hun trenger. Dette gir den profesjonelle en rolle som formidler og fortolker (1), og det er i dette skjæringspunktet det faglige skjønnet utøver sin aktive funksjon. Jeg spør, er det faglige skjønnet et sort epistemisk hull i den profesjonelle kunnskapsbasen?

KORT TILBAKEBLIKK

Positivismekritikken som skyl-

let inn over sykepleiefaget på 1970-tallet var en kritikk av teoriutviklingen i sykepleien. Kritikken kom før sykepleieteoriene hadde fått nevneverdig innpass i faget, ettersom det stort sett hadde vært leger som til da hadde stått for produksjon av faglitteraturen og innleggene i fagtidsskriftet *Sykepleien*. Som «korrektiv» til den teoretisk-vitenskapelige sykepleien fikk omsorgen en særdeles viktig posisjon, der kunnskapsidealet ble knyttet til dagliglivet, dagligspråket og en yrkeskompetanse lært gjennom praktisk ferdighetslæring (2, 3, 4, 5, 6). Det oppsto derved en spenning mellom teori og praksis som siden har ligget og ulmet under overflaten, men som nå har blusset opp igjen ved innføringen av kunnskapsbasert praksis (7, 8, 9, 10). Alle synes å være enig om at vi trenger forskning, vitenskapelig kunnskap og teori, men at denne form for kunnskap ikke må styre praksis og gjøre den målrasjonell og teknisk instrumentell. Alle synes derfor å være enig om at praksis i seg selv bidrar med erfaringer som gir verdifull kunnskap som praktikerer kan anvende og tenke over med i sin praksis.

Så, hva er problemet? Problemet slik jeg ser det, er at det har oppstått et konkurrerende forhold mellom praktisk erfaring og kunnskap. Dette kommer til uttrykk i utsagn som «personorientert skjønn kan kun utvikles i praksis» (9: 219). Det kan ha en bremsende effekt på den faglige kunnskapsutviklingen.

«Personorientert profesjonalitet» er et begrep i Martinsens omsorgsfilosofi, og slik jeg har tolket Martinsen er det knyttet til sykepleier som person (11). Jeg vil argumentere for at utviklingen av personorientert skjønn er betinget av praktikerens forforståelse, det vil si det praktikerer har lært før han står i konkrete situasjoner.

SKJØNNETS EPISTEMISKE SIDE

Grimen & Molander viser til Dworkins metaforiske bilde av det faglige skjønnet som en smultring. Den strukturelle siden er ringen rundt hullet og utgjør de restriksjoner og standarder som er fastsatt av myndighetene. Det åpne rommet i smultringen utgjør det frie rommet den profesjonelle har til å vurdere situasjonen og ta beslutninger basert på skjønn (12). Den strukturelle siden har

” Til nå har kunnskap om skjønnnet vært lite tematisert i sykepleien.

innvirkning på skjønnets frie rom, og kan derfor sies å være en del av den epistemiske siden. De fleste forskrifter og standarder er sjelden direkte anvendbare, men krever fortolkning. Faglig forsvarlig praksis betinger kunnskap. At tilgjengelig kunnskap skal komme pasienten til gode, kan ikke tas for gitt. Som pårørende har jeg i løpet av kort tid erfart to situasjoner hvor ting har gått forferdelig galt. I den ene situasjonen var et lite barn nær ved å dø i mors mage. Fosterlyden hadde vært registrert nedadgående over uakseptabelt lang tid, uten at det ble handlet. I det andre tilfellet døde pasienten med store smerter på et av Oslos sykehjem. Det skal ikke skje, men det skjer. Ikke alltid på grunn av manglende kunnskap, men på grunn av svak beslutningsmyndighet (12). Kunnskap kan også bli brukt feil, det vil si at den i noen situasjoner kan skade mer enn den gagnar pasienten. Det fører meg til kjernen i det profesjonelle skjønnnet, som jeg vil kalle kunnskap om skjønnnet, og som omhandler skjønnnets betingelser.

SKJØNNETS BETINGELSER

Å bli syk og hjelpetrengende rammer hele menneskets eksistens på en fundamental måte. Det involverer fenomener som ikke er synlig med det blotte øye, som håp, verdighet, livssyn, tilfitt og livsmuligheter. Det vil si fenomener på et abstrakt nivå, noe som indikerer at de betinger kognisjon. Et skjønn som skal ivareta pasientens behov, pasientens unike verdier og

erfaringer, involverer erfaringer som sprenger grensene for hva praktikerer allerede vet og kan forutsi på forhånd. Det vil si det er erfaringer der praktikerer lærer noe nytt. Utfordringen er at ingen tvinger oss til å gå inn i fortolkningsprosesser som både kan være tidkrevende og utfordrende. Praksis kan også fungere som en gjentakelse av rutiner og faste gjøremål. Vi må med andre ord ønske å gå inn i prosessen, og være åpne for å ta imot det som er ukjent og nytt (13). Jeg vil i den sammenheng problematisere Aristoteles' begrep *phronesis* (moralsk klokskap), fordi jeg mener det i altfor stor grad har blitt tolket som ren erfaringsbasert kunnskap.

PHRONESIS – MER ENN PRAKTISK ERFARING

Den aristoteliske motsetningen mellom *episteme* og *phronesis* betyr ifølge Gadamer (14), noe mer enn bare motsetningen mellom viten basert på allmenne prinsipper og erfaringen av det konkrete. For å forstå og moralsk beherske den konkrete situasjon forutsettes det at man kan subsumere det gitte under det (allmenne) mål man har for øyet, for her igjennom å oppnå det riktige. *Phronesis* forutsetter at viljen har en retning, det vil si en moralsk væren, noe Aristoteles anså for å være en åndelig dyd. Den er ikke bare en evne (*dýnamis*), og ikke identisk med praktisk klokskap eller alminnelig oppfinnsomhet, men forutsetter en moralsk holdning som dreier seg om å kunne

skille mellom rett og urett, det passende fra det upassende. Det dreier seg altså om en fornuft og en viten som ikke er atskilt fra vår væren, men som bestemmes av og er bestemmende for vår væren (14: 312). Det bærende elementet i den moralske viten er streben (*órexis*), samt dannelsen av denne til en fast holdning (*héxis*): «Derfor kan en beslutning ikke finne sted uten fornuft og tenkning eller uten moralsk holdning» (15: 59). Streben og tenkning blir sentrale for handlingens mål, forankret i den handlende personen, til hans forståelse eller dømmeevne (*synesis*).

SPRÅK OG FORFORSTÅELSE

Phronesis, eller moralsk klokskap, har alltid sitt utgangspunkt i det partikulære, men praktikerer møter ikke det partikulære som en «*tabula rasa*». Hva som er det rette å gjøre i en gitt situasjon er ikke ensbetydende med at vi oppfatter selve det som er synlig i denne situasjonen, men at vi lærer å se den som en handlings-situasjon, og dermed i lys av hva som er det rette.

Gadamers prosjekt er å vise at all forståelse er styrt av vår språklige forforståelse. Det er ikke språk forstått som et instrument vi kan bruke til «å knekke koder», det omfatter hele vår væren-i-verden, våre følelser, sanser, ønsker, våre håp og vår frykt. Det ligger en forventning i vår fortolkning av saken allerede før vi er konfrontert med den. Gadamers beskrivelse av fenomenet er *Vorgriff der Voll-*

” Faglig forsvarlig praksis betinges kunnskap.

kommenheit, en meningsforventning som blir styrende for hva vi forstår, og derfor av stor betydning for våre handlingsliv (16: 299). Det er ifølge Gadamer en formal forutsetning som leder forståelsen, det vil si den er innholdsmessig bestemt, og kan av den grunn også hindre forståelse. Vi må derfor bli bevisst våre fordommer og vår forutinntatthet, slik at det som skal forstås kan tre fram på likeverdige premisser. Den handlende person er selv alltid ansvarlig, men har gjennom utdanning og utøvelse utviklet en fast holdning som blir retningsgivende for de moralske valg. Personen må ha lært noe – før situasjonen inntreffer. Hva slags viten er dette? For Aristoteles var denne viten verken teoretisk eller vitenskapelig eksakt, men en moralsk viten personen har om seg selv, det vil si en selvkunnskap (eller selvinnstikk). På Aristoteles tid innebar det blant annet forelesninger i Aristoteles filosofi. Det dreier seg om en selvinnstikk i erfaringens natur, kunnskap om

mennesket og de eksistensielle spørsmål i tilværelsen.

