

# Forskning

02|10



Eldre og  
tannhelse **100**



Studien av tannstatus og tannstell hos eldre i hjemmesykepleien i Oslo viste at de fleste eldre hadde egne tenner. Mens en relativt stor andel hadde én eller flere risikofaktorer for karies, rapporterer Fjæra og hennes kollegaer at ingen i utvalget hadde fått tilbud om undersøkelse av munnhulen av hjemmesykepleieren. Studien avdekker manglende faglig oppmerksomhet og praksis rettet mot munnhelsen hos eldre. 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**  
Spesialsykepleier PhD ved thoraxkirurgisk intensivenhet/ Oslo universitetssykehus. Rådgiver i NSF.



**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](http://www.sykepleien.no)

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

**Redaktør: Anners Lerdal**  
[anners.lerdal@dh.no](mailto:anners.lerdal@dh.no)

**Assisterende redaktør: Liv Merete Reinar**  
[livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no](mailto:livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no)

**Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson**  
[susanne\\_dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne_dietrichson@sykepleien.no)

**Markedssjef: Ingunn Roald**  
[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)

**Statistikker: Guri Feten**  
[guri.feten@aal.kommune.no](mailto: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**

# Vi trenger ekspertsykepleiere

Vi er i en situasjon hvor samfunnet vil kunne ha problemer med å dekke behovet for kvalitetsmessige helsetjenester til eldre. På tross av bred enighet om et stort behov for personell med helsefaglig spesialkompetanse innen eldreomsorgen, er det lite initiativ til nytenkning rundt sykepleierrollen å spore. Historien har vist at nye yrkesgrupper oppstår når gapet mellom behov for helsehjelp og kvalifiserte helsearbeidere blir for stort. Sykepleieres sosiale mandat er forankret i deres bidrag til å dekke samfunnets behov for helsetjenester.

I USA og Storbritannia har universitetene spesialistutdanninger for autoriserte sykepleiere som ønsker å utdanne seg til avanserte kliniske ekspertsykepleiere innenfor bestemte spesialistområder (nurse practitioners). Utdanningen er som regel på mastergrads- eller postmastergradsnivå.

Dette er sykepleiere som etter utdanning har fått autorisasjon til å diagnostisere og behandle pasienter med sykdommer og helseproblemer innenfor et avgrenset medisinsk område. Eksempler på slike spesialområder er eldreomsorg, rehabilitering, akutt sykepleie, diabetes og barnesykepleie. Ekspertsykepleierne kan også ordinere ulike diagnostiske prøver som for eksempel røntgen, blodprøver og EKG, samt adekvat behandling som for eksempel fysioterapi eller ordinere medisiner innenfor eget ansvarsområde.

I USA har delstatene ulik lovgivning som regulerer hvem

som gir autorisasjon til kliniske ekspertsykepleiere og hvordan arbeidet reguleres. I noen stater kan de arbeide selvstendig, mens i andre må de ha en samarbeidsavtale med en lege. Samarbeidsavtalen regulerer virksomheten og ansvaret til ekspertsykepleieren og spesifiserer hva som kreves av samarbeid med legen. Dette innebærer også angivelse av hvilken type behandling de kan ordinere.

En avansert klinisk spesialistutdanning for sykepleiere innen eldreomsorgen ville vært et betydelig bidrag til de eldres fremtidige behov for helsehjelp. For sykepleiere som arbeider med eldre ville dette samtidig kunne bli en attraktiv karrierevei for dem som ønsker å avansere stillingsmessig og samtidig fortsette med direkte pasientkontakt. Utviklingen av et kvalitativt godt utdanningstilbud vil imidlertid kreve nytenkning på utdanningsinstitusjonene og et tettere samarbeid mellom disse og leger, og med andre profesjonsgrupper som besitter nødvendig medisinsk faglig kompetanse. Sykehjem og andre helseinstitusjoner må også etterspørre helsepersonell med denne kompetansen overfor universiteter og høyskoler samt opprette stillinger for avanserte sykepleiespesialister.



Redaktør  
**Anners Lerdal**  
[anners.lerdal@ldh.no](mailto:anners.lerdal@ldh.no)

*Anners Lerdal*

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

## Da far inntok fødestua

› I løpet av fem år inntok norske menn fødestuen. På tross av institusjonenes tradisjonalisme skjedde dette nærmest friksjonsfritt.

Fødselssystemer varierer både over tid og mellom kulturer. Forskere har vist at det ikke bare finnes en måte å føde på, og at ritualene og metodene kan variere ganske mye (1,2). Likeledes varierer graden av menns deltakelse og tilstedeværelse i forhold til fødsler. Første halvdel av 1970-tallet representerer et slikt tidsskifte hvor norske sykehus og fødestuer åpnet for at menn fikk lov til å delta under selve fødselen. Denne historien har det vært skrevet lite om.

I en bok fra 1970, «Hvordan behandler vi de fødende. Fakta om fødsler», kan Bjørn Lind slå fast at bare 6 prosent av de fødende hadde med seg ektemennene under fødselen. I en undersøkelse gjort av Norsk Gallup ble 503 kvinner som hadde født barn i løpet av de siste to årene spurt om sine fødselsopplevelser, deriblant om ektemennene hadde vært med. Lind skriver: «Av de spurte 503 kvinnene oppgir bare 6 prosent at ektemannen hadde

vært til stede hos dem under fødselen, og av disse oppgir 61 prosent (19/31) at han var til stor hjelp og 80 prosent (25/31) at han var til noen hjelp. Av de resterende 94 prosent eller 462 som ikke hadde hatt mannen til stede, oppgir 41 prosent at de gjerne ville hatt ham der» (3). Lind påpeker at selv om svært mange av kvinnene ville hatt mennene sine med seg, så har ikke spørreundersøkelsen noe materiale på hva mennene mener om dette. Lind påpeker derfor at det er usikkert om hva mennene synes, og at det ikke er sikkert om de vil være med. Og skulle de ville være med så er det likevel ikke sikkert det praktisk vil la seg gjøre, ifølge Lind: «... og hvis en så stor andel av ektemennene for fremtiden skulle melde seg ved våre fødeavdelinger, tror jeg det ville bli vanskelig, selv for de fødeavdelinger som i prinsippet ønsker det, å løse dette problemet rent praktisk».

Det er fascinerende at Lind omtaler mennenes deltakelse under fødselen som et problem og at han vanskelig kan se at dette problemet kan løses. Både tar han det for gitt at mange av mennene sannsynligvis ikke ønsker å delta og han ser på de praktiske problemene som nesten uoverstigelige. Hvorfor? Hvilken forestillingsverden er det som gjør at deltakelsen fra begge foreldrene under deres eget barns inngang i verden virker så usannsynlig? I løpet av 100 år forandret Norge seg fra et samfunn som ikke så på fedres deltakelse som et problem. Nei, sågar i folketroen var det påkrevd å føde på fanget av barnets far for at barnet skulle bli friskt. Hundre år senere kunne man knapt tenke seg deres tilstedeværelse. I løpet av dette hundreåret ble fedrene sakte, men sikkert, plassert utenfor fødeinstitusjonen. Rastløst vandrende rundt i byens gater, eller neglebitende hjemme i stua. Klare til å rykke ut og komme bort og inn for å se på vidun-



Foto: Stein J. Bjørge/Scampix

” På bare fem år skjedde det en aldri så liten institusjonell revolusjon.

deret. Slik var menn rykket ut i periferien i forhold til familien og barna. Men så snur det, og det er derfor Lind i 1969–70 tar opp temaet og diskuterer det. Fedrene er på vei inn i familien igjen. Få år senere er nesten alle menn med på fødslene. Det problemet Lind reiser viste seg altså å være ganske enkelt å løse, og når det først ble en åpning for deltakelse ville både kvinnene ha mennene med, og mennene ville være med. I Tidsskrift for jordmødre nr. 11/1975 slår Else Marie Vengene ved Kvinneklinikken Rikshospitalet fast at «Barnefaren har nå ved de fleste fødeavdelinger tillatelse til å være til stede under hele fødselen og i de fleste tilfeller er det klart positivt at de sammen kan oppleve barnets ankomst» (4).

På bare fem år skjedde det en aldri så liten institusjonell revolusjon. Det som ble ansett som vanskelig tenkelig fem år tidligere, var nå å anse som normalen og klart positivt. Så raskt kan kulturelle endringer inntreffe. Det som den ene dagen virker som institusjonelle hindringer, viser seg den neste å være det motsatte, som et positivt tilskudd til institusjonens opplevelse av seg selv og det den gjør.

Og det er her mye av forklaringen til mennenes inntreden ligger. Mennene gikk ikke i gatene og protesterte mot den urettferdighet de har vært til del. De stormet ikke fødestuene, eller trengte seg inn på ulovlig mark. Like stille som mennene ble støtt ut av systemet, vandret de nå inn igjen. Bak utstøtelsen lå profesjonalisering og institusjonalisering av fødslene, moderniseringen av familien, forestillinger om kjønnete arbeidsdelinger og tosfæresystemer. Bak den nye inkluderingen ligger kvinnene, kvinnenes inntog på arbeidsmarkedet, kvinnenes krav om likestilling og likeverd, endret forståelse av familien og den sakte, men sikkert pågående forvitringen av den kjønnete arbeidsdelingen. Mennenes deltakelse under fødselen er en markør for fedres nye ansvar og delaktighet. De blir gitt en ny mulighet og griper den raskt. Det forunderlige i denne prosessen, er at ikke ett sted har jeg funnet kritiske diskusjoner rundt menns inkludering. Tilsynelatende er ingen imot. Ikke én gang er dette blitt diskutert i Tidsskrift for jordmødre i perioden mellom 1965 og

1980. Det bare skjedde, og det skjedde raskt, og tilsynelatende til alles glede. Derfor er det overraskende at det skjedde så sent, og at ideen om fedrenes tilstedeværelse under fødselen ikke ble tenkt eller presentert som en idé i offentligheten før på slutten av 1960-tallet. Og når det skjedde så skjedde endringen i løpet av noen få år. Fra en tilstand hvor barnefødsler var en sak for kvinner alene, er det i løpet av fem år på 1970-tallet blitt et felles prosjekt for kvinner og menn (5). Kvinner og menn skaper barna fysisk sammen og med endringene i menns fødselsnærver på 1970-tallet understrekes nå at menn og kvinner også psykisk skal skape barnet i fellesskap.

Historien om mennenes inntog på fødestuene er viktig å ta med seg både fordi den viser hvor lite gjennomtenkt konserverende institusjoner og strukturer kan virke og hvor knirkefritt endringer kan foregå. Kulturelle endringer i forhold til integrering, demokratisering og likestilling er ikke vanskelige, slik Lind forutså, de kan tvert imot i løpet av kort tid virke nesten selvinnytsende. Dette er viktig å ta med seg også i dag.

**LITTERATUR:**

1. Blom, I. Den haarde dyst. Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år. Cappelen forlag, Oslo. 1988.
2. Højeberg, P. Tröskelkvinnor: barnafödande som kultur. Carlsson, Stockholm. 2000.
3. Lind, B. Hvordan behandler vi de fødende. Fakta om fødsler. Johan Grundt Tanum Forlag, Oslo. 1970.
4. Vengene, EM. Paneldiskusjon om fødselsform ved Nordisk Jordmorforbunds 25 års jubileum i København 21–24 mai 1975. Tidsskrift for jordmødre 1975:11.
5. Fjell, TI. Blikket vendes: fødsel i endring. Historisk-filosofisk fakultet, Universitetet i Bergen. 1996.

Av Torunn Hatlen Nøst

MSc/sykepleiefaglig rådgiver  
Kirurgisk klinikk, St. Olavs  
hospital

# Er evidens det samme som kunnskap?

Hvem kan være mot kunnskap? Det er vesentlig for debatten at man forstår at det ikke er her uenigheten ligger. Det er ikke kunnskap, men en forsnævring av kunnskapsbegrepet som skaper debatt. Likeledes er det viktig at man tar innover seg at dagens debatt om kunnskapsbegrepet er en forlenging av andre grunnlagsdebatter som har vært ført. Debatten kan ikke føres uten en klar bevissthet om hvilke vitenskapsteoretiske fenomener som ligger til grunn for argumentasjonene som føres. Og argumentasjonene er så fundamentalt ulike nettopp fordi de har sine røtter i ulike vitenskapsteorier og kulturer. Man vil kanskje ikke komme frem til en kunnskapsbasert praksis som rommer alle forståelser av kunnskap og viten. Men man kan gjennom dialog og kommunikasjon komme frem til en tydeliggjøring av de ulike kunnskapparadigmer som gjør det mulig for profesjonsutøveren å anvende og velge evidens og kunnskapskilder ut ifra hva situasjonen krever.

## TIL DEBATT

Det var den første dagen i desem-

ber jeg skulle delta på konferanse i regi av Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen. Tittelen «Evidensbasering – en forutsetning eller et hinder for god praksis?» ga forhåpninger om både debatt og temperatur.

## EN NY BEVEGELSE

Konferansens første forelesning var ved professor og senterleder Monica W. Nortvedt. Jeg kunne nikke gjenkjennende til flere av argumentene. For hvem kan være mot kunnskap? Alle sykepleiere ønsker vel å ta velinformerte beslutninger. Nortvedt lanserte begrepet «Bevegelsen» kunnskapsbasert praksis med stort hell, men ennå var jeg litt usikker på om jeg var en del av bevegelsen eller ikke. Kanskje kunne Kari Martinsens innlegg si noe om jeg skulle søke medlemskap?

## EVIDENSIALISMEN

Det var særlig Martinsens omtale av evidens jeg fant interessant. Martinsen & Eriksson (2009) viser til at evidensbegrepet er noe mer enn bare den anvendelse

det har fått i medisinen. Evidens viser til å få en åpenbar visshet om noe, og om å se og innse. De viser til at evidens er å gjøre synlig det som er hevet over tvil. For Martinsen er dette evidens, men en annen evidens enn den medisinske. Evidens i en hermeneutisk tradisjon vil slik stå i kontrast til regelfølgelse i den medisinske evidensen. Martinsen hevder det brer om seg med det hun benevner som evidensialisme, og i det legger hun at den medisinske evidensen brer om seg og blir gyldig også på andre områder enn sitt eget. Med det blir begrepet evidens innsnevret. Og det er noe av det som gjør oversettelsen fra evidensbasert til kunnskapsbasert problematisk. For kunnskap kan være noe mer enn hva man kommer frem til ved anvendelse av en slik metodikk, og for Martinsen er det problematisk at begrepet og metoden ikke viser til at evidensbasert praksis er noe annet enn evidensbasert medisin. Det er flere former for kunnskap som må utfordres og flere måter å jobbe med evidens på. Alt kan ikke gjøres gyldig på samme måte.



” Men var det egentlig en kunnskapsdebatt jeg var tilskuer til?