Det er i møte med det nye og ukjente at vår forforståelse *provoserer fram* og vi kan bli den bevisst. Her kan filosofi, historie, kunst og fortellinger være verdifulle kilder. Abstrakte fenomener trenger gode metaforer, og Martinsens omsorgsfilosofi er mettet med slike metaforer, som «hjerterets øye», «urørighetssonen», «en vennlig vekselvirkning», «å ha noe av den andres liv i vår hånd», «livsmuligheter» (11, 17). Dette er metaforer som kan gi innsikt i skjønnet natur, i pasientens sårbarhet i en hjelpetrengende situasjon, i makt og integritet. Å utøve sykepleie på grunnlag av faglig skjønn innebærer også et usikkerhetsmoment. Sykepleier må derfor ha mot til å stå i usikkerheten og stole på sine vurderinger og valg. Filosofen Lindseth, som har intervjuet Gadamer og fortolket hans verker, framhever betydningen av at erfaringsobjektet har tillit til fortolkningsprosessen: «For den engstelige, den som mangler til-

lit til forståelsesprosessen, blir naturvitenskapene lett et ideal» (18).

AVSLUTNING

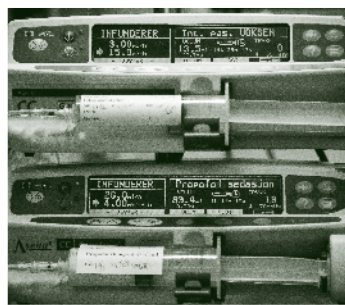
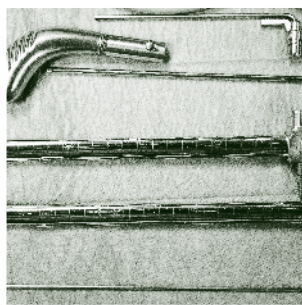
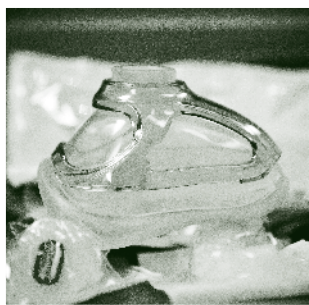
Skjønnets epistemiske side er forankret i sykepleiens ulike kunnskapsområder og de erfaringer sykepleier gjør i møte med pasientene i praksis. Selve fortolkningsprosessen er den aktive siden av skjønn. Kunnskap om skjønn kan på en metaforisk måte beskrives som «brua» mellom den kunnskap praktikerne har og den nye kunnskap som erverves i konkrete situasjoner. Til nå har kunnskap om skjønn vært lite tematisert i sykepleien. Selv om den ikke direkte kan kalles et «sort hull», er den i hvert fall et område som med fordel kan belyses mer. Forskning på praktisk erfaring kan være en vei å gå, men ikke den eneste. Her kan filosofi, historie og kunst være verdifulle områder å utforske. Poenget er at ulike kunnskapsområder ikke oppfattes som konkurrerende, men utfyllende.

LITTERATUR

1. Molander, A & Terum, LI. Profesjonsstudier – en introduksjon. I: Molander, A. & Tærum, LI (red.). Profesjonsstudier. Universitetsforlaget, Oslo. 2008.
2. Martinsen, K. Vi må forsøke å være mer medmenneske i dagliglivet. Sykepleien 1970;57: 254-255.
3. Martinsen, K. Om Kritik. Sykepleien 1970;57:418-419.
4. Martinsen, K. Om Kritik II. Sykepleien 1970;57:622-623.
5. Martinsen, K. & Wærnes, K. Pleie uten omsorg? Pax Forlag A/S, Oslo. 1978.
6. Martinsen, K. Omsorgens filosofi og omsorg i praksis. Sykepleien 1981;68: 5-10, 25.

7. Boge, J. & Martinsen K. Uro kring evidens. Tidsskriftet Sykepleien 2004;19:64-65.
8. Martinsen, K. Samtalen, skjønn og evidens. Akribe, Oslo. 2005.
9. Alvsvåg, H. Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. Sykepleien Forskning 2009; 3: 216-220.
10. Nortvedt, M. W. & Jamtvedt, G. Engasjerer og provoserer. Sykepleien 2009;97:64-69.
11. Martinsen, K. Øyet og kallet. Fagbokforlaget, Bergen. 2000.
12. Grimen, H. & Molander, K. Profesjon og skjønn. I: Molander, A & Tærum LI (red.). Profesjonsstudier. Universitetsforlaget, Oslo. 2008.

13. Austgard, K. Hva er en erfaring? Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. 2004;6:3-13.
14. Gadamer, H-G. Truth and Method. New York: The Crossroad Publishing Co. 1998.
15. Aristoteles. Etik. Gyldendals fakkeltbøker, Oslo. 2006.
16. Gadamer, H-G. Wahrheit und Methode, Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. J.C.B. Mohr, Tübingen. 1960/1990.
17. Martinsen, K. Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighet i sykepleien. Universitetsforlaget, Oslo. 1993/2003.
18. Lindseth, A. Intervju med Hans-Georg Gadamer. DYADE 1981;13(4): 29-47.



SKREMT FØR OPERASJON

› Anestesisykepleier Arvid Steinar Haugen har forsket på hva som gjør pasienten reddest før en operasjon.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Bjørn Erik Larsen

Pasienter med redde øyne, bankende hjerter og klamme hender er en kjent problemstilling for ansatte på en operasjonsavdeling. Arvid Steinar Haugen har vært anestesisykepleier siden 1999 og truffet mange engstelige pasienter. Han har forsket på temaet og funnene ble publisert i *Journal of Clinical Nursing* i fjor sommer. Haugen ønsket blant annet å kartlegge hvordan sykehusmiljøet påvirket pasientenes angst; om de reagerte på utstyret og i så fall hvilket, og når de var mest engstelige.

TRENGER TRØST

– Når er pasientene reddest?

– Undersøkelsen viste at de er reddest når de får bedøvelse rett før operasjonen.

Pasientene blir først registrert, deretter kjøres de inn til operasjonsstua. Det hender også at de blir liggende og vente en stund utenfor operasjonsstua før de trilles inn. Noen rapporterte at de hadde blitt liggende alene og vente. Dette opplevde de som svært negativt.

– Det skal egentlig ikke skje. Pasientene bør alltid ha noen hos seg mens de venter på operasjon, forteller Haugen.

Spørreskjema ble levert ut til pasienter som var operert elektivt med lokal og/eller regional bedøvelse etter urologiske, plastikkirurgiske og ortopediske operasjoner.

Undersøkelsen sa også noe om hvordan pasientene reagerte på omgivelsene i operasjonsavdelingen. Det viste seg at pasientene reagerte sterkere på synsinntrykk enn på hørselsinntrykk. Noen ble mer engstelige av å se teknisk utstyr, men bare én ble veldig engstelig. I sum var det relativt

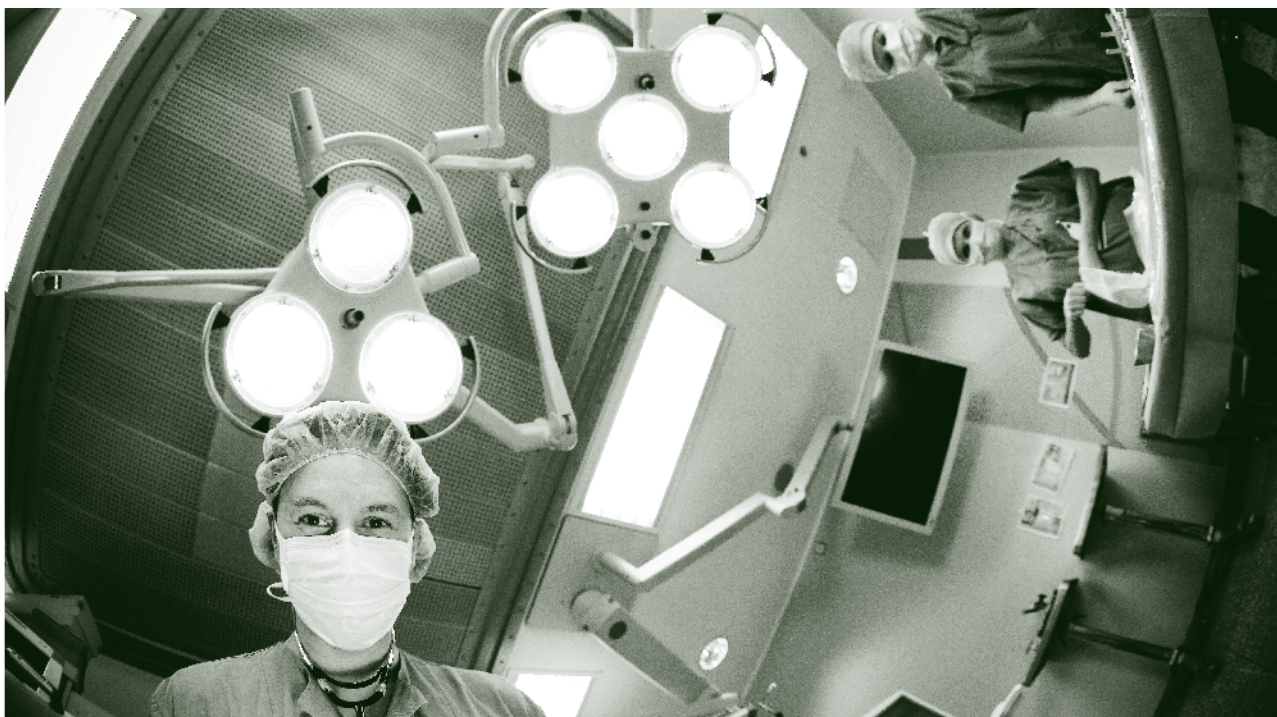
få som opplevde at apparatet ga økt stress.