#### DET GODE OG RIKTIGE

For praktikerer som skal utøve profesjonen sykepleie, vil forståelsen av ulike begrep og fenomen være satt sammen av kunnskap fra ulike kunnskapskilder. Slik Arild Bjørndal fra Nasjonalt kunnskaps-senter sa det så godt i sitt innlegg, så er det ikke tilstrekkelig å besitte kunnskap. Man må også være bevisst på at det er begrensninger som ligger i denne kunnskapen; begrensninger man skal være ydmyk overfor. I spenningsfeltet mellom det paternalistiske og det autonome, mellom det standardiserte og det unike, må helsearbeidere reflektere seg frem til hva som er det gode og riktige å gjøre i akkurat denne situasjonen. Og det krever et oppmerksomt nærvær, slik Bjørndal benevnte det. Det gir for meg en assosiasjon til skjønnhet og de livsfilosofiske spørsmål som sykepleiere møter. Skjønnhet vil være viktig for profesjonsutøveren når det mangler generelle retningslinjer for situasjonen. Skjønnhet er en forutsetning for å reflektere over kunnskap, nødvendig i anvendelse av den og for å kunne gi individuell behandling (Grimen & Terum 2009). For

det er ikke nødvendigvis slik at all kunnskap fra forskning vil forbedre praksis. Mer kunnskap vil ikke nødvendigvis si noe mer om hva som er godt å gjøre.

#### HVA ER GYLDIG KUNNSKAP?

De to motpolene i diskusjonen om kunnskapsbasert praksis kan forstås ved å sette dem inn i en vitenskapsteoretisk sammenheng. I en slik sammenheng hersker det ulike syn på hva som er sann viten; et viktig poeng i en kunnskapsdebatt. Men var det egentlig en kunnskapsdebatt jeg var tilskuer til? Alvsvåg (2009) viser til at kunnskapsbasert praksis ikke er noe nytt. Vi har til alle tider basert praksis på kunnskap. Det er begrensningen av begrepet kunnskap til å være en bestemt type kunnskap som er det nye argumentet i debatten. Og det får meg til å tenke at vi hoppet bukk over noe grunnleggende denne desemberdagen. Debatten kunne egentlig startet ved forståelse av begrepene kunnskap og evidens. Med et litt uklart forhold til hvilken kultur vi tar utgangspunkt i, kan debatten fort bli slik at vi snakker forbi hverandre.

#### LIKE UTYDELIG SOM FØR

Det var ikke så mye som hadde blitt klarere, og evidensbegrepet var ikke blitt mer entydig for meg. Det er et komplekst tema å diskutere, og ikke noe mindre krevende å forholde seg til i praksis. Forventningen til kunnskapsbasert praksis ligger der, men til dels uten en klargjørende debatt om hva dette innebærer. Det er ikke nødvendigvis ulike kunnskapskilder som skaper stridigheter om evidensbasert praksis, men rangeringen av noe kunnskap som mer sann enn annen, som skaper hindringer for å enes om en felles kunnskapsforståelse.

Forhåpentligvis kan jeg reise tilbake til Bergen ved en senere anledning for å dykke ned i nye refleksjoner med utgangspunkt i en slik tilnærming.

#### REFERANSER

- Alvsvåg, H: Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. Sykepleien Forskning 2009; 03: 216- 220.  
 Grimen, H & L. I Terum: Evidensbasert profesjonsutøvelse. Abstrakt forlag, Oslo, 2009.  
 Martinsen, K & Eriksson K. Å se og å innse. Akribe Forlag, Oslo, 2009.



# Behandlingslinjer reduserer komplikasjoner for pasienter i sykehus

Behandlingslinjer er assosiert med færre komplikasjoner i sykehus, kortere liggetid og bedre journalføring, uten negativ påvirkning av liggetid eller kostnader. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

## HVA ER BEHANDLINGSLINJER?

Behandlingslinjer er strukturerte, tverrfaglige behandlingsplaner som spesifiserer viktige trinn i behandlingen av pasienter med definerte kliniske problemer. De skal understøtte implementering av kliniske retningslinjer i form av lokale rutiner og klinisk praksis. Behandlingslinjer er særlig aktuelt for å forbedre kontinuiteten og samordningen

av behandlingen på tvers av ulike sektorer og profesjoner. I tillegg til å kunne støtte kunnskapsbasert praksis, har behandlingslinjer blitt foreslått som en strategi for å optimalisere ressursallokering i et klima preget av økende utgifter til helsetjenester.

Det satses mye på behandlingslinjer i norske helseforetak. Fokuset på behandlingslinjer, spesielt i sykehusene, er et forsøk på å organisere og standardisere behandlingen på en slik måte at pasientene opplever en helhetlig og likeverdig helsetjeneste. Ett foretak, Helse Sør-Øst, formulerer seg slik: «Behandlingslinjer tar utgangspunkt i sykehusenes kjernevirksomhet – pasientbehandling, forskning og utdanning. Hensikten med

behandlingslinjer er å sikre høy faglig kvalitet, god logistikk og planlegging samt effektiv ressursutnyttelse.» Helhetlige pasientforløp er vektlagt i Helse Sør-Østs strategiske utviklingsplan fram mot 2020.

## 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. En oversikt som sammenfatter funn fra 27 studier viser at behandlingslinjer i sykehus:





Illustrasjon: Lene Ask

- trolig gir færre komplikasjoner for pasientene
- trolig gir kortere liggetid
- trolig gir færre kostnader
- muligens fører til bedre journalføring
- muligens ikke fører til flere reinnleggelser

Forskningen er for mangelfull til å kunne konkludere om hvordan behandlingslinjer påvirker pasienttilfredshet.

#### HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskere i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over studier som har undersøkt hvordan behandlingslinjer virker på sykehus. Forskerne gjorde systematiske søk i flere forskningsda-

tabaser, og fant 27 studier med til sammen 11398 deltakere som de inkluderte i oversikten. Halvparten av studiene var utført i USA, resten fordelt seg på Storbritannia, Canada, Thailand, Taiwan og Norge. Tjue studier sammenlignet behandlingslinjer alene med vanlig behandling. Disse studiene fant en reduksjon i sykehuskomplikasjoner og bedret journalføring. Det var ikke holdpunkter for forskjell i reinnleggelser eller i sykehusdødelighet. Liggetid var det vanligste utfallsmålet, og de fleste studiene rapporterte signifikant redusert liggetid. Det ble også observert en reduksjon i sykehuskostnader.

#### KILDE

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3.

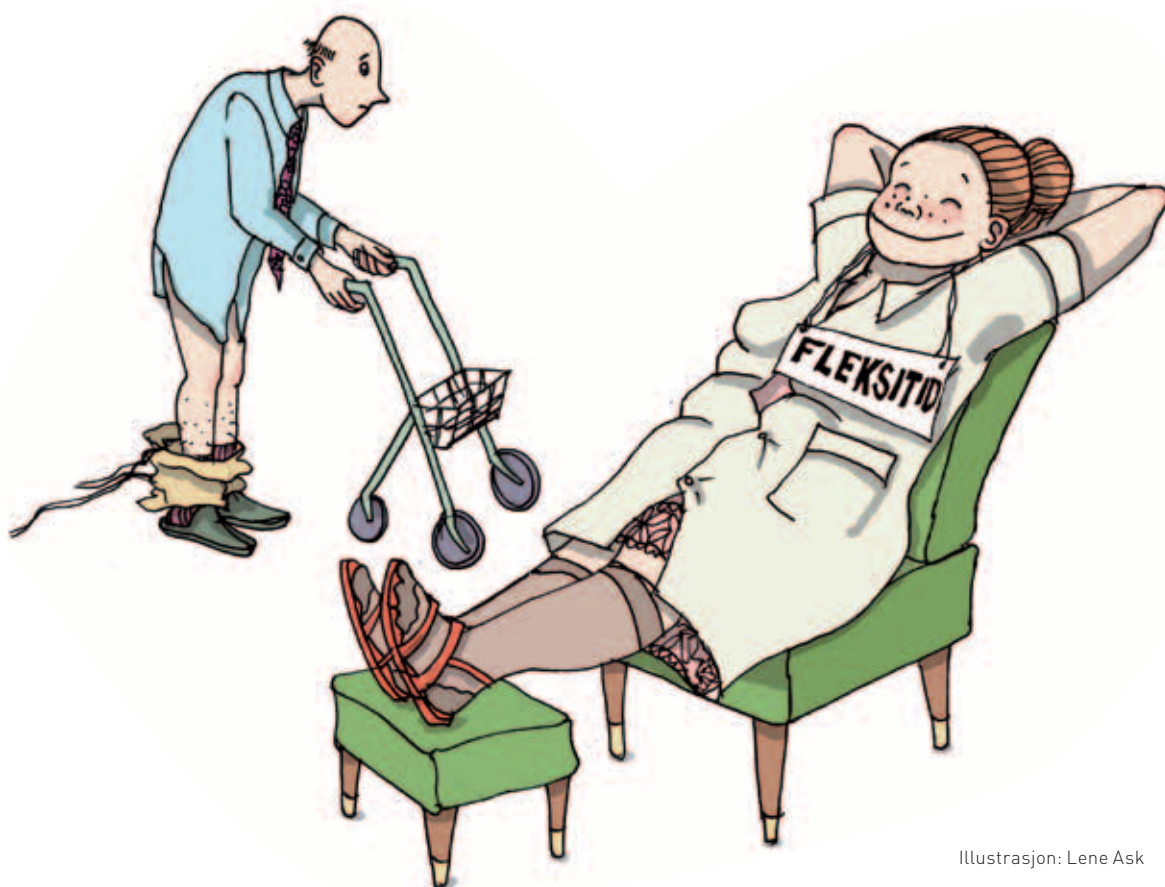
Les hele artikkelen i Cochrane Library: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD006632/frame.html>

Skrevet av Liv Merete Reinart

Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten



# Fleksible arbeidsforhold og effekt på ansattes helse og velvære



Illustrasjon: Lene Ask

Selvbestemt turnus kan muligens ha en positiv effekt på den ansattes helse og velvære. Slik konkluderer Cochrane-samarbeidet etter å ha gått systematisk gjennom relevant forskningslitteratur.

## SKIFTARBEID OG DE ANSATTES HELSE

Skift og turnusarbeid omfatter mange ulike ordninger ut fra hvordan døgnet er delt mellom ulike arbeidstakere, arbeidsteam og oppgaver. Hvordan rekkefølgen på vaktene fordeles

over en periode kan avtales i større og mindre grad mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. For nærmere beskrivelse se Nina Ambles notat: <http://www.odin.dep.no/fad/norsk/tema/arbeidstid/071031-990008/dok-bu.html>.

Skift og turnusarbeid er forbundet med belastning på den ansattes helse. Rapporterte problemer er fordøyelsessykdommer, type 2 diabetes, noen kreftformer, høyt blodtrykk og slag. Skiftarbeid ødelegger døgnrytmer, endrer kroppstemperatur og produksjon av noen hormoner. Studier har også vist at skiftarbeid påvirker kvinners fruktbarhet og fosterets utvikling (Fuller og Bain, 2010).

Ifølge AKU (arbeidskraftundersøkelsen i Norge gjennomført av SSB) jobbet i 2009 i alt 761 000 personer, eller 33 prosent av alle ansatte, utenom vanlig dagtid (mandag–fredag kl. 06–18). Blant dem som jobber utenom vanlig dagtid var andelen som jobber skift eller turnus 70 prosent. I overnattings- og serveringsvirksomhet, i transport og lagring og i helse- og sosialnæringen er det henholdsvis 72, 62 og 51 prosent som hadde arbeid utenom vanlig dagtid i 2009. I bygge- og anleggsvirksomhet og undervisning jobbet rundt 10 prosent av de ansatte utenom vanlig dagtid. Variasjonene fra næring til næring er stor (SSB).

Arbeid utenom vanlig dagtid var klart høyere for kvinner enn for menn, 37 mot 29 prosent. Den viktigste årsaken er at langt flere kvinner enn menn er ansatte i helse- og sosialnæringen. Dette er den største næringen i landet samtidig som andelen med arbeid utenfor vanlig dagtid er blant de høyeste. For kvinner er arbeid

utenom vanlig dagtid i mye større grad enn for menn knyttet opp til skift- og turnusarbeid (SSB).

### PÅVIRKER SELVBESTEMT TURNUS DEN ANSATTES HELSE?

Et internasjonalt forskerteam lette etter studier som har undersøkt hvordan fleksibel og selvbestemt arbeidstid påvirker de ansattes helse. Forskerne fant fire studier, to fra Finland, en fra Danmark og en fra Storbritannia, som oppfylte kravene de hadde fastsatt på forhånd. Studiene hadde til sammen 353 deltakere. Hva de ansatte kunne påvirke var forskjellig fra studie til studie. I to studier oppga de ansatte hvilke vakter de foretrakk på en turnusliste, mens i en annen studie valgte de starttidspunktet for 12-timers vakter. Deltakerne var politimenn, vedlikeholdsarbeidere i et flyselskap, jordmødre ved et sykehus og sykepleiere og andre helsearbeidere ved et psykiatrisk sykehus.

Studiene indikerte at selvbestemt turnus muligens reduserer:

- fysiske symptomer som trøtthet
- mentalt stress
- somatiske symptomer som blodtrykk og fordøyelsesproblemer

Studiene er gjennomgående svært små, 45–166 personer, som gjør at kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til at vi kan ha tillit til resultatene.

#### KILDE

Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambara C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD008009. DOI: 10.1002/14651858.CD008009.pub2

Les hele artikkelen i Cochrane Library (gratis tilgang via [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no)) eller prøv denne direkte lenka: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008009/frame.html>.

Fuller TP, Bain EI. Health & safety: Shift workers give sleep short shrift Am J Nurs. 2010 Feb; 110(2): 28–30.

Skrevet av **Hilde H. Holte**

Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten



# Kombinasjon av fire livsstilsfaktorer kan gi risiko for slag

Utvalg og oversettelse ved

Liv Merete Reinar

Illustrasjonsfoto: Monkey Business/

Scanpix

**Påvirker en kombinasjon av fire livsstilsfaktorer (røyking, fysisk aktivitet, alkoholbruk og inntak av frukt og grønt) risikoen for slag hos hjemmeboende personer?**

## METODE

### Design

Kohortstudie med gjennomsnittlig 11,5 års oppfølging (Norfolk component of the European Prospective Investigation of Cancer (EPIC-Norfolk)).

### Setting

Allmennpraksis i England.

### Deltakere

20 040 personer som var mellom 40–79 år (gjennomsnittsalder 58 år, 55 prosent kvinner) uten kjent hjerteinfarkt eller slag.

### Risikofaktorer

Røyking, fysisk aktivitet, alkoholbruk og inntak av frukt og grønnsaker. Deltakere fikk ett poeng hver for å være ikke-røyker, være fysisk aktiv, moderat bruk av alkohol (1–14 enheter per uke), og spise  $\geq$  porsjoner med frukt og grønnsaker per dag (blodkonsentrasjon av vitamin C  $\geq$  50  $\mu\text{mol/l}$ ).

**Utfall:** insidens av slag (sykehus journal eller dødsattest). Resultatene ble justert for alder, kjønn, kroppsmasseindeks, systolisk blodtrykk, kolesterol, aspirinbruk, diabetes og sosial klasse.

## HOVEDRESULTATER

599 slag (168 fatale) ble registrert i oppfølgingstiden. Risiko for slag økte ved hvert poeng trukket fra i en kombinert livsstilsskår (tabell).

## KONKLUSJON

En kombinasjon av fire livsstilsfaktorer (røyking, lav fysisk aktivitet, alkoholbruk  $>$  to standard-driker per dag, og lavt forbruk av frukt og grønt) var assosiert med økt risiko for slag.

**Sammendrag fra:** Myint PK, Luben RN, Wareham NJ, et al. Combined effect of health behaviours and risk of first ever stroke in 20 040 men and women over 11 years' follow-up in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer (EPIC Norfolk): prospective population study. *BMJ* 2009;338:b349.

**Korrespondanse:** Dr. PK Myint, University of East Anglia, Norwich, UK: phyo.k.myint@uea.ac.uk

**Finansiering:** Cancer Research UK; Medical Research Council; Stroke Association; British Heart Foundation; Research Into Ageing; academy of Medical Sciences; Wellcome Trust.

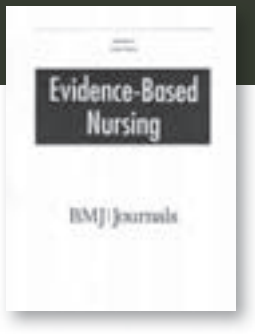
**TABELL 1:** Risiko for slag

Antall faktorer	Justert RR (95 % KI) for alle**	Justert RR (KI) for menn**	Justert RR (KI) for kvinner**
3	1,15 (0,89 til 1,49)~	1,04 (0,71 til 1,53)~	1,20 (0,85 til 1,70)~
2	1,58 (1,22 til 2,05)	1,33 (0,91 til 1,96)~	1,80 (1,27 til 2,56)~
1	2,18 (1,63 til 2,92)	1,79 (1,16 til 2,74)~	2,53 (1,70 til 3,77)~
0	2,31 (1,33 til 4,02)	1,45 (0,61 til 3,45)~	3,40 (1,66 til 6,96)~

\* RR sammenlignet 0–3 faktorer med 4 faktorer; livsstilsfaktorene var ikke-røyking, være fysisk aktiv, alkoholbruk 1–14 enheter per uke, og å spise  $\geq$  5 porsjoner frukt og grønt (blodkonsentrasjon av vitamin C  $\geq$  50  $\mu\text{mol/l}$ ).

\*\*Justert for alder, kjønn, kroppsmasseindeks, systolisk blodtrykk, kolesterol, aspirinbruk, diabetes og sosial klasse.

~ Ikke statistisk signifikant.



Livsstilsfaktorer som røyking, fysisk aktivitet, alkoholinntak og kosthold har blitt assosiert med insidensen av slag. Forskning som har studert hvordan en kombinasjon av disse faktorene virker inn er begrenset. Denne studien til Myint og medarbeidere er en av få studier som har kvantifisert den kombinerte effekten av denne typen atferd på risiko for slag. De viser at tilstedeværelsen av disse fire faktorene resulterte i en fordobling i forskjell på insidensen av slag. Styrken i denne studien er at den er prospektiv longitudinell, som er riktig for denne typen forskningsspørsmål, stort utvalg, bruk av sykepleiere i helseundersøkelsene, og at det er justert for mange potensielle forvekslingsfaktorer. Plasma vitamin C konsentrasjon gir et objektivt mål for inntak av frukt og grønt når det sammenlignes

med selvrapportering av kosthold, som ellers kan være påvirket av «social desirability» bias. Bakgrunnsinformasjon om validiteten av plasma vitamin C konsentrasjon som surrogatmarkør for frukt- og grøntkonsum kunne vært nyttig. Det må vises forsiktighet når resultatene fra denne studien generaliseres til andre etniske grupper og grupper med ko-morbiditet. Fordi ikke alle deltakerne møtte til helsesjekk underveis i studien var det en skjevhet mot de friskeste deltakerne (men denne skjevheten vil heller svekke assosiasjonen enn å overestimere den). Eksklusjon av omtrent 9000 deltakere på grunn av manglende data førte til at noen analyser ikke ble utført. Selv om forskerne ikke fant forskjell mellom inkluderte og ekskluderte deltakere så kan forskjeller i karakteristika som ikke ble undersøkt påvirke

resultatene. Funnene fra denne studien er relevant for sykepleiere som jobber med oppfølging av pasienter fra nevrologi og hjertemedisin og i rehabilitering, for sykepleiere i kommunehelsetjenesten som jobber mot voksen og eldre og for sykepleiere som er involvert i forebyggende helsearbeid. Spesialsykepleiere som jobber med voksne og eldre i primær- eller spesialisthelsetjenesten vil også ha nytte av disse resultatene. Selv om den relative effekten av de ulike faktorene ikke er vurdert så har pasienter flere å velge blant dersom de ønsker å redusere også sin risiko. Funnene antyder at atferdsendring ikke trenger å stoppe ved ett tiltak.

**Angela de Guzman, RN (EC), PHCNP, MScN.** Toronto, Ontario, Canada.

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



# Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Annors Lerdal**, redaktør i Sykepleien Forskning og professor ved Høgskolen i Buskerud.

## Hva hindrer god behandling i sykehjem?

Pasienter som ikke sier ifra eller som ikke har stort hjelpebehov risikerer å bli oversett av helsepersonell.

Slik lyder konklusjonen i en studie som hadde til hensikt å beskrive sykepleiere og legers prioriteringer av omsorg og behandling av eldre beboere på sykehjem.

Studien ble gjennomført som et kvalitativt beskrivende forskningsopplegg. Forskerne innhentet data ved hjelp av semistrukturerte inter-

vjuer. Deltakerne fortalte om hvordan de prioriterte behandlingen av eldre beboere når de sto overfor kliniske dilemmaer. Lederne av sykehjem ved seks forskjellige sykehjem i Nord-, Vest- og Øst-Norge forespurte aktuelle deltakere. Alle de seks legene og syv sykepleierne som ble forespurt ønsket å delta. Legene var i alderen 32 til 59 år og hadde fra tre til 30 års arbeidserfaring. To var kvinner. Sykepleierne var fra 38 til 59 år og hadde fra ti til 34 års arbeidserfaring. Seks av de syv sykepleierne var kvinner. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert til verbatim og analysert ved hjelp av innholdsanalyse.

Forskerne fant to overordnede problemstillinger helsearbeiderne sto overfor. Den første handlet om å sikre riktig og god nok behandling til beboerne og den andre var knyttet til å sikre lik adgang til hjelp og omsorg. I forhold til å sikre riktig behandling var de største utfordrin-

gene mangel på leger og sykepleiere. Legene beskrev også knapphet på tid. Dette resulterte i at pasienter med akutte problemer ble prioritert på bekostning av oppfølging av andre pasienter.

Studien avdekket en rekke faktorer som hindrer helsearbeiderne i å utøve god behandling og omsorg. Noen av disse er manglende innflytelse på innleggelse av pasienter, dårlig system for kommunikasjon og samarbeid mellom sykehjem og sykehus, dårlige rutiner for samarbeid mellom ulike grupper av helsearbeidere på sykehjemmene, manglende støtte fra ledelse og dårlige dokumentasjonssystemer.

### REFERANSE

**Slettebø A, Kirkevoold M, Andersen B, Pedersen R, Halvorsen K, Nordhaug M, P. Nortvedt.** Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2010

**Studien avdekker en rekke ramme-faktorer som helsearbeiderne beskriver som hemmende og som vanskeliggjør utøvelse av en god helsetjeneste. Videre avdekkes en rekke etiske dilemmaer de står overfor i sin kliniske hverdag. Faktorene forskerne beskriver bør være utgangspunkt for faglige diskusjoner både blant ledere av sykehjem og blant utøvende helsearbeidere.**

KOMMENTAR

## Tro på egen mestring hos personer med KOLS

Sterk tro på egen mestring hos personer med KOLS som starter på et pasientopplæringsprogram, bidrar til bedre helsestatus og høyere livskvalitet etter kurset.

Dette er ett av funnene i denne longitudinale studien av personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) som gjennomgikk et pasientopplæringsprogram. Hensikten var å evaluere utviklingen av helsestatus og livskvalitet samt hvordan deltakernes mestringstillit påvirket disse forholdene. Med

begrepet mestringstillit (self-efficacy) menes i hvilken grad en person har tro på egen evne til å lykkes i å gjennomføre oppgaver som er nødvendig for å håndtere en spesiell situasjon.

Personer som var 35 år og eldre, hadde KOLS-diagnose og kunne lese og forstå norsk ble forsøkt rekruttert til studien. Personer som hadde fått oksygenbehandling over lengre tid eller hadde en ustabil hjertesykdom ble ikke inkludert. Hundre personer med KOLS sa seg

villig til å delta. Data ble samlet inn ved hjelp av internasjonalt validerte spørreskjema før de startet opplæringsprogrammet og ytterligere tre ganger i inntil 12 uker etter at opplæringen var avsluttet.

Opplæringsprogrammet varte i seks uker og foregikk poliklinisk. Innholdet omfattet fysisk trening, undervisning og psykososial støtte. Et flerfaglig team bestående av en lungelege, to sykepleiere, en fysioterapeut med spesialutdanning i lungesykdommer, en farmasøyt, en

> 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 [Annern.Lerdal@hibu.no](mailto:Annern.Lerdal@hibu.no)

## Etiske overveielser på intensivavdelinger

Hvis intensivpasienter skal sikres lik behandling, må man bli enige om prosedyrer for gjennomføring av beslutninger på et flerfaglig grunnlag.

Dette går frem av konklusjonen i en studie som undersøkte verdivalg og verdimeisige overveielser for kliniske beslutninger om intensivbehandling hos leger og sykepleiere på intensivavdeling.

Studiens problemstilling ble utforsket ved hjelp av et kvalitativt forskningsopplegg basert på en hermeneutisk tilnærming. Deltakerne ble rekruttert fra intensivavdelinger ved tre ulike universitetssykehus i Norge. Blant dem som deltok var 12 menn og ni kvinner anestesileger, mens fem menn og 17 kvinner var sykepleiere. Anestesilegene var i alderen 35 til 60 år og hadde gjennomsnittlig 10,9 års yrkeserfaring mens sykepleierne alder varierte mellom 28 til 57 år med gjennomsnittlig yrkeserfaring på 8,6 år. Forskerne triangulerte ved å samle inn

data fra både deltakende observasjon og halvstrukturerte dybdeintervjuer i 2005 og 2006.

Deltakerne viste et dypt engasjement for pasientene og yrket og beskrev de kliniske situasjonene med stor empati. Legene beskrev avgjørelser om å avslutte intensivbehandling som en stor belastning og et stort ansvar. Noen fortalte om pasienter som hadde overlevd mot alle odds. Disse erfaringene gjorde det enda vanskeligere å ta beslutninger om å avslutte intensivbehandling. Informantene fortalte at det ofte var gode grunner for å starte behandling, men at det blir stadig vanskeligere å ta beslutning om å avslutte intensivbehandling. De fleste legene beskrev skyldfølelse og dårlig samvittighet som en av de viktigste grunnene til at den innleggende legen valgte ikke å avslutte behandling hos pasienter med en svært dårlig prognose. Selve beslutningsprosessen ble beskrevet som

et teamarbeid som involverte mange personer. Å oppnå enighet om avgjørelsen var overordnet. Studien viste også at avdelingskulturen, maktforhold og profesjonsmessige og personlige forhold spiller en rolle. I hvilken grad sykepleieren var involvert i avgjørelser varierte mye, blant annet ut fra hvilken anestesilege som hadde ansvaret for pasienten og i noen grad kulturen på avdelingen.

**REFERANSE**

Halvorsen K, Førde R, Nortvedt P. Value choices and considerations when limiting intensive care treatment: a qualitative study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:10-7.

Artikkelen gir oss innsikt i kompliserte overveielser som til daglig tas på intensivavdelinger. Når beskrivelsene blir åpent kommunisert som i denne artikkelen, gir det grunnlag for faglige diskusjoner som tar utgangspunkt i reelle, aktuelle og vanskelige problemstillinger.

KOMMENTAR

sosionom og en ergoterapeut sto for gjennomføringen. Opplæringen bygget på Banduras sosialkognitive læringsteori. Et viktig poeng i denne teorien er troen på at våre handlinger formes av våre forventninger til resultater av handlinger og til vår egen mestring. Samt av vår tolkning av de konsekvensene handlingene våre får i vår samspill med andre.

Studien viste at deltakerne rapporterte mindre psykososiale konsekvenser på grunn av sykdommen

i etterkant av opplæringsprogrammet. Eldre deltakere hadde færre symptomer, bedre fysisk kapasitet og forbedret helsestatus etter gjennomføringen av opplæringen enn yngre deltakere.

**REFERANSE**

Bentsen SB, Wentzel-Larsen T, Henriksen AH, Rokne B, Wahl AK. Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation – An exploratory study. *Patient Educ Couns* 2010.

Alle helseregioner har etablert lærings- og mestringssentre for personer med ulike helseproblemer. Denne studien er et eksempel på forskning som beskriver lærings- og mestringssprosessene deltakeren gjennomgår samt sammenhengene mellom disse og utviklingen av helsestatus.

KOMMENTAR



# ELDRE OG TANNHELSE



Foto: Erik M. Sundt





**Hva tilfører denne artikkelen?**

Studien viser at de fleste eldre i hjemmesykepleien i Oslo har egne tenner. Dårlig tannhelse kan få store negative konsekvenser for helse og livskvalitet. Det er derfor viktig med forebyggende tiltak og

klinisk odontologisk behandling.

**Mer om forfatterne:**

Brit Fjæra er sykepleier og kandidat i sykepleievitenskap, ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo. Tiril Willumsen er tann-

lege og dr. odont ved Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo. Hilde Eide er sykepleier og dr.philos. ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo. Kontaktperson: brit.fjara@su.hio.no

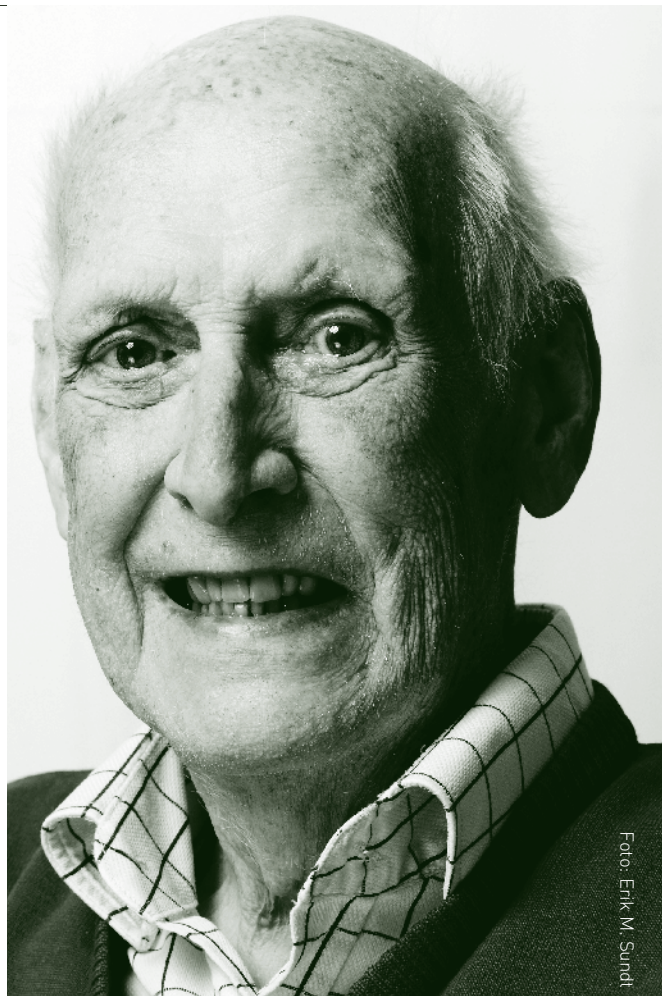


Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** Dårlig oral helse hos eldre kan få store konsekvenser for deres livskvalitet og helse. I dag har eldre en tannstatus preget av kroner, broer og implantater og dette vil stille store krav til godt munnstell hos de grupper eldre som på grunn av svekket helse ikke selv kan ivareta tann og munnhygiene.