– Enda færre reagerte på hørselsinntrykk. Noen reagerte på alarmer, men ingen reagerte på lyden av instrumenter som ble pakket ut. Og det at personellet snakket med hverandre under operasjonen opplevde de fleste som beroligende, forteller Haugen.

NOE NYTT

På operasjonssalen blir pasientene koblet til apparatene, deretter settes lokalbedøvelse; spinal, epidural eller plexus. Det er på dette tidspunktet pasientene er på sitt mest engstelige, ifølge Haugens undersøkelse. Redselen avtok for de fleste etter at de hadde fått bedøvelsen, bare 20 prosent fikk beroligende middel før operasjonen.

– De fleste pasientene fikk beroligende medikamenter intravenøst under operasjonen, som Midazolam eller Propofol,



> **SKUMMELT STED:** Anestesisykepleier Arvid Steinar Haugen tror miljøet på operasjonssalen kan medvirke til at noen pasienter blir redde før operasjon.

i tillegg til bedøvelsen. En del av pasientene kan føle ubehag dersom det administreres for raskt og dette kan gjøre dem mer engstelige.

Undersøkelsen viste at god kommunikasjon med pasientene reduserer angst.

– Men er ikke disse funnene egentlig ganske selvfølgelig? Haugen medgir at undersøkelsen i stor grad bekreftet ting de allerede visste, eller antok fra før. Men han påpeker at de også fant noe nytt.

KVINNER REDDERE

– Vi fant at pasienter med symptomer på generell angst og depresjon i hverdagen sliter mer med angst under operasjon enn andre. Dette viser at det er viktig å vite noe om pasientens tilstand før operasjonen. Pasienter med ekstrem angst ender for eksempel ofte opp med å få full narkose.

Undersøkelsen viste også at

det er forskjell på kvinner og menn. Kvinner rapporterer mer angst enn menn i forkant av operasjoner.

– *Opplever du at forskningen din blir brukt i praksis?*

– Nei. Mine funn har nok ikke fått noen direkte relevans i klinikken så langt. Men dette er kunnskap som likevel vil bidra til å forbedre praksis over tid, tror Haugen.

– Selv om forskningsresultatene foreløpig ikke har ført til noen konkrete tiltak i klinikken, så blir problemstillingene aktualisert, presiserer Haugen som etterlyser mer forskerkompetanse i klinikken.

– Vi trenger folk som kan forske på problemstillinger i praksis som vi ser det trengs mer kunnskap om.

INFORMASJON VIKTIG

Therese I. Håland er assisterende avdelingssykepleier på ortopedisk avdeling 1 Øst på Haukeland og

kjenner godt til problemstillingene Haugen beskriver. Hennes erfaring er at yngre pasienter gjerne er mer engstelige før operasjon enn eldre.

– De yngre elektive pasientene har mer angst og redsel før operasjoner. De som kommer inn til øyeblikkelig hjelp er stort sett bare glade for å bli operert. De eldre er generelt mindre redde enn de yngre. Livserfaring synes å hjelpe til å takle situasjonen, mener Håland. Som i tillegg synes pasientene virker reddest mens de blir kjørt til operasjonssalen.

Hun bekrefter Haugens funn om at god kommunikasjon bidrar til større trygghet hos pasientene.

– Hvis pasientene får god informasjon i forkant av operasjon pleier det å roe dem ned. Det er viktig å ta seg tid til å snakke med pasientene, de er ofte usikre og trenger å bli sett og hørt, understreker Håland.

FAMILIE- FORSKEREN

› Nina Aarhus Smeby valgte familien da hun skulle ta doktorgrad.

Nina Aarhus Smeby

f. 1943

Utdanning: Psykiatrisk sykepleier, PhD

Arbeidssted: Seksjon for operativ forskningsstøtte, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Erik M. Sundt

– Ideen bak forskningssenteret er at vi som jobber her skal støtte dem som ønsker å forske, forteller Nina Aarhus Smeby.

Hun er forskningsleder i sykepleie ved Seksjon for operativ forskningsstøtte og leder Seksjon for sykepleieforskning ved Oslo Universitetssykehus

” Autisme, for eksempel, ble sett på som et resultat av «den kalde moren».

Ullevål. I tillegg har hun en stilling på Universitetet i Oslo som amanuensis II. Seksjon for sykepleieforskning er en del av et tverrfaglig kompetansesenter for klinisk forskning hvor sykepleiere som ønsker å forske kan få hjelp til å formulere en problemstilling, skrive prosjektbeskrivelse, søke økonomisk støtte og få veiledning underveis til å publisere resultatene.

PIONER

Smeby var den første sykepleieren på Ullevål sykehus med klinisk master. Hun reiste til San Francisco for å ta mastergrad i psykiatrisk sykepleie i 1982. I 1998 tok hun doktorgrad. Også faglig sett har hun vært en pioner.

– Jeg har vært opptatt av hvordan psykososiale faktorer påvirker forløp av sykdom, forteller hun.

– Og her valgte jeg familien. I begynnelsen konsentrerte jeg meg om foreldrene, deretter søsknene og til slutt barna. Før gikk de fleste teorier ut på å beskrive hvordan forhold ved familien førte til psykisk sykdom. Autisme, for eksempel, ble sett på som et resultat av «den kalde moren».

Smeby har snakket med rundt 400 familier i løpet av sin karri-

ere. Hun startet blant annet de første samtalegruppene for pårørende, og de første gruppene for søsken.

FOKUS PÅ FAMILIEN

Synet på familiens rolle i forhold til mennesker med psykiske lidelser har gjennomgått en enorm utvikling de siste tjue årene. Fra å bli sett på som syndebukker har foreldre og søsken etter hvert fått rollen som ressurspersoner.

– Jeg opplevde at studenter på videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie reiste seg i protest de første gangene jeg underviste om familiene til psykisk syke. Så inngrodde var forestillingene sykepleierne hadde om familien som årsaken til pasientens problemer. Pasientene skulle skjermes fra familiene sine, og foreldre og søsken skulle i hvert fall ikke trekkes inn som samarbeidspersoner.

I dag er Smeby med på forskningsprosjekter som ledes av sykepleiere på Oslo universitetssykehus:

– Jeg har først og fremst inter-



essert meg for forskning som kan bidra til å endre praksis, understreker Smeby.

De siste årene konsentrerte Smeby seg om barna til psykisk syke foreldre. Dette har resultert i flere prosjekter, for eksempel i samarbeid med fagpersoner på Sykehuset Asker og Bærum, divisjon Blakstad, hvor man innførte samtaler med foreldre og barn etter at foreldrene var innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling.

PRAKSISNÆR FORSKNING

– Vi spurte foreldrene om de ville ha hjelp til å snakke med barna sine, eller om de ville at vi skulle snakke med dem.

– Det er viktig at man ser på pasientene som foreldre, påpeker hun.

– Det folk bryr seg mest om er barna sine. Hvis man ikke tar hensyn til det skreller man vekk en viktig del av mennesket.

Foreldre og barn-samtaler på Sykehuset Asker og Bærum er et godt eksempel på nærhet mellom forskning og praksis, mener Smeby.

“ Folk bør ta en mastergrad før de begynner å forske.

– Men det blir jo stadig utgitt bøker om brukererfaringer som viser at pårørende i psykiatrien fremdeles blir forsømt?

– Ja, dessverre. Forskningsmessig har vi kommet langt, men klinikken henger etter flere steder. Jeg opplever at det er svært personavhengig. Der det er ildsjeler er det også ofte et godt fagmiljø.

BØR HA MASTERGRAD

– Hva skal til for at forskningen blir anvendt i klinikken?

– Vårt mål er at alle sykepleiere som forsker skal være tilknyttet klinikken. Vi har mange gode eksempler her på Ullevål, der forskningsbaserte modeller har blitt integrert i klinikken gjennom opplæring, presiserer Smeby.

– Sykepleiere på Nyfødt intensiv implementerer nå i praksis et intervensjonsprogram som har

vist seg å være nyttig for foreldre til for tidlig fødte barn. Foreldrene får hjelp til å fortolke og respondere på barnet sitt i den daglige samhandlingen under stell, mating og sosialt samvær. Vi har også et stort prosjekt der brystkreftopererte deltar i samtalegrupper. Men for å få forskning integrert i klinikken, trengs det fagutviklings-sykepleiere.

Smeby trives med å veilede forskere, selv om det er et tidkrevende og møysommelig arbeid.