**Hensikt:** Hensikten med prosjektet er å kartlegge risiko hos pasientene og hindringer i pasientenes miljø som kan bidra til mangelfullt tannstell og oral sykdom.

**Metode:** Studien er en tverrsnittsstudie med kvantitativ tilnærming. Utvalget besto av 137 pasienter fra 12 bydeler i Oslo. Sykepleierstudenter på 2. året ved bachelorutdanningen ved Høgskolen i Oslo intervjuet pasientene med bruk av strukturert spørreskjema som en del av sin praksis i eldreomsorg. Risikofaktorer, hindringer og sykepleieansvar ble kartlagt.

**Resultater:** Tegn på risiko for tannsykdom var til stede hos 85 prosent av utvalget. Ingen av pasientene

var blitt inspisert i munnhulen av hjemmetjenestens ansatte.

**Konklusjon:** Denne studien viser at de fleste eldre i hjemmesykepleien i Oslo har egne tenner og dermed har et stort behov for forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling. Tannhelse bør få et mer systematisk og tydeligere fokus i hjemmetjenesten. Sykepleiere må endre holdninger og øke sin kompetanse, fordi tannhelse hos eldre er et sykepleieansvar.

# » Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien

Forfattere: Brit Fjæra, Tiril  
Willumsen, Hilde Eide

## NØKKELORD

- Eldre
- Tannhelse
- Risiko
- Hjemmesykepleie
- Sykepleie

## INTRODUKSJON

Infeksjoner i munnhulen kan forårsake smerter og dårlig lukt. Spredning av bakterier til lungene kan forårsake lungebetennelse hos pasienter med nedsatt allmenntilstand. En oversiktsartikkel fra 2008 konkluderer med at ett av ti pneumonidødsfall blant sykehjemspasienter kunne vært forhindret ved forbedret oral hygiene (1). Forebyggende tiltak kan være enkle undersøkelser som å inspisere pasientens munnhule og fjerne belegg og plakk. Godt munnstell er nødvendig både for å ivareta pasienters orale og generelle helse og deres verdighet og integritet (2). Det er funnet sammenheng mellom hvor mange naturlige tenner én person har og livskvalitet. Flere egne tenner innebærer bedre livskvalitet (3). En stor norsk undersøkelse av beboere på sykehjem gjennomført i 2004 viste at 54 prosent hadde egne tenner og eventuelt

delproteser, 43 prosent var tannløse med proteser og 3 prosent var tannløse uten proteser (4). Denne undersøkelsen viste også stor variasjon mellom fylkene og mellom institusjoner. Det er ikke gjort tilsvarende undersøkelser hos brukere av hjemmetjenesten.

Ivaretagelse av Eldres tannhelse er et tiltakende helseproblem både i hjemmetjenesten og på sykehjem (5). Tidligere var det ofte slik at de som hadde svake tenner var relativt unge da de fikk proteser. Om ti til 20 år vil eldre ha tannstatus preget av kroner, broer og implantater. Dette vil stille store krav til tannstell hos de eldre som på grunn av svekket helse ikke selv kan ivareta tann og munnhygiene. Pasienter med egne tenner vil ha et økt behov både for forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling. Antall tenner som er i behold gir økende risiko for sykdom i munnhulen, spesielt karies. I tillegg vil nedsatt evne til tannpuss på grunn av lamelser, munntørrethet på grunn av legemiddelbruk, og manglende oppfølging av tannhelsepersonell påvirke risikoen (6).

Tannhelse og munnhygiene synes å være et forsømt område og en lite prestisjefylt oppgave i sykepleien (7,8,9,10,11). Studier viser at kunnskapsnivået hos

pleiepersonalet er lavt og at dette også kan bidra til lav prioritering (10). Manglende trening, tidspress og lite kunnskap om orale sykdomsprosesser er også viktige faktorer (11). Munnen er et personlig område for pasientene og mange synes det er vanskelig å pusse andres tenner (2). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester § 3 slår fast at kommunen skal etablere et system for å sikre kvaliteten på tjenester som imøtekommer enkeltindividets grunnleggende behov, blant annet munnhygiene (12).

Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge risiko hos pasienten og hindringer i pasientens miljø som kan bidra til mangelfullt tannstell og oral sykdom.

## METODE

### Design og utvalg

Studien er en tverrsnittsstudie med kvantitativ tilnærming. Datainnsamlingen foregikk fra november 2006 til november 2007. Studenter i andre studieår ved sykepleieutdanningen ved Høgskolen i Oslo gjennomførte strukturerte intervju og klinisk inspeksjon av munnhulen hos pasienter i hjemmesykepleien i sine respektive praksisperioder. Pasienter med samtykkekompetanse som studentene var ansvarlige for ble fortløpende

invitert til å delta. Deltakelsen var frivillig og pasientene undertegnet skriftlig informert samtykke. Ansvarlig sykepleier vurderte samtykkekompetansen. 137 hjemmeboende pasienter fra 12 bydeler i Oslo samtykket i å være med i studien. I siste datainnsamlingsrunde registrerte studentene også de pasientene som takket nei til å delta og noterte begrunnelsene. I tabell 1 vises en oversikt over antall pasienter som deltok i hver periode.

**TABELL 1:** Datasamling.

Tidspunkt	Antall pasienter	Antall som takket nei
Høst 2006, pilotstudie	32	Ikke kartlagt
Vår 2007, pulje 1	70	Ikke kartlagt
Vår 2007, pulje 2	16	Ikke kartlagt
Høst 2007, pulje 3	96	45

### Spørreskjema

Spørreskjemaet vi brukte i studien ble utviklet av forfatterne basert på de aktuelle problemstillingene. Det var ingen validerte

instrumenter som kunne gi svar på spørsmålene vi ønsket å stille i denne artikkelen. Spørsmålene blir presentert under hvert delområde.

Intervjuet inneholdt spørsmål om sosiodemografiske variabler som kjønn, alder, antall måneder med hjemmesykepleie, diagnoser, vekt og høyde samt medisiner. I tillegg til opplysninger fra pasienten selv innhentet studentene bakgrunnsopplysninger fra sykepleiejournaler.

### Risikofaktorer

Tannstatus ble kartlagt ved hjelp av spørsmål om tannstatus i over- og underkjeve med tre alternativer: 1) hel protese, 2) delvis protese/delvis egne tenner og 3) kun egne tenner. Svarene ble kategorisert i egne tenner (pasienter med minst én egen tann) og helt tannløs.

Vi kartla tre risikofaktorer for karies (nedsatt førlighet, munntørrehet, legemiddelbruk) på denne måten: i) «Har du nedsatt førlighet/følsomhet i ansikt/munn? (ja/nei). Hvis ja, kan du beskrive nærmere?» «Har du nedsatt førlighet / følsomhet i armer/finger? (ja/nei). Hvis ja,

kan du beskrive nærmere?»), ii) Munntørrehet ble kartlagt med ett spørsmål om pasienten oftest følte seg tørr eller våt i munnen, og iii) Antall daglige medikamenter ble registrert som «ingen», «1–4» og «over 5».

### Miljøfaktorer

Vi kartla tannhelsevaner med ja/nei-spørsmålene «når var du sist hos tannlege?» og «går du regelmessig til tannlege?» Hvis det var over et år siden siste tannlegebesøk ba studenten pasienten utdype dette med følgende svarmuligheter: 1) «Har ikke hatt behov for tannbehandling, 2) «Økonomiske grunner, 3) «Praktiske grunner» og 4) «Annet».

Spørsmålet «går du regelmessig til tannlegen?» ble fulgt opp med nytt spørsmål: Har det blitt vanskeligere for deg å komme til tannlege?» Hvis ja, kan du si noe om hvorfor det har blitt vanskeligere?» med åpen svarkategori.

Vi kartla om pasienten syntes at han/hun har vansker med tannpuss, om han/hun ønsket hjelp til tannpuss og om han/hun hadde fått hjelp til tannpuss med ja/nei-spørsmål. Hvis pasienten

**TABELL 2:** Utvalgets kjennetegn

Antall deltakere	Pasienter med egne tenner n = 117 (37 menn, 80 kvinner)		Pasienter uten egne tenner n = 20 (5 menn, 15 kvinner)		P-verdi <sup>a</sup>
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	
Alder	80,6	10,5	82,2	7,8	0,42
Vekt	68,2	16,0	73,1	18,7	0,30
Høyde	167,3	10,8	167,2	9,1	0,97
BMI	24,4	5,0	25,8	4,9	0,27
Antall diagnoser	1,9	0,9	2,3	0,9	0,17
Legemidler	2,9	0,9	3,4	1,0	0,80
Tid hjemmesykepleie <sup>b</sup>	38,0	40,5	38,4	41,3	0,96

<sup>a</sup> T-test

<sup>b</sup> i måneder

svarte ja, fulgte et standardisert oppfølgings spørsmål: «Kan du beskrive nærmere?» Vansker med å komme til tannlege ble også kartlagt med ja/nei-spørsmål og vi spurte om utdypende kommentarer hvis svaret var ja.

### Kvalitetssikring

Vi spurte om pasienten hadde fått opplysning om rett til fri tannbehandling hos den offentlige tannhelsetjenesten (ja/nei) og om når noen fra hjemmesykepleien sist hadde observert pasientens munnhule.

### Inspeksjon av munnhulen

Pasientens munnhule ble inspisert etter følgende standardiserte indeks: Normalt utseende slimhinner og proteser uten belegg fikk 0 poeng, synlig plakk på protesen og normale slimhinner fikk 1 poeng, og røde slimhinner (protesestomatitt) og/eller plakkansamling på protese fikk 2 poeng.

### Forskningsetikk

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datateneste (NSD) og Regional

komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Norge (REK) godkjente forskningsprosjektet. 12 bydeler i Oslo ga tilatelse til å gjennomføre studien.

### Dataanalyse

Vi analyserte studiens kvantitative data med det statistiske programmet SPSS 16.0 og beskrev og sammenlignet pasientene med enkle beskrivende og sammenlignende analyser. Vi kategoriserte

likheter og ulikheter ved hvorfor pasientene valgte å ikke delta i studien.

### RESULTATER

Som vist i tabell 2 deltok flest kvinner (95 av 137) i studien. Gjennomsnittsalder var 80,8 år (standardavvik 10,0). Utvalget hadde i gjennomsnitt to diagnoser. 64,2 prosent oppga fra ingen til to diagnoser. 22,6 prosent oppga tre til fire diagnoser

” Våre funn tyder på svikt i systemet.

og rangerte utdypende data etter hyppighet; diagnoser, årsaker til nedsatt førlighet, årsaker til at det er vanskelig å komme til tannlege, og hvem som hadde informert om fri behandling og hvorfor de hadde problemer med tannpuss. Studentene registrerte hvilke pasienter som ikke ville delta i prosjektet i siste periode. Vi kategoriserte og sammenlignet begrunnelsene i forhold til

og 13,1 prosent oppga over fem diagnoser. En kategorisering av diagnosene viser følgende hovedgrupper sortert etter hyppighet: hjertesykdom, diabetes, hjerneslag, kreft, revmatisme, osteoporose, kols og multippel sklerose. I gjennomsnitt hadde pasientene mottatt hjemmesykepleie i 38,1 måneder (standardavvik var 40,6). Det var ingen statistisk signifikant forskjell på

**TABELL 3:** Risikofaktorer i forhold til tannsykdom<sup>a</sup>

Risikofaktorer for karies	Pasienter med egne tenner, n = 117		Pasienter uten egne tenner, n = 20		Alle
	n	(%) <sup>b</sup>	n	(%) <sup>c</sup>	n (%)
Nedsatt førlighet i armer og fingre	56	(47,9)	12	(60,0)	68 (49,6)
Tørre i munnen	61	(52,1)	13	(65,0)	74 (54,0)
Bruker mer enn fem legemidler	72	(61,5)	14	(70,0)	86 (62,7)
Har to av risikofaktorene	35	(29,9)	6	(30,0)	41 (29,9)
Har alle tre risikofaktorene	28	(23,9)	7	(35,0)	35 (25,5)
<b>Andre risikofaktorer</b>					
Fått tilbud om sjekk av hjemmesykepleien	0	(0)	0	(0)	0
Blitt informert om fri tannbehandling	48	(41,0)	4	(20,0)	52 (37,9)
Går ikke regelmessig til tannbehandling	72	(61,5)	1	(5,0)	73 (53,2)

a Pasienter helt uten egne tenner er skilt ut som en egen gruppe

b Antall og prosent av gruppen med egne tenner

c Antall og prosent av gruppen uten egne tenner

de som hadde egne tenner og de som ikke hadde.

I perioden med registrering av nei til deltakelse, takket 45 av 96 pasienter nei til å delta. Årsaker som ble oppgitt var psykiske lidelser, de ønsket ikke å bli utsatt for spørsmål, de ga avslag uten begrunnelse, de var blitt spurt før, hadde gebiss, det var for slitsomt, eller de manglet interesse og var for gamle til å holde på med sånt.

Halvparten (50,4 prosent) av pasientene rapporterte om nedsatt førlighet i armer og fingre. Pasientene hadde nedsatte førlighet som dårlig finmotorikk, kramper, pareser, nedsatt kraft, nummenhet, ulykker og ulike diagnoser som vanskeliggjorde bruk av hendene. 74,3 prosent av pasientene som oppga at de følte seg tørre i munnen, brukte fem legemidler eller mer per dag sammenlignet med 53,9 prosent av de som ikke følte seg tørre i munnen (Kji-kvadrat verdi = 6,32, frihetsgrader 1,  $p < 0.05$ ). Munntørrehet, mer enn fem daglige legemidler og nedsatt førlighet er alle risikofaktorer for karies. 15,3 prosent hadde ikke noen av disse risiko-

faktorene, 29,2 prosent oppga å ha en, 29,9 prosent oppga å ha to og 25,5 prosent oppga å ha alle tre risikofaktorene. Tabell 3 viser forekomst av kartlagte risikofaktorer.

I utvalget var det 48 prosent som svarte at det var over et år siden de hadde vært til tannlegen. De viktigste årsakene var transportproblemer og egne helseproblemer. Se tabell 4 for en oversikt over årsaker til at pasientene ikke gikk til tannlegen.

16 prosent hadde problemer med tannpuss, fordi de enten hadde smerter, nedsatt bevegelse i hånden, dårlig motivasjon, tette tenner eller dårlige tannbørster. Ti personer ønsket assistanse til tannpuss, mens seks fikk hjelp.