– Folk bør ta en mastergrad før de begynner å forske, råder hun.

– Har de ikke det, trenger de ofte veldig mye veiledning. Ved å ta mastergrad lærer man dessuten å skrive, noe som er en udiskutabel fordel. Det finnes eksempler på svært dyktige praktikere som forsker, men disse er heller unntaket.

ETIKK I FORSKNING

Om forhåndsgodkjenning av forskningsprosjekter i regionale etiske komiteer.

Av **Knut W. Ruyter**, Avdelingsdirektør REK sørøst, Det medisinske fakultet, professor, dr. philos, Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Det har skjedd mye på tjuve år. I 1989 kunne Eli Haugen Bunch fastslå at det ikke hadde blitt fremlagt ett eneste forskningsprosjekt av en sykepleier (1). De regionale komiteene for medisinsk forsknings-etikk ble opprettet i 1987 med en forløper i Forskningsrådet fra 1977 (2). Som en av pionerene innen sykepleieforskning anbefalte Eli Haugen Bunch at sykepleiere måtte få kunnskap om etiske prinsipper og lære seg å resonnerer etisk på en logisk måte (1). Hun fremhevet særlig et ufravikelig krav om skriftlig informert samtykke, full åpenhet om alt som grunnlag for et gyldig samtykke, tilegnelse av forskningskompetanse blant sykepleiere og behovet for litteraturgjennomgang (1).

Tjuve år senere ser bildet helt annerledes ut. Nå behandles forskningsprosjekter fra faggruppen sykepleiere i hvert møte. Utdanningene forutsetter at det skal gjøres forskningsbaserte aktiviteter, og Sykepleien Forskning har omtale av flere doktoravhandlinger i hvert nummer. De fleste av disse viser at virkeligheten er vanskeligere enn prinsipper og logisk tenkning, og at det må gjøres tilpasninger for å gjøre et prosjekt så etisk forsvarlig som mulig. Det som kjennetegner sykepleie som egen profesjon er nærheten til pasienten gjennom hele forløpet av kontakten med helsevesenet. Dette er antakelig grunnen til at mange sykepleieforskere er motivert til å studere de pasientgrupper som er mest sårbare, og som derfor også ofte kommer på kant med krav til samtykke. Det være seg hjerteopererte pasienter, gamle mennesker med hoftebrudd, eldre pleietrengende, slagpasienter, premature barn, kreftpasienter, psykisk syke, for bare å nevne noen fra de sist omtalte doktoravhandlinger.

> EN LOV, EN POSTKASSE

Fra 1. juli 2009 gjelder Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (3). Hovedhensikten med loven

er å fremme «god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning», og sørge for å forenkle godkjenningsprosedyrene for forskere. De viktigste endringene er knyttet til at loven aksepterer bruk av bredt samtykke, og tillater eksplisitt unntak fra samtykke. På forenklingssiden er oppgaver overført til REK fra Helsedirektoratet (dispensasjon fra taushetsplikt og opprettelse av forskningsbiobanker) og fra Datatilsynet (bruk av helseopplysninger).

De viktigste andre kildene for forskningsetikk som forskere bør kjenne til er Helsinkideklarasjonen (4) og tilleggsprotokollen for biomedisinsk forskning (5). Det må være riktig å si at loven kodifiserer Helsinkideklarasjonen, mens tilleggsprotokollen utdyper den på noen viktige områder, spesielt i «explanatory report». Det gis for eksempel en utdypende forklaring og utlegning til hva som menes med en forsvarlig avveining av ulike hensyn. Som for eksempel hvorvidt samfunnsinteressene klart overstiger ulempene for den enkelte deltaker.

> HVA SKAL DET SØKES OM GODKJENNING FOR?

Helseforskningsloven forutsetter at all (medisinsk og helsefaglig) forskning som involverer mennesker skal forhåndsgodkjennes av REK. Det omfatter forskning på helseopplysninger (kap. 7) og forskning på humant biologisk materiale (kap. 6).

> GRUNNLAG OG VEILEDNING

Grunnlaget for den etiske vurdering lar seg relativt enkelt beskrive, selv om selve vurderingen av de enkelte elementene ikke behøver å være enkel.

Det er vesentlig å være seg bevisst at selv om samtykke fremheves som hovedregel, er den ikke den eneste regelen. Det er en rekke elementer som skal være vurdert som tilfredsstillende og forsvarlig før man eventuelt skal vurdere å spørre



om deltakelse. Det gjelder vitenskapelig protokoll og metode, avveining av nytte og ulempe, og om det er tillatelig å forske på eller med den gruppen man har sett ut.

> GODT FORSKNINGSDESIGN

For komiteen er det av stor viktighet å få innsikt i det forskningsdesign som er valgt. Jeg er klar over at en del sykepleieforskere har følt seg stemoderlig behandlet av REK som følge av hva som oppfattes som fordomsfulle holdninger til en del kvalitativ forskning. Jeg vil tydelig fremheve at REK skal respektere forskningstradisjoner som benytter kvalitative metoder, eller undersøker alternative kunnskapssyn. Det fordrer imidlertid at slike prosjekter er utformet som et forskningsdesign, med gode beskrivelser av utvelgelse, innsamlingsmetode, fremgangsmåter og grunnlag for analyse og fortolkning. Det skal for eksempel ikke være tvil om at en observasjonsstudie er en anerkjent forskningsmetode innen visse felt, og for spesifikke formål. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) har også høsten 2009 utgitt en veileder for kvalitativ forskning. Den er ment som en håndsrekning til blant annet sykepleieforskere og skal hjelpe medlemmer av REK til å vurdere kvalitativ forskningsdesign på sine egne premisser.

> PREFERANSEORDNING

Et annet viktig moment er vurderingen av hvem som egner seg som deltaker i forskning. Den tyske filosofen Hans Jonas har beskrevet dette som et preferanseordningssystem, eller som regelen om den nedstigende rekke (5) som setter navn på et viktig anliggende i Helsinkideklarasjonen. Hovedpunktet er at en forsker som trer inn i gråsoner, hvor personer ikke kan oppfylle krav til samtykke og frivillighet, må bevege seg med stor etisk varsom-

het. Varsomheten beskriver han slik: «Jo fattigere på kunnskap, motivasjon og bestemmelsesfrihet subjektgruppen er, desto mer varsomt, ja, motvillig, skulle dette reservoar benyttes, og desto mer tvingende må derfor den oppveiene rettferdiggjørelsen gjennom målet være» (ibid.). Sykepleieforskning beveger seg ofte i disse gråsonene. Det er derfor av sentral betydning at det først stilles spørsmål om det er etisk forsvarlig å involvere den gruppen man ønsker å studere nærmere. Det innebærer å teste motvillighet. NEM har vært spesielt opptatt av at dette må være særlig nøye vurdert i forbindelse med studentoppgaver. Det betyr ikke at det ikke kan eller skal gjøres, men det betyr at man skal ha ytt etisk motstand. Hvis motstanden kan overvinnes, kreves det som Jonas kaller en «oppveiene rettferdiggjørelse»: man må kunne vise til gode grunner for å kunne gjøre det. En av forutsetningene som Jonas stiller er at studien «må ha å gjøre med deres egen lidelse» (ibid., jf. Helsinkideklarasjonen).

> PROPORSJONALITET

Dernest skal det foretas en omhyggelig avveining av nytte og risiko, som det tidligere het i Helsinkideklarasjonen. EU's tilleggsprotokoll gir utfyllende veiledning om hva som kan avveies og hvordan (4). Nytte omtales som fordeler for den enkelte deltaker, grupper av personer, samfunnet eller utvikling av vitenskapelig kunnskap som sådan. Det er viktig å legge merke til at fordelene skal være «påregnelige» (§ 22 i helseforskningsloven). Det er ikke tilstrekkelig at man ikke kan utelukke at det kan komme til nytte en eller annen gang. Veiledningen er tilsvarende tydelig på at risiko ikke skal forstås snevert, men omfatte ubehag, ulempe og endog praktiske vansker. Veiledningen er særlig opptatt av at ulemper i hovedsak skal avveies i forhold til den enkelte deltaker, men den er seg også bevisst

at det kan være ulemper for grupper av personer, for eksempel i form av fare for diskriminering og stigmatisering.

Å foreta slike avveininger gjelder alle prosjekter, også der det skal innhentes samtykke. Avveiningen er imidlertid helt avgjørende i de tilfeller hvor det anses som uforholdsmessig vanskelig å innhente samtykke, eller hvor det ikke (lenger) er mulig. I slike tilfeller forutsettes det at alle former for risiko skal bedømmes som «ubetydelig» (§ 19). For personer som ikke kan samtykke, eller hvor det er uforholdsmessig vanskelig å innhente samtykke, skal man ikke kunne tenke seg at desto større nytte man kan påregne, jo større risiko kan man ta. Proporsjonalitet støter på en skranke. Det er endog slik at man anmodes om å tenke gjennom ulike måter som kan redusere ulempene for den enkelte. Man kan vurdere om informasjon kan gis generelt for å gi mulighet for at personer kan reservere seg fra deltakelse.

> SAMTYKKE

Når de ovenfor nevnte forhold er vurdert som etisk forsvarlige, skal samtykke vurderes. På papiret er kravet enkelt. I virkeligheten er det både komplisert og sårbart. Det er en av grunnene til at Helsinkideklarasjonen så sterkt har fremhevet at prosjektleder beholder alt ansvar selv om det er innhentet samtykke. Innen forskning som er kombinert med behandling (§ 22 i helseforskningsloven) oppstår det misforståelser når pasienter blir spurt om å delta. I en nylig studie av slagpasienter fremkom det at pasienter blir veldig usikre av å bli spurt. De leste det som at legen overlater ansvaret til pasienten. En pasient uttrykte seg slik: «Jeg mener faktisk at det er veldig lite å spørre om ... etter min mening burde vitenskapen ha gjort tilstrekkelig fremskritt ... i forhold til dette, så hvorfor skal de spørre pasienter som ikke har peiling, uansett?» (6).

Dette illustrerer at det ofte er et misforhold mellom hva lovgiver mener at samtykke skal sikre (selvbestemmelse, kontroll med bruk av data om en selv), og hvordan forespørsler og tillatelser blir oppfattet av den enkelte i ulike situasjoner. Ikke minst innen sykepleieforskning vil forskning ofte omhandle pasienter som er i sårbare situasjoner og hvor samtykkeinstrumentet er av begrenset betydning, etisk sett, om ikke rettslig. Den engelske filosofen Onora O'Neill påpeker at mange pasienter som deltar i forskning ikke oppfyller grunnforutsetningene for samtykke (7). Den vesentlige innsikten som O'Neill trekker med seg fra dette er at samtykke egentlig spiller en (svært) beskjeden og begrenset rolle i å beskytte den enkeltes selvbestemmelse (ibid.). Minst like viktig er at hun fremhever at det kognitivt er «systematiske begrensninger» i hvordan særlig pasienter kan ta stilling til forslag om ulike valgmuligheter. De kan ha problemer med å overskue konsekvensene for seg selv, fordi den enkeltes blick ofte er nærsynt. Det gjør at forslag ofte fremstår som ugjennomtrengelige eller utydelige (ibid.) for den enkelte. Dette har gjort at blant annet O'Neill fremhever at samtykkets viktigste funksjon er at den gir uttrykk for tillit, og at den enkelte på det grunnlaget gir en form for tilsagn til deltakelse. Dette understreker betydningen av at ansvaret alltid blir værende hos forsker.

Ved å fremheve denne konteksten ønsker jeg å understreke at «arbeidet» med samtykke i hovedsak ligger hos forsker. Det frigjør selvfølgelig ikke forsker fra å kjenne til de relativt detaljerte regler som gjelder for innhenting av samtykke, med de unntak som gjelder. For de aller fleste grupper – og individer i disse gruppene – er det mulig å tilrettelegge rekruttering, informasjon og deltakelse på måter som kan forbedre og heve kvaliteten på samhandlingen mellom pasient og forsker. Da



må samtykke innebære en prosess som innbyr til delaktighet i den grad det er mulig å få til, ikke som en skriftlig engangshendelse.

Denne måten å vurdere samtykke på plasserer ansvaret hos forsker og gjør krav på at forskere må utvise kvalifisert skjønn (8). Bevisbyrden for forsvarelighe t ligger hos forsker, ikke i underskriften på informasjonsskrivet.

> DISPENSASJON FRA TAUSHETSPLIKT

Det kan være aktuelt for sykepleieforskere å innhente dispensasjon fra taushetsplikt. Det kan relatere seg til studier hvor man har behov for tilgang til taushetsbelagte opplysninger, for eksempel i journal. Det mest kritiske området for godkjenning har vært i forhold til deltakende observasjon.

Hovedregelen er at det er adgang til å få dispensasjon til å benytte helseopplysninger som allerede er innsamlet i helsetjenesten til forskning (§ 35). Forutsetningen er at forsker kan sannsynliggjøre at forskningen er av «vesentlig interesse for samfunnet» og at «hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt» (§ 35). Det er det samme vurderingstema som er drøftet ovenfor. I klartekst innebærer det at vurderingen ikke skal basere seg på om samtykke kan innhentes, men om avveinigen er forsvarlig. Lovgiver, så vel som forskningsetikken, har imidlertid vært opptatt av at man ikke skal foretrekke dispensasjon av bekvemmelighetsgrunner. Derfor blir det ofte lagt til grunn at det skal være «uforholdsmessig vanskelig» å innhente samtykke. Uforholdsmessig vanskelig er ingen statistisk størrelse. Det avhenger av ulike faktorer og konkrete sammenhenger av kontekst, slik som antall, tidsaspekt, type forskning og så videre.

Det er imidlertid ikke i forhold til dispensasjon fra allerede innsamlede opplysninger at sykepleiere har stått på vansker. Det gjelder i særdeleshet deltakende observasjon. Helsedirektoratet, som har

behandlet slike saker frem til 30.6.2009, hadde som praksis at det skal innhentes samtykke hvis det kan (uten uforholdsmessige vansker) innhentes. Dette fikk store konsekvenser for observasjonsstudier. Kravet til samtykke fra den enkelte deltaker, innebar at flere prosjekter ble umulig å gjennomføre. Prosjektene har i hovedsak dreid seg om observasjoner av pasienter/beboere i ulike helseinstitusjoner, fra psykiatriske institusjoner via enheter for døende til sykehjem. Stort sett har hensikten vært å observere kvalitet og livsvilkår i forhold til hvordan pasienter/beboere ivaretas i samhandling med helsepersonell. Av og til er det uttrykt behov for å studere de lukkede rom for eventuelt å avdekke uheldig praksis og så videre.

Helseforskningsloven forholder seg ikke til deltakende observasjon som noe annet enn «allerede innsamlet». Det gjør heller ikke helsepersonelloven. Det gjør det vanskelig å vurdere når det skal søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Uansett forutsettes at deltakende observasjon (og feltarbeid) anses som en anerkjent vitenskapelig metode for å undersøke den sosiale verden slik den foreligger i kontekster med sammensatt sosial interaksjon (9). Det er verdt å fremheve at det ikke minst var sykepleieforskere som anså den svært egnet til de forskningsformål som de var opptatt av. Timothy Diamond omtaler det slik: «Jeg bestemte meg da ... for å gå på innsiden for å erfare arbeidet selv» (10). Man må derfor først stille seg spørsmål om det er nødvendig å innhente dispensasjon for den type deltakende observasjon som skal gjøres. Det kan neppe være nødvendig hvis forsker vil observere beboere på sykehjem i fellesrom. Til nød kan det skje at observatør kan overhøre private og kanskje også sensitive opplysninger, men disse kan neppe klassifiseres som taushetsbelagte. Dette kan selvfølgelig forholde seg helt annerledes hvis man ønsker å observere i situasjoner hvor taushetsbe-

lagte opplysninger er tilgjengelige og vil bli omtalt. For eksempel i stellesituasjoner med døende eller på akuttpsykiatriske avdelinger. For det andre må man betenke at deltakende observasjon ofte er opp-tatt av samhandling mellom grupper av klienter og grupper av helsepersonell. Det gjør at observasjoner også må vurderes annerledes med tanke på eventuell sårbarhet og krenkelse. For det tredje gir dispensasjon mulighet for innsyn og åpenhet i ofte lukkede rom. Denne åpenheten bidrar i seg selv til ivaretagelse av dem som blir observert. Avvisning av dispensasjon fra taushetsplikten har den utilsiktede og uheldige virkning at det kan bidra til å beskytte helsepersonell mot kritikk og sementere uforsvarlig praksis. Det er taushetspliktens janusansikt: den kan brukes til å beskytte andre enn den er ment å beskytte. Og når de fleste observasjonsstudier nettopp omhandler sårbare pasient- eller beboergrupper, er det egentlig et stort gode for akkurat disse gruppene at deres hjelpere blir kikket i kortene.

> HVA SKAL IKKE FREMLEGGES FOR REK

I henhold til den nye helseforskningsloven er det i det minste tre vurderingstema som bestemmer om et prosjekt er fremleggelsespliktig eller ikke. Det gjelder formål, kvalitetssikring og anonyme opplysninger. Det er vanskelig å unngå at det finnes gråsoner, hvor det kan være vanskelig å avgjøre om det skal til REK eller ikke. Hvis det ikke skal til REK faller det imidlertid ikke i et etisk eller rettslig tomrom. Bruk av personopplysninger skal da til Datatilsynet. Kvalitetssikringsprosjekter skal ha godkjenning fra institusjon. Ved bruk av anonyme opplysninger er det ikke lenger noe personvern å beskytte.

Formål

Helseforskningsloven forutsetter at fremleggelse for REK gjelder «medisinsk og helsefaglig forskning»

som en virksomhet «som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom» (§ 4a).