Ingen av pasientene svarte ja på at de var blitt undersøkt i munnen av noen fra hjemmesykepleien. 38 prosent av utvalget var blitt informert om sin rett til fri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Sykepleierstudentene informerte hyppigst om dette.

Resultatene i forhold til dette punktet er usikre. Mange av skjemaene er ufullstendige besvart –

dels fordi studentene syntes det var vanskelig å vurdere pasientenes tann- og munnstatus og dels fordi mange pasienter ikke ville åpne munnen. Vi har derfor ikke godt nok tallmateriale når det gjelder inspeksjon av pasientens munnhule. Det ble registret hvorfor mange pasienter ikke ville bli observert i munnhulen. Årsaker som ble oppgitt var sjenanse og redsel, mange år siden tannbehandling og at de ikke ville bli undersøkt i munnhulen da de ikke forsto poenget med dette. Noen tilbød studentene å se på protesene i stedet.

## DISKUSJON

Mer enn fire av fem pasienter i denne studien har minst én av risikofaktorene for karies: nedsatt førlighet, mer enn fem legemidler daglig eller subjektiv opplevelse av munntørrehet. Over halvparten har minst to av risikofaktorene. Samtidig ser vi at de som har ansvar for dem i hjemmesykepleien ikke følger opp det ansvaret de har med informasjon og inspeksjon av munnhule.

Større internasjonale studier påpeker at det er store utfordringer fremover i å finne gode løsninger for oral hygiene hos slagpasienter som har lammelser (13). I vårt materiale oppga over halvparten å ha lammelser i hender eller fingre og skulle ut fra dette være i samme risikokategori. Munntørrehet er en annen stor risikofaktor for oral uheld hos eldre i mange studier og oversiktsartikler (14,15). Også denne studien synliggjør at over halvparten av pasientene oppgir at de er munntørre. Sykepleiere og helsearbeidere kan lett kartlegge munntørrehet ved å stille pasientene enkle spørsmål (2) som: «føler du deg oftest tørr eller våt i munnen?», «gjør du stadig noe for å fukte munnen din?»,

**TABELL 4:** Årsaker til utsetting eller avlysning av tannlegebesøk (n=66)<sup>a</sup>.

Årsaker <sup>b</sup>	Pasienter med egne tenner (n= 49)	Pasienter uten egne tenner (n = 17)
	n	n
Transportproblemer	40	4
Helse	32	2
Praktiske grunner	21	1
Har ikke behov	17	14
Økonomiske grunner	8	1
Tilgjenglighet på tannlegekontoret	8	1
Redsel	3	0

a 66 pasienter som oppga mer enn ett år siden siste tannbehandling

b Noen pasienter oppga flere grunner

«må du stå opp om natten for å drikke noe?», eller «drikker du noe for å klare å svelge maten?» Hvis pasientene svarer ja på et eller flere av disse spørsmålene så skal munntørreteten behandles. Pasienten bør drikke nok. Dette kan være en utfordring fordi mange eldre drikker for lite (2). Andre tiltak kan være saliva-gel eller fuktighetsgivende olje på munnslimhinne og lepper, spyttstimulerende tabletter og sylrlige drops uten sukker. Munntørretet er spesielt plagsomt om natten og påvirker søvnkvaliteten. Smøring av munnslimhinner om kvelden og et glass vann på nattbordet er enkle tiltak.

Når det gjelder hindringer som kan påvirke oral helse ser vi at 48 prosent rapporterte mer enn ett år siden siste tannbehandling. Til sammenligning viste en stor undersøkelse i Norge fra 2005 at 78 prosent hadde vært hos tannlege siste år (16). Sett i sammenheng med økte risikofaktorer vårt pasientutvalg hadde, synes dette å indikere at pasientene i studien har hatt for lite kontakt med tannhelsetjenester. Selv pasienter som bare har proteser trenger tannlegetsyn. Spesielt når proteser og munntørretet opptrer sammen kan tannlegebehandling gi god bedring i funksjon. Hovedgrunnene pasientene angir for ikke å dra til tannlege er egne helseproblemer, mangel på transport eller ikke tilpassede tannlegekontorer. Transportproblemet burde være det enkleste å gjøre noe med, for eksempel ved gratis transport til tannlege.

Vi anser det som en betydelig hindring at ingen av pasientene har fått tilbud om undersøkelse av munnhulen fra sykepleier eller andre i hjemmesykepleien. En undersøkelse av munnhulen kunne avdekket sykdom i ten-

ner og tannkjøtt (17). Minst like viktig ville det være om hjemmesykepleien vurderte oral hygiene systematisk. Kommunehelsetjenesten har et klart ansvar for etablering av et system som sikrer pasientenes grunnleggende behov. Våre funn tyder på svikt i systemet.

Det kan virke som om pasientene ikke selv er i stand til å vurdere egne behov for hjelp til

## ” Oral hygiene i hjemmesykepleie og i institusjoner er et sykepleieansvar.

tannstell. Det var kun 16 prosent som mente de hadde problemer med tannpuss. Sett i relasjon til funn med hensyn til lammelser vil det trolig være vesentlig flere enn disse som objektivt ville ha behov for assistanse. Et tanke-kors er at cirka bare halvparten av dem som ønsket seg assistanse til tannpuss har fått det.

Årsakene pasientene oppga for ikke å delta i den kliniske undersøkelsen kan tolkes som vegring mot å blottlegge munnhulen. Vektlegging av oral pleie som intimområde blir problematisert og beskrevet i litteraturen (2). Det å vise munnhulen til et annet menneske oppleves som nært både for den som ser og den som blir sett på. Det kan se ut som om eldre pasienter synes det er mer intimt å få hjelp til munnhigiene enn daglig kroppslig hygiene. Dette er problemstillinger det bør forskes videre på.

Kun 38 prosent av pasientene i utvalget rapporterte at de var blitt informert om sine rettigheter til fri tannbehandling i offentlige tannhelsetjeneste. Samtidig ser vi at økonomiske forhold var en hindring for å gå regelmessig

til tannlegen. Systematisering av informasjon om pasientenes rett til gratis tannbehandling bør styrkes. Også kunnskap om betydningen av oral hygiene hos eldre bør få større plass i sykepleien. Helhetlig sykepleie inkluderer også pasientens munnhule.

De fleste eldre i denne studien hadde egne tenner. I en norsk studie fra 2008, som beskriver utviklingen av tannstatus i nor-

ske sykehjem fra 1988 til 2004, var andelen pasienter uten egne tenner sunket fra 71 prosent til 41 prosent (18). Gjennomsnittsalderen i utvalgene var 83,9 prosent i 1988 og 86,5 prosent i 2004. I vår studie er gjennomsnittsalderen noe lavere (80 år), men andelen pasienter uten egne tenner er vesentlig lavere (14,6 prosent). Funnene i denne studien støtter en utvikling som viser at eldre har økt antall egne tenner. Pasientene uten egne tenner i studien rapporterte om noe mer lammelser, legemiddelbruk og munntørretet. Datamaterialet gir ikke grunnlag for mer avanserte analyser. Men man kan spekulere på om pasienter uten egne tenner har hatt flere risikofaktorer lenger, noe som har ført til at de har mistet tennene.

Denne studien har flere begrensninger. Mange studenter deltok med å samle data. Og selv om studentene fikk obligatorisk undervisning og brukte strukturerte spørreskjema er det mulig at de hadde ulik kompetanse i selve gjennomføringen av intervjuet. Det strukturerte spørreskjemaet, pilotundersøkelse og

pasientens samtykkekompetanse bidrar likevel til intern validitet. Dette problemet ville antakelig vært større hvis de skulle intervjues åpent. Dette er et metode-spørsmål som bør undersøkes i videre studier. Tannstatus ble registrert ut fra pasientenes egne opplysninger. Det er vist i studier at dette er valid både når pasienten har proteser og egne tenner (19). Utvalget inkluderer ikke dementede, og ifølge studentene er det de friskeste som deltar. Antall som ikke ønsket å være med i studien er målt i siste periode. Sett i lys av dette kan man anta at det foreligger en utvalgsskjev-

het og det kan indikere en under-rapportering. Studien er foretatt i en storby og det er usikkert om resultatene er generaliserbare til distriktene.

### KONKLUSJON

Denne studien viser at de fleste eldre i hjemmesykepleien i Oslo har egne tenner og derfor et stort behov for forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling. De fleste pasientene har økt risiko for mangelfull oral hygiene og følgelig orale infeksjoner på grunn av nedsatt førlighet i hender og fingre, munntørrehet eller vansker med å komme seg

til tannlegen. En forutsetning for bedre ivaretagelse av eldres tannhelse er endring av organisering, mer kunnskap, endrede holdninger og effektiv handlingskompetanse hos pleiepersonalet. Oral hygiene i hjemmesykepleie og i institusjoner er et sykepleieansvar.

### TAKK

Takk til pasientene som var med, sykepleierne i hjemmesykepleien og til studentene som intervjuet. Studien er finansiert av avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo og Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo.

### REFERANSER

1. Sjøgren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56: 2124–30.
2. Willumsen, T, Wenaasen, M, Armingohar, Z, Ferreira, J Sykepleie og oral helse. Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt. Oslo, Gyldendal akademisk., 2008
3. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Qual Life Res*. 2008; 17: 227–35.
4. Gimmedstad AL (2006). Munnhelsen hos institusjonsboere i Norge. *Norsk Tannlegeforenings tidsskrift*, 116, 268–273
5. Newton JP The old and the disabled – the care priorities *Gerodontology*. 2007; 24(1): 1–2
6. WHO Oral health in ageing societies: Integration of oral health and general health [http://www.who.int/oral\\_health/events/Ageing\\_societies/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/events/Ageing_societies/en/index.html) 16. 04 2009
7. Mynorsk-Wallis, J, Davis, D.M. An assessment of the oral health knowledge and recall after a dental talk amongst nurses working with elderly patients: a pilot study. *Gerodontology*, 2004; 21: 201–4.
8. Wårdh, I, Andersson, L., Sörensen, S Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology*, 2008; 14: 28–32.
9. Wårdh, I. Oral health in nursing. Attitudes, priorities and education. doctoral thesis University of Gothenburg, Department of endodontology/oral diagnoses, 2002.
10. Andersson, F, Månsson, E. Munnvård, det glömda området i omvårdnad, Högskolan i Halmstad, 2007.
11. Weeks, J.C, Fiske. J Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff. *Gerodontology* 2006; 11: 13–7.
12. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 11/2004.
13. Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V. Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 18: CD003864.
14. Friedman PK, Isfeld D. Xerostomia: the «invisible» oral health condition *J Mass Dent Soc*. 2008; Fall; 57(3): 42–4
15. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc*. 2007; 138 Suppl: 15S–20S.
16. Holst D, Grytten J og Skau I. Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004 *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 212 – 6
17. Costello T, Coyne Nurses' knowledge of mouth care practices. *Br J Nurs*. 2008; 17: 264–8.
18. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*. 2008; 66: 368–73
19. Gustafsson A, Andersson K, Håkanson J, Klinge B. Validity and limitations of self-reported periodontal health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30: 431–7.



# Mangel på rutiner

› Det er behov for større bevissthet om hvor viktig det er med godt munnstell i hjemmetjenesten.

## Av Målfrid Schiager

Fagkonsulent, Haugtun omsorgssenter, Undervisningssykehjemmet i Oppland

Artikkelen beskriver en studie av tannhelsen hos pasienter i hjemmetjenesten i Oslo. Erfaring fra eget arbeidssted er at vurdering av de eldres tannhelse er et nedprioritert område. Ved en gjennomgang av tiltaksplanene hos et utvalg pasienter er det svært få som har beskrevet tannpuss som en del av morgen- og kveldsstell. Dette betyr ikke nødvendigvis at pasientene ikke får hjelp til tannpuss, men egen erfaring tilsier at det hos mange pasienter vil bli litt tilfeldig om de får tilbud om hjelp til tannpuss eller ikke. Når pasientene gir uttrykk for at de har smerter eller plager i munnhulen gjør de ansatte en vurdering av hvilke tiltak som bør settes i verk. I noen tilfeller får de da hjelp til å bestille time hos tannlege, i andre tilfeller iverksettes hyppigere munnstell. Hvis personalet har mistanke om at plagene skyldes sopp i munnen kontaktes som regel fastlegen for å vurdere om det er behov

for behandling. Det finnes ingen rutiner eller innarbeidet praksis for kartlegging av tannstatus og systematisk vurdering av pasientenes tannhelse. Kommunen har et internt kursprogram hvor tannpleier ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten ved flere anledninger har holdt kurs om munnstell

Alle pasienter som mottar hjelp til personlig hygiene en gang ukentlig i mer enn tre måneder har rett til fri tannbehandling hos den offentlige tannhelsetjenesten. I løpet av vinteren 2009/2010 ble det i samarbeid med tannpleier i den offentlige tannhelsen utarbeidet et informasjonsskjema om retten til fri tannbehandling. Skjemaet ble først delt ut til alle pasienter som allerede hadde fått tildelt tjenester fra hjemmesykepleien. Dette arbeidet var det hjemmetjenestens personale som utførte. Etter 1. februar 2010 er det kommunenes tildelingskontor som har

ansvaret for å dele ut skjemaet til de pasientene som har rett til fri tannbehandling. Skjemaet inneholder foruten info om retten til fri tannbehandling, adresser til offentlige tannklinikker i kommunen. Skjemaet er også utformet slik at pasientene kan skrive under på om de ønsker tilbud om gratis tannbehandling og om de samtykker i at tannlegen kan innhente nødvendige helseopplysninger fra hjemmetjenesten. Pasientene sender selv svarslippen tilbake til tannklinikken. I mange tilfeller har hjemmetjenestens personale vært behjelpelig med å returnere dette skjemaet for de pasientene som ønsker det.

Les artikkelen på side 100



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Artikkelen viser at individualisert musikk ser ut til å ha positiv innvirkning på utfordrende atferd hos personer med demens.

**Mer om forfatterne:**

Line Kildal Bragstad er ergoterapeut, master i helsefagvitenskap (MHSc) og stipendiat. Marit Kirkevold er sykepleier, Doctor of Education (Ed. D) og professor. Begge er

ansatt ved avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Kontaktperson: l.k.bragstad@medisin.uio.no



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt  
Personen på bildet har ingenting med artikkelens tema å gjøre

**Studiens bakgrunn:** Det finnes per i dag ingen helbredende behandling for demens. Symptomlindrende miljøbehandling benyttes imidlertid i økende grad i det norske helsevesenet. Individualisert musikk er en av disse miljøbehandlingene som kan utføres av pleiere uten musikkterapeutisk utdanning.

**Hensikt:** Å undersøke hva den tilgjengelige vitenskapelige forskningslitteraturen sier om bruk av individualisert musikk for personer med demens.

**Metode:** Systematiske søk i data-

basene Cochrane, Cinahl, Medline, PsychINFO, Embase, Amed og RILM Music Abstracts ble gjennomført i mars og oktober 2009.

**Resultat:** Elleve empiriske studier ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Samtlige studier benyttet individualisert musikk som atferdsmodifiserende tiltak med fokus på utfordrende atferd. Gjennomgangen viser at intervensjonen implementeres på ulike måter, til forskjellige tider, på ulike steder, med varierende varighet og av forskjellige fagpersoner. Opplæring av personene som skal gjennomføre

intervensjonen behandles svært overfladisk. Alle studier viser imidlertid at intervensjonen reduserer den utfordrende atferden. Studiene som er av varierende kvalitet viser positive tendenser.