Det har tidligere vært relativt bred praksis at all bruk av helseopplysninger og all forskning utført av helsepersonell eller ved helseinstitusjoner, ble behandlet av REK. Det er imidlertid ikke lenger tilfelle. Man kan godt benytte helseopplysninger til forskning med andre formål, for eksempel samfunnsvitenskapelige, pedagogiske, antropologiske, organisatoriske, samfunnsøkonomiske og så videre. Det er da heller ikke avgjørende om helseopplysningene er mange og sensitive. Det er heller ikke i seg selv avgjørende om forskningen utføres av helsepersonell eller gjøres i helseinstitusjoner.

Jeg vil tro at det også i sykepleieforskning kan være vanskelig å bestemme om formålet er oppfylt. Dette lar seg best illustrere ved eksempler. Et prosjekt hadde som formål å forbedre tjenester for «svake eldre» innen kommunehelsetjenestens bestiller-utførermodell. Hensikten var å få frem erfaringer fra «utførerne» med hensyn til delt forvaltning. At prosjektet benytter seg av helseopplysninger om svake eldre er i seg selv ikke tilstrekkelig til at det kan anses som helsefaglig forskning. Et annet prosjekt skulle undersøke hvordan eldre pakistanske kvinner med diabetes II lever med sykdommen i en norsk hverdag og hvordan de blir møtt og forstått av helsepersonell. I dette tilfellet er formålet heller ikke helsefaglig, selv om noen helseopplysninger inngår som indikatorer i studien. Det som kan bidra til å vanskeliggjøre bestemmelsen av formålet er at disse prosjektene – som en rekke andre – kan være relevante for helse og sykdom og endog bidra til å forbedre ulike forhold rundt sykdom, fra mestring til ivaretagelse. Jeg vil imidlertid mene at relevans ikke kan være utslagsgivende for å vurdere prosjekter etter helseforskningsloven.



Kvalitetssikring

Kvalitetssikringsprosjekter skal ikke fremlegges for REK, uansett hva de blir betegnet som: evaluering, utvikling, internkontroll. Forutsetningen er at man kvalitetssikrer data man allerede har samlet inn og eventuelt supplerer dem med nye kliniske undersøkelser, spørreskjema, blodprøver av de samme pasienter «av samme art som ved den ordinære diagnostikk og behandling», for å sitere NEMs mal for saksbehandling i REK. På dette området har det også vært praksis for å fremlegge for REK hvis kvalitetssikring ble gjort med «vitenskapelig metodikk», og man hadde til hensikt å publisere resultatene. Det er viktig å understreke at bruk vitenskapelig metodikk ikke i seg selv er avgjørende. Jeg vil mene det er nesten meningsløst å drive kvalitetssikring hvis den ikke gjøres etter aksepterte vitenskapelige metoder og gjøres kjent gjennom publisasjon.

Ved å fastholde at det også her er formålet som er avgjørende (altså kvalitetssikring), slipper vi også den umulige oppgaven å fastsette når kvalitetssikring blir forskning. Det er bare når kvalitetssikring skal innhente nye opplysninger eller anvende nye metoder (som ikke er en del av den ordinære diagnostikk og behandling), og/eller at opplysninger skal kobles til andre registre, at denne typen forskning skal gjøres til gjenstand for fremleggelse.

Anonyme opplysninger

Forskning på anonyme opplysninger faller også utenfor REK's ansvarsområde (helseforskningsloven §§ 2, 4d, 20). Det sier seg selv at dette ikke vil være mulig ved intervjuer og lignende som forutsetter at man henvender seg til og har kontakt med enkeltpersoner. Dette vil i hovedsak gjelde bruk av spørreskjema i forskning.

En forsker må først og fremst spørre seg om det er etisk forsvarlig å behandle opplysninger anonymt. Det avhenger mye av hva man etterspør. Hvis spørs-

mål er sensitive – og kan trigge alvorlige reaksjoner, bør forsker ha tenkt gjennom om det i det hele tatt er forsvarlig å gjøre undersøkelsen anonymt, altså uten mulighet for rekontakt i form av beredskap og oppfølging. Det kan for eksempel dreie seg om personer som vurderer å ta sitt eget liv eller som lurer på om de trenger behandling og så videre. I noen tilfeller bør forskere ta (et visst) ansvar for hva et spørreskjema kan utløse av psykososiale belastninger.

Hvis forsker er kommet til at det er forsvarlig å behandle opplysninger anonymt, synes det klart at en utsendelse av et spørreskjema postalt som returneres uten personidentifiserbare opplysninger, faller utenfor. Hvordan forholder det seg hvis forsker selv tar direkte kontakt med potensielle informanter for å forklare prosjektet og deretter dele ut spørreskjema? Dette er det en viss uenighet om.

Nylig hadde REK til behandling en spørreskjemaundersøkelse om legekontakt og egenbehandling i forkant av sykehusinnleggelse for pasienter med astma- eller KOLS-forverring. Spørreskjema blir utdelt av personalet, men skjema inneholder ingen personidentifiserbare kjennetegn. Skjema inneholder helseopplysninger, men av liten sensitiv karakter. Komiteen kom til at forsker i dette tilfellet kun skal forholde seg til anonyme opplysninger og at spørreskjemaundersøkelsen derfor faller «utenfor komiteens mandat» (jf. Helseforskningslovens § 2).

Det etisk ideelle

Til sist kan det minnes om at de fleste forskningsområder som sykepleieforskere ønsker å studere ikke er etisk ideelle. Det gjør at forskningsetikkens ideelle forutsetninger, så vel som lovens, ofte ikke kan oppfylles. Selv om en av sykepleieetikkens pionerer startet med ufravelige krav til samtykke og til logiske etikkresonnementer (1), viste også hennes eget forskningsarbeid behov for å tilpasse de etiske krav til de konkrete prosjekter og situasjoner. Det

gjelder forhandlinger, deltakelse, dialogprosesser – og strevet med å finne akseptable løsninger. Og å innse at etikk er innvevd i kliniske, psykologiske og administrative aspekter som ikke gjør det enkelt å sette opp forskningsetikken på en enkel formel. Men det er som det skal være. Det er i denne virkeligheten

at etikken også skal utformes, ofte etter pragmatiske og praktikable løsninger. Det er ingenting i veien for at disse løsningene kan ta vel så godt vare på den enkelte deltaker som statiske krav til forhåndssamtykke og logiske resonnerer.

REFERANSER:

1. **Bunch EH.** Being a member on a review board in Norway. I: International Administration of Nursing, red. B. Henry. Pennsylvania: The Charles Press, 1989: 249-54.
2. **Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH, red.** Medisinsk og helsefaglig etikk. 2. utg Gyldendal Akademisk, Oslo. 2007.
3. **Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.** 20. juni 2008; nr. 44. [Helseforskningsloven].
4. Europarådets tilleggsprotokoll for biomedisinsk forskning til konvensjonen om menneskerettigheter og biomedisin. Se den såkalte «explanatory report». 2005. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/195.htm> (30.10.2009).
5. **Jonas H.** Teknikk medisin og etikk. Ansvarsprinsippet i praksis. Oversatt av Sverre Dahl. Opprinnelig utgitt i 1985. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo. 1997.
6. **Mangset M.** Autonomy and trust. Stroke patients' and their

relatives' preferences. Dissertation. Oslo: Department of geriatric medicine. University of Oslo, 2008.

7. **O'Neill O.** Autonomy and trust in bioethics. Cambridge University Press, Cambridge. 2002.
8. **Hem MH, Heggen K, Ruyter KW.** Questionable requirement for consent in observational research in psychiatry. Nursing Ethics 2007;41-53.
9. **Chambliss DF, Schutt RK.** Making sense of the social world. Methods of investigation. 3. ed. Pine Forge, London. 2009.
10. **Diamond T.** Making gray gold: narratives of nursing home care. University Press, Chicago. 1992.

For videre studium se Forskningsetisk Bibliotek (Fbib) på hjemmesiden til De nasjonale forskningsetiske komiteer: www.etikkom.no.

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
JORUNN DRAGESET

Tittel: Health-related quality of life among nursing home residents

Arbeidssted: Høgskolen i Bergen

Veileder: førsteamanuensis Gerd Karin Natvig

Utgått fra: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Disputas: 20. mai 2009

E-post: jorunn.drageset@hib.no

► **Bakgrunn:** Omlag 40 000 bor på sykehjem i Norge. Mange av dem har flere diagnoser og langt-
 komne kroniske sykdommer som kan medføre en rekke forskjellige plager. Kontakten med familie og venner vil og endres når man flytter på sykehjem.

Hensikt: Å undersøke helsere-
 latert livskvalitet (HRQOL) blant

sykehjemsbeboere og sammen-
 lignende HRQOL med den generelle
 befolkning i Norge. Videre var
 hensikten å undersøke om mest-
 ring og sosial støtte har betyd-
 ning for helserelatert livskvalitet
 og om mestring påvirker denne
 sammenhengen.

Metode: Utvalget besto av 227
 beboere på sykehjem uten kogni-
 tiv svikt fra 30 sykehjem i Bergen
 kommune. I tillegg ble et utvalg
 fra den generelle befolkning med
 tilsvarende alder og kjønn (n =
 1137) brukt som sammenligning
 angående livskvalitet. Følgende
 design ble anvendt: Tverrsnittde-
 sign (artikkel I, III og IV), en sam-
 menlignende tverrsnittdesign
 (artikkel II). Utvalget ble intervjuet
 og svarte på spørreskjemaer:
 Short Form questionnaire (SF-36),
 Social Provisions Scale, SOC-13. I
 tillegg ble medisiner og diagnoser
 registrert.

Resultat: Studien viser at syke-
 hjemsbeboerne hadde svært
 begrenset fysisk funksjon og
 mindre begrenset sosial funk-

sjon. Sykehjemsbeboerne hadde
 betydelig lavere livskvalitet enn
 befolkningen generelt, med
 unntak av kroppslige smerter
 og begrensninger forårsaket av
 fysisk og følelsesmessig helse.
 Opplevelse av mestring hadde
 betydning for livskvalitet. Å ha
 tilknytning til personer som står
 en nær, er av betydning for vur-
 deringen av sykehjemsbeboernes
 mentale helse. Videre er det at
 man selv fortsatt har betydning
 for andre viktig for å fungere godt
 sosialt. Resultatene viser også at
 det å bli respektert og anerkjent,
 har betydning for livskvaliteten.
 Opplevelse av mestring endret
 ikke sammenhengen mellom
 sosial støtte og helserelatert
 livskvalitet.

Konklusjon: Kunnskap om
 pasientens egen vurdering av sin
 livskvalitet, opplevelse av mest-
 ring og sosial kontakt gir viktig
 informasjon. Slik informasjon er
 av stor betydning ved planleg-
 ging og tilrettelegging av pleie og
 behandling av sykehjemsbeboere.

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 net-
 tsider: www.sykepleien.no.

**Kandidat:****TOVE AMINDA HANSSEN**

Tittel: Improving outcomes after acute myocardial infarction: Implementing a post-discharge intervention providing information and support.

Arbeidssted: Hjerte- og Lungeklinikken, Universitets-sykehuset Nord-Norge HF, Tromsø.

Utgått fra: Medisinsk-Odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Veileder: professor Berit Røkne

Disputas: 12. juni 2009

E-post: tove.aminda.hanssen@unn.no

> **Bakgrunn:** Tidligere forskning har vist at mange pasienter med hjerteinfarkt savner informasjon og opplever redusert helserelatert livskvalitet etter utskrivning fra sykehus.

Hensikt: Hovedmålet var å bedre sykdomsmestring, livsstil og helserelatert livskvalitet hos pasienter med gjennomgått akutt hjerteinfarkt gjennom å implementere et nytt tilbud med informasjon, støtte og oppfølging etter utskrivning fra sykehuset. Effekt

av det nye tilbudet ble evaluert på både kort og lang sikt.

Metode: For å utvikle det nye tilbudet ble informasjonsbehov og oppfølgingspreferanser utforsket gjennom fokusgruppeintervju med totalt 14 pasienter som 3–5 måneder tidligere hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Det nye tilbudet besto av oppfølging over telefon av erfarne kardiologiske sykepleiere. En randomisert kontrollert studie, med totalt 288 deltakere med diagnosen akutt hjerteinfarkt, ble gjennomført for å evaluere effekter av tilbudet 3, 6, 12 og 18 måneder etter utskrivning.

Resultat: Fokusgruppeintervjuene viste at pasientene under sykehusoppholdet hadde mottatt viktig og relevant informasjon, men at flere hadde problem med å tilpasse denne til egen situasjon. Etter utskrivning opplevde mange å ha ubesvarte spørsmål og ingen å stille disse til. Oppfølging over telefon ble foretrukket. Resultatet fra den randomiserte kontrollerte studien viste at telefonoppfølgingen bidro positivt til endring av livsstil og helserelatert livskvalitet seks måneder etter utskrivning. På lang sikt opp til 18 måneder var det ingen tilleggseffekt av telefonoppfølgingen. Oppfølgingen viste også at alle deltakerne etter 12 og 18 måneder hadde det som befolkningen for

øvrig med hensyn til helserelatert livskvalitet, angst og depresjon. De opplevde en fortsatt betydelig bedret livsstil sammenlignet med før de fikk infarkt.

Konklusjon: Telefonoppfølging bidro til bedre helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet seks måneder etter hjerteinfarkt. Det var ingen langtidseffekt av telefonoppfølgingen. Resultatene fra denne studien indikerer redusert sykkelighet etter gjennomgått hjerteinfarkt sammenlignet med resultat fra tidligere studier.

RESULTATKAPITLET



Her er tips til hvordan resultatkapitlet i kvalitative studier kan skrives. I forrige nummer tok vi for oss kvantitative studier.

Hensikten med resultatkapitlet er å besvare forskningsspørsmålene ved hjelp av funn fra de innsamlede data. Formen er vanligvis beskrivende, og strukturert på en mest mulig opplysende måte.

De fleste tidsskrift ønsker at forfatterne presenterer funn og diskusjon av disse i to ulike kapitler. I slike tilfeller beskriver man funn og eventuelt tolkninger av disse i samsvar med studiens design i resultatkapitlet. Sammenligningen med funn fra tidligere studier holdes utenfor og spares til diskusjonskapitlet. Det er derfor sjeldent man finner referanser i resultatkapitlet. Det er vanlig at funnene i hovedsak presenteres som tekst som understøttes av figurer og eventuelt tabeller. Her kan det imidlertid være stor variasjon, blant annet ut fra hvilken type datamateriale man har samlet inn i studien.

> LES FORFATTERVEILEDNINGEN!

Når man starter på resultatkapitlet har man allerede bestemt seg for hvilket tidsskrift man vil sende det til. Et godt råd er å lese forfatterveiledning til det bestemte tidsskriftet nøye. Veiledningen gir blant annet føringer på lengden av manuskriptet, og informasjon om tidsskriftet åpner opp for å presentere resultater og diskusjon i samme kapittel. Det kan også være lurt å lese et utvalg artikler som allerede er publisert i tidsskriftet. Dette gjelder spesielt artikler som har brukt tilsvarende design og/eller metode som det man selv har gjort. Da kan man få et inntrykk av hvor strengt tidsskriftet følger egne retningslinjer. Kanskje blir man også inspirert av gode fremstillingsformer som gir ideer til hvordan man selv kan fremstille funn på en oversiktlig og klar måte.

> VALG AV TID PÅ VERBENE

Siden dataene ble samlet inn i forkant av analysen beskrives ofte funnene i preteritum (fortid). Når

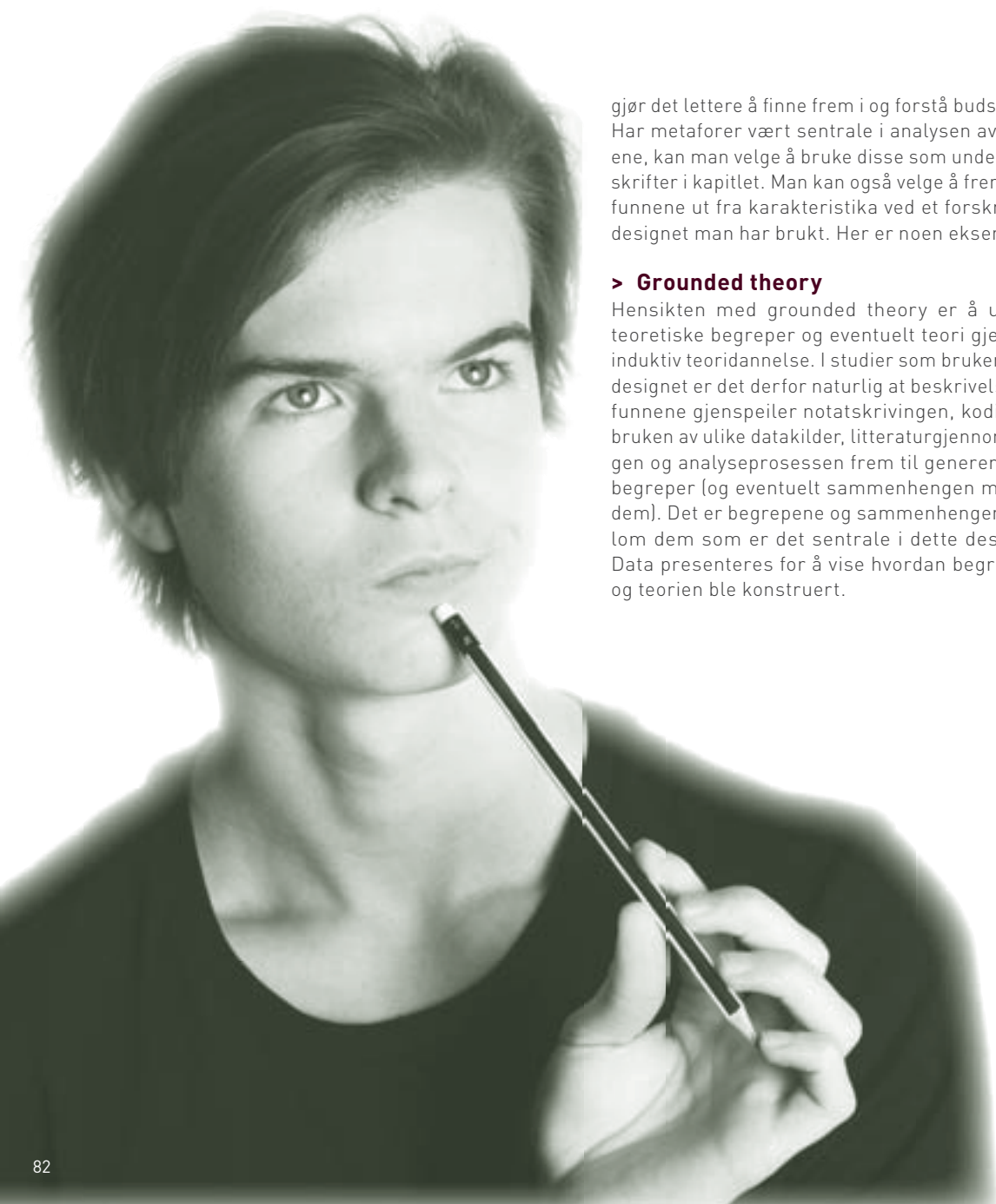
man presenterer sitater fra eventuelle informanter er det vanlig å bruke den formen som informantene brukte og som foreligger i datamaterialet.