**Konklusjon:** Resultatene tydeliggjør at individualisert musikk implementeres på ulike måter og forankres i ulike teoretiske rammeverk. Litteraturgjennomgangen peker på at intervensjonen kan ha positiv effekt for personer med demens. Likevel avslører litteraturgjennomgangen sparsom kunnskap på feltet. Mer forskning er nødvendig.

# » Individualisert musikk for personer med demens

Forfattere: Line Kildal Bragstad og Marit Kirkevold

## NØKKELORD

- Demens
- Eldre
- Musikterapi
- Litteraturstudie

## INNLEDNING

I dagens Norge har mellom 65 000 og 70 000 mennesker en demenssykdom (1–4). Forekomsten stiger med alderen, og er for aldersgruppen 65–69 år 0,9 prosent, mens den fra 90 år og oppover øker til 40,7 prosent (1;4). Selv om ingenting tyder på at demenssykdommer opptrer hyppigere nå enn tidligere, vil flere enn før leve lenge nok til å få demens (3–5). Fellesbetegnelsen «demens» brukes om tilstander forårsaket av ulike hjerneorganiske sykdommer (1) og kjennetegnes ved et kronisk og irreversibelt svekket kognitiv funksjonsnivå (svikt i hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon), samt endret sosial atferd (1;3). Demens forekommer i ulike former og alvorlighetsgrader, og gir seg uttrykk i et sammensatt symptombylle med forskjellige kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer, med store

individuelle variasjoner (1–3;5;6). Atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens (APSD), også kalt «utfordrende atferd», kan være en belastning for både pasienter, pårørende og omsorgsgivere (1;3). Atferdsendringer kan uttrykkes som fysisk aggresjon, irritabilitet, vandring, rastløshet, uro, roping, gråting, og repeterende handlinger (1;3;6). Psykiske symptomer omfatter blant annet vrangforestillinger, paranoia, hallusinasjoner, depresjon, søvnløshet, angst og ustabilit humør (1;3;6). Symptomene kan forekomme i varierende grad og ulike kombinasjoner i alle stadier, men har en tendens til å øke når sykdommen progredierer (6). Symptomene medfører svekkelse av essensielle funksjoner knyttet til dagliglivets aktiviteter (1;3), ofte ledsaget av vesentlig nedsatt livskvalitet for den demensrammede selv og deres omgivelser. Per i dag finnes det ingen behandling som kan helbrede eller reversere sykdomsutviklingen. Ulike miljøbehandlingstiltak kan derimot bidra til å bedre situasjonen for personer med demens.

## MILJØBEHANDLING

Miljøbehandling vektlegger relasjoner og de terapeutiske prosessene som finnes i pasientens miljø (7;8), gjennom tilrettelegging av

fysiske, psykiske og sosiale forhold (7–9). Miljøbehandling favner et bredt og mangfoldig fagfelt (1;7;9;10) og har som målsetting å bedre funksjonsevnen i dagliglivet (1) og øke trivsel, livskvalitet og velvære (9).

Miljøbehandling i form av musikk omfatter en rekke praksisformer og profesjonsroller (11–14), inklusive aktive musikkterapeutiske tiltak som sang og dans i grupper, passiv lytting til musikk, ofte for å lindre smerter og andre symptomer, samt individualiserte musikkintervensjoner (12;13;15–18). Flere tidligere litteraturgjennomganger har sett på effekt av musikk ved demens (12;15–21). Musikktiltakene er varierte i alle, bortsett fra én gjennomgang som fokuserer spesifikt på intervensjoner på individnivå som benytter pasientens foretrukne musikk (19). Sistnevnte har mange paralleller til foreliggende litteraturgjennomgang, men inkluderer kun studier som er publisert frem til og med 2001. Samlet sett konkluderer litteraturgjennomgangen med at musikk viser seg å ha potensial for reduksjon av utfordrende atferd (18;19;21) og kan utgjøre et viktig alternativ til farmakologiske og fysiske intervensjoner for denne pasientgruppen (18–20). Disse

resultatene er imidlertid befestet med usikkerhet, både fordi det fremstår som uklart hvordan og hvorfor musikken har virkning (18) og fordi den eksisterende forskningen har en del svakheter og begrensninger når det gjelder metode (15;18–21).

Individualisert musikk som benyttes i tiltakende grad i eldreomsorgen, og som kan utføres av pleiere uten musikkterapeutisk utdanning, er viet liten oppmerksomhet foreløpig. Fordi individualisert musikk er i tråd med en personorientert tilnærming, som anses som viktig i pleie og omsorg for personer med demens (22) og er enkel å benytte i praksis, kan den være et potensielt viktig tilskudd. Hensikten med litteraturnomgangen er å undersøke hva den tilgjengelige vitenskapelige forskningslitteraturen sier om bruk av individualisert musikk for personer med demens.

## METODE

Systematiske søk i databasene Cochrane, Cinahl, Medline, PsychINFO, Embase, Amed og RILM Music Abstracts ble gjennomført i mars og oktober 2009. Søkene ble begrenset til fagfelle-vurderte publikasjoner publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk med en studiepopulasjon

i aldersgruppen 65+. Søkeordene «individualized music», «preferred music» og «favorite/favourite music» ble benyttet for å favne studier som omhandler musikk som individuell intervensjon for personer med demens. For å sikre tilgang til alle relevante studier ble søket utvidet med de medisinske emneordene (MeSH) «music», «music therapy» og «dementia».

I kvalitetsvurderingen ble studiene vurdert i forhold til en rekke spørsmål (tabell 1). En inkluderende tilnærming ble lagt til grunn siden det finnes lite forskning på området. Dette betyr ikke at alle eksisterende studier er inkludert. Studiene som var mangelfullt beskrevet i tilknytning til flere av kvalitetskriteriene ble ekskludert. Dersom de var mangelfulle i forhold til ett av kriteriene ble de ikke ekskludert, såfram den samlede vurderingen var at artikkelen ga en pålitelig redegjørelse av studien (23).

## RESULTAT

Det første litteratursøket resulterte i totalt 104 vitenskapelige publikasjoner. Titler og sammendrag av disse ble vurdert. De 25 publikasjonene som etter første gjennomgang ble vurdert som potensielt relevante ble forsøkt fremskaffet i fulltekst for videre vurdering. I neste runde

ble 16 studier som ikke brukte musikkintervensjonen på en individualisert måte, hvor artiklene ikke beskrev empiriske studier og hvor studiepopulasjonen ikke var personer med demens, ekskludert. En gjennomgang av de inkluderte artiklenes litteraturliste avdekket ytterligere tre artikler som ble inkludert. I det siste litteratursøket i oktober 2009 ble én ny artikkel vurdert som relevant og følgelig inkludert (figur 1).

Etter grundig kvalitetsvurdering ble to artikler ekskludert. Felles for de ekskluderte studiene var at de benyttet egenkomponerte sjekklister for kartlegging av atferd og måling av effekt i stedet for anerkjente validerte instrumenter. De hadde dessuten ingen klar forankring i et teoretisk rammeverk og mulige virkningsmekanismer ble ikke diskutert. Totalt er elleve artikler inkludert i denne litteraturnomgangen (tabell 2).

Studiene i utvalget er relativt små, antall inkluderte pasienter varierer fra fire til 57, men til sammen inkluderer de elleve studiene 263 pasienter. De aller minste studiene er casestudier som tilfører litteraturnomgangen viktig innsikt i hvordan individualisert musikk kan gjennomføres og ha positiv effekt på individnivå. De andre studiene med større utvalg og tilhørende statistiske analyser tilfører innsikt i intervensjonens effekt på gruppenivå. Vi vurderer det som viktig å inkludere begge disse nivåene i litteraturnomgangen. Studienes forskningsdesign varierer fra casestudier til større kliniske kontrollerte studier og randomiserte kontrollerte studier (RCT). Anerkjente standardiserte og validerte utfallsmål ble benyttet i nesten alle studiene. Likeledes har nesten alle forankret studiene i et teoretisk rammeverk

**TABELL 1:** Kvalitetsvurdering av publikasjoner

### Spørsmål benyttet ved kvalitetsvurdering av publikasjonene

Er studiens hensikt og/eller problemstilling tydelig beskrevet?

Benytter studien et teoretisk rammeverk, og er dette tydelig beskrevet?

Er utvalget av pasienter tilfredsstillende beskrevet?

Hvilken forskningsmetode benyttes og er studiedesignet hensiktsmessig for å belyse problemstillingen?

Er musikkintervensjonens fremgangsmåte redegjort for og beskrevet på en tilfredsstillende måte?

Hvilke utfallsmål er benyttet, er de pålitelige og tilstrekkelig redegjort for?

Hva er resultatene av studien, og er disse redegjort for på en god og oversiktlig måte?

som sier noe om antatte årsaker til effekt av intervensjonen.

### INDIVIDUALISERT MUSIKK

«Individualisert musikk» brukes i denne litteraturgjennomgangen som samlebegrep. I vår bruk av begrepet inkluderes alle tilnærminger der musikk brukes som individualisert intervensjon for personer med demens, altså brukes begrepet her i en videre forstand enn i metoden «Individualized Music» (24;25). Begrepet «individualized music» benyttes i omtrent halvparten av studiene (26–30). Andre begreper som brukes er «preferred music» (31–33), dette er en mindre spesifikk betegnelse, brukt både innen musikkterapi og demensforskning om musikk som velges etter personlig smak. «Familiar music» (34) og «favorite music» (35) benyttes av enkelte og er mer allmenne betegnelser uten spesifikk tilknytning til helsevesenet eller eldreomsorgen.

Individualisert musikk kan

defineres som musikk som har vært en del av pasientens liv, og som er valgt på bakgrunn av personens tilkjennegitte preferanse (29;30). Intervensjonen skal dessuten være tilpasset hver enkelt person og gis individuelt. Ved bruk av denne metoden dreier det seg om å velge musikk som pasienten har et forhold til og som man vet at hun/han liker (36). Kartlegging av pasientens musikkpreferanse er sentralt. Standardiserte validerte kartleggingsskjema benyttes i enkelte tilfeller og fylles ut i samarbeid med pasienten (28;30) eller pårørende (26;29). Hyppigst er derimot kartlegging av preferanse gjennom mer uformelle samtaler med pårørende eller personale på sykehjemmet som kjenner pasienten godt (27;31;32;34;35;37).

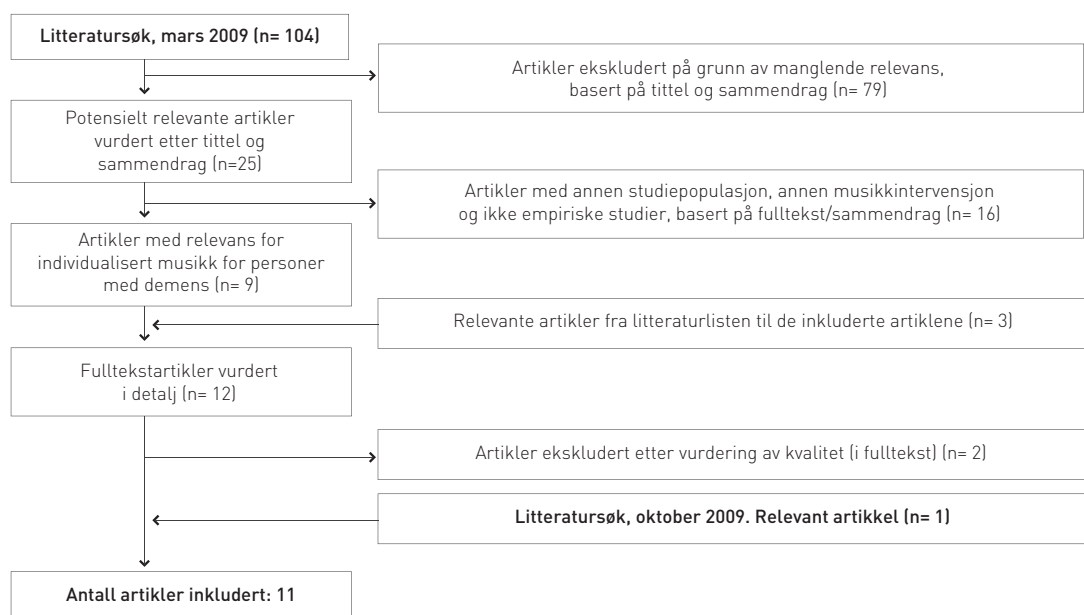
### HVORDAN VIRKER METODEN?

Studiene i denne litteraturgjennomgangen hadde som mål å påvirke den demensrammedes atferd, gjennom å motvirke

verbal forstyrrende atferd (37), aggressiv atferd (32) eller agitert atferd (26–31;33–35). De fleste studiene redegjør for konkrete teoretiske rammeverk (26;28–31;33;35;37), mens mulige virkningsmekanismer kun diskuteres indirekte i tre studier (27;32;34). Sistnevnte refererer og bygger imidlertid videre på litteratur som har et teoretisk rammeverk.

En av de tidligste studiene (26) og den ferskeste studien (30) støtter seg på et teoretisk rammeverk hvor premisset er at en persons forstyrrende interaksjon med sine omgivelser (agitert atferd) oppstår når stress i omgivelsene overgår personens stressterskel. I forlengelsen av dette har Linda Gerdner utviklet en «mid-range» teori om individualisert musikk mot agitasjon (IMIA – «Individualized Music Intervention for Agitation») (36). IMIA er en del av det teoretiske rammeverket i flere studier (28–30). Fire hovedelementer er sentrale i IMIA:

**FIGUR 1:** Artikkellutvelgelse



**TABELL 2:** Funn i litteraturgjennomgangen

Forfatter, utgivelsesår	Land	Hensikt	Design/ Metode	Deltakere	Resultat
Clark, Lipe og Bilbrey, 1998 [32]	USA	Undersøke effekt av innspilt preferansebasert musikk på reduksjon av forekomst av aggressiv atferd ved stell av personer med Alzheimer	Experimental crossover design	18	Det ble observert færre tilfeller av aggressiv atferd, for 12 av 15 adferdsvariabler, når musikk basert på pasientens preferanse ble spilt under stell i motsetning til stell uten musikk
Cohen-Mansfield og Werner, 1997 [37]	USA	Kartlegge i hvilken grad video av familiemedlemmer, sosial interaksjon (ansikt-til-ansikt) og individualisert musikk har effekt for sykehjempasienter med verbal forstyrrende atferd	Crossover design	32	Intervensjonene med interaksjon (ansikt-til-ansikt og med video) var mest effektiv, selv om alle intervensjonene – også individualisert musikk – var signifikant mer effektiv enn kontrollen uten intervensjon
Garland, Beer, Eppingstall og O'Connor, 2007 [31]	Australia	Sammenligne effekten av to individualiserte psykososiale intervensjoner på redusert frekvens av fysisk og verbalt agitert atferd hos personer med demens i sykehjem	Crossover design	30	Moderat og varierende effekt på reduksjon av fysisk og verbal agitert atferd
Gerdner og Swanson, 1993 [26]	USA	Utforske hvilken effekt individualisert musikk har på forvirrede og urolige pasienter som er beboere på en langtids-avdeling på et sykehjem	Case studie	5	Frekvensen av den utfordrende atferden ble redusert (med varierende størrelse) for 4 av de 5 deltagerne underveis i intervensjonen og for alle 5 deltagere den første timen etter intervensjonen
Gerdner, 2000 [28]	USA	Sammenligne umiddelbar og gjenværende effekt (etter 30 minutter) av individualisert musikk i forhold til klassisk «avslapningsmusikk» for personer med Alzheimer med utfordrende agitert atferd	Experimental repeated measures pretest-posttest crossover design	39	Større og mer varig reduksjon i frekvensen av agitert atferd med individualisert musikk (signifikant reduksjon på alle måletidspunkt) sammenlignet med den klassiske «avslapningsmusikken» (signifikant reduksjon kun på to måletidspunkt) målt på seks tidspunkt under intervensjon og den første halvtimen etter
Gerdner, 2005 [29]	USA	Undersøke effekt av individualisert musikk som intervensjon, gitt av pleiere og pårørende, mot utfordrende, agitert atferd hos personer med demens	Pilotstudie – mixed methodology	8	Signifikant reduksjon av agitert atferd på dagskiftet uke 1–4: 25,6 % (95 % KI: 16,7 %–33,5 %, $p < 0,001$ ) uke 5–8: 23,6 % (95 % KI: 14,1 %–32,2 %, $p < 0,001$ ) og tilsvarende signifikant reduksjon på kveldsskiftet uke 5–8: 15,4 % (95 % KI: 4,8 %–24,9 %, $p < 0,001$ ). Det var ingen signifikant reduksjon av agitert atferd på kveldsskiftet de fire første ukene
Hicks-Moore og Robison, 2008 [35]	Canada	Undersøke effekt av favorittmusikk og håndmassasje på reduksjon av utfordrende atferd hos pasienter med moderat demens	Experimental 3 x 3 repeated measures design (crossover design)	41	Favorittmusikk og håndmassasje individuelt og kombinert har effekt og gir en signifikant reduksjon av verbal agitert atferd (FCORR=24,74, $p = 0,001$ ) umiddelbart etter intervensjonen og en time etter intervensjon
Park og Specht, 2009 [30]	USA	Undersøke effekt av individualisert musikk mot agitasjon hos hjemmeboende personer med demens	Pilotstudie – crossover design	15	Signifikant reduksjon av agitasjon mens ( $t = 3,58$ , $df = 28$ , $p < 0,05$ ) og etter ( $t = 2,72$ , $df = 28$ , $p < 0,05$ ) pasienten hørte på musikk i forhold til før musikken. Ikke signifikant lavere mens musikken ble spilt i forhold til etterpå. Ingen signifikant forskjell mellom uker med musikk og uker med kontroll

Forfatter, utgivelsesår	Land	Hensikt	Design/ Metode	Deltakere	Resultat
Ragneskog, Asplund, Kihlgren og Norberg, 2001 (27)	Sverige	Undersøke om individualisert musikk reduserer agitert atferd og fører til følelsesmessige reaksjoner hos pasienter med alvorlig demens	Case-studie	4	Mindre uttalt agitert atferd for to av pasientene
Sung, Chang og Abbey, 2006 (33)	Taiwan	Undersøke effekten av individualisert musikk på agitert atferd hos pasienter med demens	Kvasi-eksperimentell studie	57	Signifikant effekt for redusert agitasjon generelt ( $t=-2,19$ , $p<0,05$ ) og fysisk ikke-aggressiv atferd spesielt ( $t=-3,73$ , $p<0,001$ ) mellom intervensjons- og kontrollgruppen
Thomas, Heitman og Alexander, 1997 (34)	USA	Evaluere hvilken effekt musikk har på Alzheimer pasienters samarbeidsvilje ved bading	Kvasi-eksperimentell studie	14	Signifikant endring for aggressiv atferd ( $Q=34,511$ , $p=0,000$ ), men ikke for unnvikende atferd, fysisk ikke-aggressiv atferd eller verbalt agitert atferd

Kognitiv svikt, modell for senket stressterskel, agitasjon og individualisert musikk (36). Kognitiv svikt ansees å være en nøkkelfaktor som predisponerer for agitert atferd. Dette skyldes en nedsatt evne til å motta og tolke stimuli. Stimuli personen ikke klarer å tolke, vil oppleves som stress. Den kognitive svikten bidrar til en stadig synkende stressterskel og forhøyet potensial for engstelse. Overstimulering i omgivelsene i kombinasjon med senket stressterskel kommer til uttrykk gjennom agitert atferd (36).

Flere studier (26;28;29;33) legger til grunn en forståelse av at musikk endrer pasientens fokus og leder oppmerksomheten mot stimulus som personen med demens kan tolke (musikken), samtidig som den ledes bort fra stimuli som oppfattes som ubehagelige. Musikk som tidligere har vært en del av pasientens miljø kan dessuten vekke minner knyttet til positive følelser hos personer med demens (26;28;29;33;35). Musikk som fremkaller positive minner fra fortiden antas å ha en lindrende effekt og kan hindre eller redusere den agiterede atferden.

Et annet teoretisk perspektiv antar at inkongruens mellom

den demensrammedes behov og i hvilken grad omgivelsene tilfredsstillende disse, er en utløsende faktor for utfordrende atferd (31). Fysisk agitert atferd kan skyldes utilfredsstilte behov for aktivitet og stimulering, mens verbal agitert atferd delvis kan komme av ensomhet og depresjon (38).

Verbal forstyrrende atferd kan også forstås som en naturlig reaksjon på fysisk smerte, og forsterkes hos personer som har vanskelig for å kommunisere. Smerten kommuniseres derfor gjennom skriking og roping. Atferden kan dessuten forstås som en konsekvens av sosial isolasjon og sansetap eller mangelfull sansestimulering i et institusjonsmiljø (37). Undersøkelse og behandling av eventuelle underliggende årsaker til smerter og fysisk ubehag samt sansestimulering i kontrollerte former, gjennom bruk av blant annet musikk, antas å redusere verbal forstyrrende atferd (37).

## EFFEKT OG RESULTATER

Alle studiene måler effekt gjennom å registrere antall tilfeller av bestemte typer atferd i et fastsatt tidsrom. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) er et

validert og reliabelt instrument som er utformet for å kartlegge 29 agiterede atferdstyper på en syv punkts hyppighetsskala fra («aldri» til «flere ganger i timen») over en to ukers periode (39). CMAI og modifiserte utgaver av CMAI brukes hyppigst i denne gjennomgangen (26;28–31;33–35;37). Systematisk videoanalyse og Facial Action Coding System (FACS), en teknikk som brukes for å identifisere bestemte bevegelser i ansiktsmuskulaturen, benyttes i den ene studien (27). I den siste studien (32) ble frekvens av utfordrende atferd telt og registrert på en sjekkliste med oversikt over de aktuelle atferdstypene.

Majoriteten av studiene viser statistisk signifikant reduksjon av utfordrende atferd (28–30;32–35;37). Casestudiene (26;27) viser også til positive resultater for enkelte deltakere. Den siste studien fremhever imidlertid at resultatene viser moderat og varierende effekt (31). I denne studien viste 50 prosent av deltakerne markant reduksjon av antall utfordrende atferdsepisoder. Imidlertid ble resultatene samlet sett undergravd på grunn av at intervensjonen hadde liten eller negativ effekt på andre deltakere (31). Samtlige studier

i gjennomgangen viser dog at intervensjonen har positiv effekt på pasientenes atferd i form av reduksjon i antall og frekvens av utfordrende atferd (tabell 2).

### IMPLEMENTERING

Tidspunktet for implementering av musikkintervensjonen fremheves som viktig for at musikken skal ha ønsket effekt. Flere studier angir tidspunktet for intervensjon til å være det tidspunktet hvor pasientens atferd er mest forstyrrende, idet den når sitt høydepunkt på dagen (27;31;37). Andre mener intervensjonen må gis før den agiterte atferden når sitt høydepunkt, anslagsvis 30 minutter før (28–30). I én studie (26) blir intervensjonen lagt til et bestemt tidspunkt på ettermiddagen, mellom kl. 15.30 og 16.00. I andre studier gis den på ettermiddagen (33) eller til ulike tidspunkt på ulike dager (35), uten nærmere spesifisering. I studien hvor musikk brukes i forbindelse med stell, avhenger tidspunktet av når på døgnet stellet utføres (32;34).

Det varierer mellom studiene hvor pasienten befinner seg når intervensjonen blir gitt. I studien som undersøker bruk av individualisert musikk for hjemmeboende personer med demens (30) angis ikke hvor i hjemmet intervensjonen gis. De resterende ti studiene tar for seg sykehjemsbeboere med demens. I noen tilfeller blir musikken spilt for pasienten på hans/hennes rom (27;35;37) eller i dagligstuen (27;35). I andre studier oppgis det at sted for intervensjon er det stedet i institusjonen hvor pasienten tilbringer majoriteten av sin tid (26;28). I de tilfellene hvor musikk brukes i forbindelse med stell (32;34), spilles musikken på baderommet. Flere av studiene oppgir imidlertid ikke hvor intervensjonen finner sted (29;31;33).

Varigheten av den individualiserte musikkintervensjonen varierer også. Sju av studiene oppgir at musikken ble spilt for pasienten i 30 minutter (26–30;33;37). I studien hvor den individualiserte musikken anvendes for å modifisere atferd i forbindelse med bading eller stell er ikke varigheten angitt nærmere (32;34). I de to resterende studiene ble musikken spilt i ti (35) eller 15 minutter (31).

Den ferdiginnspilte musikken avspilles på ulike måter. I majoriteten av studiene ble CD- eller kassettpiller med vanlige høytlere brukt (26–30;32;34;35;37), mens bærbar kassettpiller med hodetelefoner ble benyttet i én studie (31). Den siste studien spesifiserte ikke hvordan musikken ble spilt for pasientene (33).

### IVERKSETTING

Forskere eller forskningsassistenter implementerte intervensjonen i mange av studiene i litteraturgjennomgangen (26–28;31;35;37). Her hadde forskerne ansvar for gjennomføringen, inkludert kartlegging av atferd, implementering av musikktiltak samt, med unntak av to studier (28;37), observasjon av og registrering av atferd under og etter intervensjonen. I sistnevnte to studier bidro avdelingens personell som kjente pasientene godt med utfylling av kartleggingsskjema knyttet til pasientenes atferd. I to studier ble intervensjonen gitt av personell på sykehjemmet, både hjelpepleiere og sykepleiere (29;34). I én studie ble pårørende involvert i musikkintervensjonen i tillegg til pleierne (29), mens pårørende hadde overordnet ansvar i den siste studien (30).

Én studie redegjør for opplæring av personalet (34) og en annen for opplæring både av personell og pårørende (29). I den ene

studien deltok alle hjelpepleiere i et tre uker langt opplæringsprogram i forkant av forskningsstudien (34). Programmet inkluderte tolkning av atferd i samsvar med kartleggingsinstrumentet, gjennomgang av prosedyrer for stell, prinsipper for valg av musikk og vurdering av volum. I den andre studien ble et strukturert opplæringsprogram gjennomgått av både pasientenes pårørende og ansatte ved sykehjemmet (29). Opplæringen besto av en 45 minutters interaktiv opplæringsøkt med fokus på teoretisk rammeverk for forståelse av agitasjon, samt praktisk bruk av individualisert musikk som et alternativ for å takle agitasjon hos den demensrammede. I tillegg ble deltakerne utstyrt med skriftlig kursmateriell og hvert vaktrom på sykehjemmet ble utrustet med en protokoll for gjennomføring av intervensjonen og relevante artikler.

### DISKUSJON

Funnene i denne litteraturgjennomgangen er i stor grad sammenfallende med litteraturgjennomgangen fra 2005 (19), men inkluderer fem nyere studier. Det amerikanske helsedepartementet (25) anbefaler at individualisert musikk brukes som atferdsmodifiserende tiltak, det er også tilfelle i studiene vi har gjennomgått. Det synes å være enighet om at musikk kan brukes bevisst for å overskygge forstyrrende stimuli i omgivelsene, ved å bringe forståelige stimuli (musikken) i forgrunnen. Mange fremhever dessuten musikk som en katalysator for positive minner fra fortiden og at disse minnene kan bidra til å modifisere den agiterte atferden. Samtidig må man da være åpen for at musikken også kan frembringe vonde og problematiske minner, selv om dette i liten grad er drøftet i de inkluderte studiene.



Løpende oppfølging og vurdering av musikkintervensjonen er nødvendig for å forsikre seg om at intervensjonen har ønsket virkning for den enkelte. Vi trenger mer kunnskap om hvorvidt individualisert musikk kan fremme velvære og trivsel i situasjoner der atferdsmodifiserende tiltak ikke er nødvendig.

Kartlegging av musikkpreferanse er sentralt for å kunne individualisere tiltaket. Denne kartleggingen praktiseres ulikt. Selv om noen bruker standardiserte skjema ser det ut til at samtaler med pårørende og personell som kjenner pasienten er den vanligste tilnærmingen. Det er få som tematiserer muligheten for systematisk kartlegging av pasientens reaksjon på musikken eller for å samtale med pasienten selv om hvilken musikk han/hun liker og vil høre på. Disse tilnærmingerne burde kunne utforskes i større grad.

Det synes å være bred enighet om at kartlegging av pasientens agiterte atferd er viktig for å avgjøre når intervensjonen skal gis. Det tidspunktet på dagen hvor pasientens atferd er mest forstyrrende er i fokus i mange av studiene. Men det forblir likevel uavklart hvilket tidspunkt som er mest hensiktsmessig for intervensjon: før høydepunktet nås, idet høydepunktet nås eller et vilkårlig tidspunkt på dagen. Her er mer forskning påkrevd.

Studiene gir ingen entydig anbefaling om hvor intervensjonen bør gis. For sykehjemsbeboerne blir dagligstuen eller deres rom hyppig benyttet. Hovedsaken synes å være å finne et sted hvor pasienten er kjent og føler seg trygg, samtidig som forstyrrende stimuli i omgivelsene begrenses. Varigheten av musikkintervensjonen varierer i studiene vi har gjennomgått. Majoriteten beregner en

periode med musikk i 30 minutter, men i flere studier er varigheten kortere. Demensrammede har ofte problemer med konsentrasjonsevnen, så nøkkelen synes å være å finne en varighet som passer den enkelte. Intervensjonen må gis lenge nok til å ha effekt, men ikke

personale og i noen tilfeller pårørende har fått opplæring i bruk av kartleggingsinstrumentene som brukes til observasjon og registrering av atferd, men kun to studier tematiserer opplæring med fokus på musikkintervensjonen og dens teoretiske rammeverk. En

## ” ” Opplæring og oppfølging av personene som skal gjennomføre intervensjonen bør gis større fokus.

lengre enn pasienten klarer å holde konsentrasjonen. Dette kan variere betydelig fra person til person. Musikk som spilles på kassett- eller CD-spiller gjennom vanlige høytalere er hyppigst brukt i de inkluderte studiene, mens noen benyttet hodetelefoner. Gjennomgangen gir ingen entydige svar på hva som er mest hensiktsmessig. Det kan tenkes at bruk av hodetelefoner i noen tilfeller vil være mest formålstjenlig. Dette fordi hodetelefonene kan bidra til å eliminere bakgrunnsstøy og fordi mange eldre har nedsatt hørsel. Dessuten kan dette være hensiktsmessig hvis tiltaket gjennomføres i fellesrom hvor det er flere til stede. Vi antar at hovedsaken er at musikken spilles på en måte og med et volum som er tilpasset den enkeltes preferanser, samtidig som intervensjonen ikke er til sjenanse for andre.