> VALG AV STRUKTUR

Det er flere måter man kan strukturere kapitlet på. Uansett hva man velger må man i hvert fall sørge for å besvare forskningsspørsmålet. En måte er å organisere resultatkapitlet etter samme prosess som resultatene er fremkommet. Hvis man har flere forskningsspørsmål, kan man velge å presentere funn for ett spørsmål om gangen, og i samme rekkefølge som man har beskrevet dem på slutten av innledningskapitlet. Et kritisk punkt når man skal presentere kvalitative data er, ifølge Margarete Sandenowski, å velge hvilken historie man ønsker å fortelle i den bestemte artikkelen. Fordi man ofte har en stor datarikdom i kvalitative studier, har man i utgangspunktet stoff til å fortelle flere historier. Hvis man ikke har klart for seg hva man ønsker å fortelle, kan man ende opp med å presse inn mye stoff for å få rike beskrivelser, men sitte igjen med en tekst hvor leseren ikke forstår poenget man vil ha frem. I praksis bruker man data selektivt for å illustrere poenger, gi eksempler eller på annen måte belyse det man vil fortelle.

> FREMSTILLINGSFORMEN

Formen på fremstillingen avhenger naturligvis av formen på dataene i studien. I kvalitative studier kan data komme fra svært forskjellige type kilder. Ofte velger man en fremstillingsform som bygger opp under studiedesignet og analysemetodene som er brukt. Har man for eksempel gjort en tematisk analyse, kan det være naturlig å fremstille data på en måte som gjør at leseren forstår hvordan forskere har kommet frem til de ulike temaene. Sentrale hovedbegrep kan da brukes som overskrifter i teksten. Dette gir oversikt for leseren og



gjør det lettere å finne frem i og forstå budskapet. Har metaforer vært sentrale i analysen av dataene, kan man velge å bruke disse som underoverskrifter i kapitlet. Man kan også velge å fremstille funnene ut fra karakteristika ved et forskningsdesignet man har brukt. Her er noen eksempler:

> **Grounded theory**

Hensikten med grounded theory er å utvikle teoretiske begreper og eventuelt teori gjennom induktiv teoridannelse. I studier som bruker dette designet er det derfor naturlig at beskrivelsen av funnene gjenspeiler notatskrivingen, kodingen, bruken av ulike datakilder, litteraturgjennomgangen og analyseprosessen frem til generering av begreper (og eventuelt sammenhengene mellom dem). Det er begrepene og sammenhengene mellom dem som er det sentrale i dette designet. Data presenteres for å vise hvordan begrepene og teorien ble konstruert.

> Etnografiske studier

I etnografiske studier kan funnene være beskrevet i en levende og detaljrik narrativ beskrivelse. Hensikten med narrativer er å gi en fullstendig beskrivelse av konteksten som forskeren erfarte og oppdaget med utgangspunktet i forskningsproblemet. Det kan også være aktuelt å beskrive gjennomgangen av ulike kilder man har brukt, som for eksempel ulike tekster og kunst, for eksempel film.

> Fenomenologiske studier

Fenomenologiske studier omfatter studier av fenomener og hvordan de fremtrer ut fra en persons perspektiv. En måte å beskrive funnene i slike studier på er å presentere personers beskrivelse av fenomenet som studeres, essensen i beskrivelsene og sammenhengene disse imellom.

> Aksjonsforskning

Ved aksjonsforskning kan resultatene beskrives ut fra hensikt og mål med hver av fasene i gjennomføringen av studien. Dette kan omfatte identifisering av problemstillingen, beskrivelse av utvikling av intervensjonen og gjennomføringen av denne.

> FORHOLDET MELLOM BESKRIVELSER, ANALYSE OG FORTOLKNING

Sandelowski beskriver et annet dilemma forfat-

teren står overfor. Det gjelder å finne en balanse mellom beskrivelser, analyse og fortolkning. Med beskrivelsene menes presentasjon av datamaterialet, for eksempel i form av sitater eller observasjoner. Analyse henviser til hvordan forskeren har brutt opp datamaterialet og satt det sammen på nytt. I siste instans gir forfatteren ny mening til data gjennom sin forståelse og fortolkning av innsamlede data.

> KLARGJØRING AV PERSPEKTIV

Forfatteren bør sørge for at det klart fremgår for leserne hvilket perspektiv man uttaler seg på bakgrunn av – hvilken stemme man taler med i de ulike tekstdelene. Dette handler om å angi kilden til beskrivelser, påstander og tolkning som fremsettes. Det er en viktig forskjell på om man beskriver et fenomen ut fra informantens perspektiv, eget perspektiv som forsker eller et utenfraperspektiv i form av enn slags tredjeperson.

En forutsetning for å skrive et godt resultatkapittel er at forfatteren har kommet så langt i analyse og tolkningsprosessen at man har en klar forståelse av datamaterialet og hva man vil formidle til leserne. I neste omgang er det mange måter å fremstille resultatene på. Forfatteren må imidlertid tilpasse fremstillingen til tidsskriftets forfatterveiledning.

REFERANSER

- Hall GM. How to write a paper. 4. utgave. BMJ Publishing, London. 2008.
 Day RA, Gastel B. How to Write and Publish a Scientific Paper. 6. utgave. London: Greenwood Press, 2006.
 Kvale S, Brinkmann S. Interviews – learning the craft of qualita-

- tive research interviewing. 2. utgave. Los Angeles: Sage, 2009.
 Polit DF, Beck CT. Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice. 8. utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2008
 Sandelowski M. Writing a good read: strategies for re-presenting qualitative data. Res Nurs Health 1998;21:375-82.



Innhold >>

Innspill:

Leder	3
Bjørn Hofmann: Evidenssirkus	4
Astrid Klopstad Wahl: Vi må tenke nytt	6

Oppsummert forskning:

Cochrane	7
Evidence Based Nursing	10
Forskingsnytt	14

Forskningsartikler:

Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. Av Øyvind Kirkevold og Knut Engedal	16
Kommentar: Legemiddelhåndtering i gråsonen. Av Siobhan Brazill	27

Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Av Britt V. Danielsen, Svanaug Fjær 28

Kommentar: Riktig tilbud til eldre. Av Heidi Ramsrud 35

Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Av Heidi Aagaard 36

Kommentar: Matrutiner er leders ansvar. Av Marit Sund Storlien 45

Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell. Av Audhild Høyem, Eline Thornquist 46

Kommentar: Et nyttig verktøy for praksis. Av Jostein Pettersen 55

Fall og tilstand etter fall blant personer med demens. Av Randi Slåsletten, Solveig Struksnes, Inger Johansson og Marie-Louise Hall-Lord 56

Kommentar: Forskning kan forebygge fall. Av Helene Dypdal 64

Essay: Profesjonalitet krever faglig skjønn. Av Kitt Austgard 65

Forskning i praksis: Skremt før operasjon 68

Forskerintervju: Nina Aarhus Smeby 70

Nytt og nyttig:

Etikk i forskning. Av Knut Reuter 72

Doktoravhandlingar 79

Resultatkapitlet. Av Anners Lerdal 81