Gjennomgangen viser at det er stor variasjon i hvem som implementerer intervensjonen. Hva som kreves, med tanke på personlige egenskaper, musikkforståelse og sykdomsforståelse hos den personen som skal implementere intervensjonen, diskuteres ikke i noen av studiene vi har gjennomgått. Opplæring av personene som gjennomfører intervensjonen behandles svært overfladisk i studiene i litteraturgjennomgangen. Flere studier bemerker at forskere,

studie med fokus på evidensbasert praksis (40) viser at et implementeringsprogram bestående av interaktiv opplæring, påminnelser gjennom plakater og e-post, bruk av en lokal ressursperson og evaluering av klinisk utførelse forbedrer sykehjemsansattes kunnskap om og tilslutning til en evidensbasert protokoll for individualisert musikk. Dette tyder på at opplæring og oppfølging av personene som skal gjennomføre intervensjonen bør gis større fokus.

Utviklingen de senere årene ser ut til å gå mot studier med større utvalg av pasienter og av bedre kvalitet. De nyere studiene synes å være godt forankret i et teoretisk rammeverk, mens noen av de eldre studiene i mindre grad er det. Anerkjente instrumenter for kartlegging av atferd benyttes i de fleste studiene. Studiene, som er av varierende kvalitet, viser positive tendenser. Alle viser til positiv effekt ved bruk av individualisert musikk for personer med demens, effekten varierer imidlertid fra person til person.

### KONKLUSJON

Individualisert musikk implementeres på ulike måter og er forankret i til dels ulike teoretiske rammeverk. Derfor er det viktig å være bevisst på hvorfor man bruker intervensjonen, og hvordan

man implementerer den. Det ser likevel ut til å være enighet om at individualisert musikk har positiv innvirkning på utfordrende atferd hos personer med demens. Resultatene må imidlertid brukes med forsiktighet siden det på nåværende tidspunkt eksisterer lite forskning på området og forskningen er av varierende kvalitet.

Mer forskning for å avklare hvordan individualisert musikk virker vil bidra til å styrke argumentasjonen for bruk av individualisert musikk for personer med demens.

#### REFERANSER

1. **Engedal K, Haugen PK.** Demens. Fakta og utfordringer. Aldring og helse, Tønsberg. 2005.
2. **Berentsen VD.** Kognitiv svikt og demens. I: Kirkeveid M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrikisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2008.
3. **Statens beredning for medicinsk utvärdering.** Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt. Aldring og helse, Tønsberg. 2006.
4. **Sosial- og helsedirektoratet.** Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo. 2007.
5. **Rokstad AMM.** Hva er demens? I: Rokstad AMM, Smebye KL., red. Personer med demens. Møte og samhandling. Akribe, Oslo. 2008.
6. **Rokstad AMM.** Utfordrende atferd. I: Rokstad AMM, Smebye KL., red. Personer med demens. Møte og samhandling. Akribe, Oslo. 2008.
7. **Rokstad AMM.** Miljøbehandling. I: Rokstad AMM, Smebye KL., red. Personer med demens. Møte og samhandling. Akribe, Oslo.
8. **Vatne S.** Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2006.
9. **Wogn-Henriksen K.** Miljøbehandling i demensomsorgen. I: Krüger RME, Lillesveen B, Nåvik M, Rokstad AMM, Wogn-Henriksen K, Øvereng A, editors. Det går an! Muligheter i miljøterapi. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg. 2007.
10. **Lee A.** Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte. Et litteraturstudie af den dokumenterede effekt. Socialministeriet. Styrelsen for social service – CAST – Center for anvendt sundhedstjenesteforskning og teknologivurdering, Odense. 2004.
11. **Ridder HM.** Musik & Demens. Musikaktiviteter og musikkterapi med demensramte. Forlaget Klim, Århus. 2005.
12. **Ridder HM.** An overview of therapeutic initiatives when working with people suffering from dementia. I: Aldridge D, red. Music therapy and neurological rehabilitation. Performing Health. Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia. 2005.
13. **Mykja A.** Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen. 2006.
14. **Ruud E.** Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I: Trondalen G, Ruud E, editors. Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi. Norges musikkhøgskole, Oslo. 2008.
15. **Mykja A.** Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. Tidsskr Nor Laegeforen 2005 Jun 2;125 (11): 1497–9.
16. **Cohen-Mansfield J.** Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique. American Journal of Geriatric Psychiatry Fall 2001;9:361–81.
17. **Brotons M.** An overview of music therapy literature relating to elderly people. In: Aldridge D, editor. Music therapy in dementia care. Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia. 2000.
18. **Sherratt K, Thornton A, Hatton C.** Music interventions for people with dementia: a review of the literature. Aging Ment Health 2004;8:3–12.
19. **Sung HC, Chang AM.** Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. J Clin Nurs 2005;14:1133–40.
20. **Witzke J, Rhone RA, Backhaus D, Shaver NA.** How sweet the sound: research evidence for the use of music in Alzheimer's dementia. J Gerontol Nurs 2008;34:45–52.
21. **Lou MF.** The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. Scand J Caring Sci 2001;15:165–73.
22. **Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO.** Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. Lancet Neurology 2008;7:362–7.
23. **Bragstad LK, Kirkeveid M.** Individualisert musikk for personer med demens. En litteraturgjennomgang. Oslo: Universitetet i Oslo i samarbeid med Undervisningssykehjemmet i Oslo; 2010. Delrapport 1: Demensfyrårprosjektet.
24. **Gerdner LA.** Individualized music intervention protocol. J Gerontol Nurs 1999;25:10–6.
25. **Gerdner LA.** Individualized music for elders with dementia. 2007. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation Dissemination Core.
26. **Gerdner LA, Swanson EA.** Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. Arch Psychiatr Nurs 1993;7:284–91.
27. **Ragneskog H, Asplund K, Kihlgren M, Norberg A.** Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions. Int J Nurs Pract 2001;7:146–55.
28. **Gerdner LA.** Effects of individualized versus classical «relaxation» music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. Int Psychogeriatr 2000;12:49–65.
29. **Gerdner LA.** Use of individualized music by trained staff and family: translating research into practice. J Gerontol Nurs 2005;31:22–30.
30. **Park H, Specht JKP.** Effect of individualized music on agitation in individuals with dementia who live at home. J Gerontol Nurs 2009;35:47–55.
31. **Garland K, Beer E, Eppingstall B, O'Connor DW.** A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15:514–21.
32. **Clark ME, Lipe AW, Bilbrey M.** Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. J Gerontol Nurs 1998;24:10–7.
33. **Sung HC, Chang AM, Abbey J.** The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. Int J Geriatr Psychiatry 2006;21:999–1000.
34. **Thomas DW, Heitman RJ, Alexander T.** The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. J Music Ther 1997;34:246–59.
35. **Hicks-Moore SL, Robinson BA.** Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. Dementia: The International Journal of Social Research and Practice 2008;7:95–108.
36. **Gerdner LA.** An individualized music intervention for agitation. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 1997;3:177–84.
37. **Cohen-Mansfield J, Werner P.** Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 1997;52A (6): M369–M377.
38. **Cohen-Mansfield J, Libin A.** Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. J Psychiatr Res 2005;39:325–32.
39. **Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS.** A description of agitation in a nursing home. J Gerontol 1989 May; 44(3): M77–M84.
40. **Sung HC, Chang AM, Abbey J.** An implementation programme to improve nursing home staff's knowledge of and adherence to an individualized music protocol. J Clin Nurs 2008;17:2573–9.

# Musikk må brukes riktig

› Musikkterapi handler om mer enn å sette på musikk.



**Av Leif Emanuelson**  
Kulturformidler,  
Kristiansand kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen tar opp flere temaer som er av stor interesse. Institusjoner benytter i varierende grad musikk systematisk i miljøterapeutiske øyemed. I mange avdelinger er det tilfeldig hvordan musikk presenteres og benyttes.

Musikkform og musikktype er de viktigste elementene ved bruk av musikk i miljøbehandling, men lengden på den enkelte intervensjon er også avgjørende for hvor vellykket et arrangement blir.

Det ser ut til at i de fleste studiene som ble inkludert i Bragestad og Kirkevolds litteraturgjennomgang har institusjonene benyttet de ansattes musikk talent eller «mekanisk» musikk i miljøbehandling. Jeg hadde håpet at man i større grad benyttet profesjonelle utøvere «live» i institusjonene. En nærhet til instrument eller utøver er et element som har vært totalt fraværende i de ulike studiene.

I institusjoner kan det være fornuftig og mest formålstjenlig

med differensierte tilbud både i fellesrom og inne på den enkelte beboers rom. En vurdering av dette må gjøres på den enkelte avdeling eller institusjon.

Musikkintervensjon har vært fremført i stor grad av tilfeldige utøvere. Amatører, frivillige og profesjonelle kunstnere har deltatt. I enkelte studier blir det diskutert at noe mer «styring» i forhold til hvem som bør gjennomføre intervensjonen hadde vært noe å ta tak i. Det er en svært interessant tanke.

Hvilken musikk som benyttes har også stor betydning. Gjennkjennelig musikk som gjør det mulig for pasientene å delta er svært hensiktsmessig.

Lengden på intervensjonen betyr mye for effekten. Hvis intervensjonen blir for lang skaper det etter min erfaring uro som vedvarer. Musikk og sang i bolker fra 25–35 minutter er i de fleste tilfeller nok. Tidspunktet på dagen kan også ha betydning i

forhold til arrangementets varighet. Formiddagen passer som regel best for den lengste intervensjonen. Det er mulig at det er fordi man på det tidspunktet er mer opplagt og klar for inntrykk, eller at tidspunktet passer fordi det ofte har vært lite «forstyrrelser» tidlig på dagen.

Musikk for personer med demens har en positiv virkning hvis man bruker musikk på den «riktige» måten. Hva som er «riktig» er individuelt betinget og her trenger vi mer forskning. På institusjonene må man likevel fortsette å gjøre det man ser har en positiv virkning. Ikke alle skal høre på samme musikk, men ut fra erfaring og tilpassing må man velge den musikken man ser gir god effekt for den enkelte.

Les artikkelen på side 110



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Denne studien indikerer usikkerhet i registrering av ernæringsdata som sykepleiere og studenter på slutten av sin treårige sykepleierutdanning, samlet inn ved hjelp av screening-instrumentene NRS 2002 og SGA.

**Mer om forfatterne**

Lis Ribu er sykepleier, PhD og førsteamanuensis ved Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo. Ellinor Trollebø, Elisabeth Alstad, Stig Bratlie, Gerd Helen Husby, Gro Landfald, Paula Lykke er

sykepleiere og May Solveig Fagermoen er sykepleier, PhD og seniorforsker/førsteamanuensis II. Alle er ansatte ved Oslo Universitetssykehus HF, Aker, Oslo. Kontaktperson: lis.ribu@su.hio.no

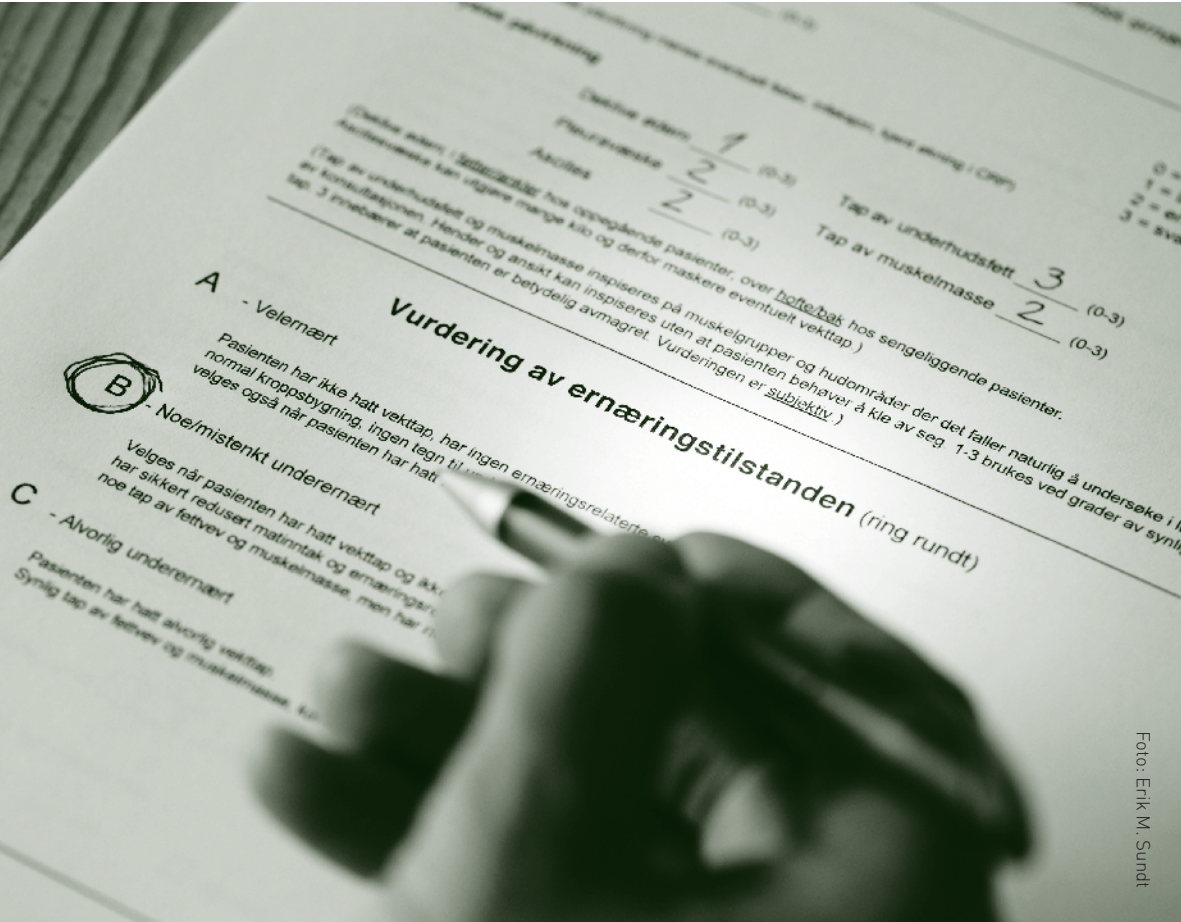


Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** I nylig publiserte nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring anbefales at alle pasienter skal screenes for ernæringsmessig risiko.

**Hensikt:** Å teste interrater reliabiliteten (IRR) ved bruk av screening-instrumentene Nutrition Rating Scale 2002 (NRS2002) og Subjective Global Assessment Tool (SGA) i spesialisthelsetjenesten.

**Metode:** Sykepleiere og sykepleierstudenter fikk opplæring i bruk av aktuelle screening-instrumenter. De

fylte ut instrumentene uavhengig av hverandre, og IRR ble kalkulert med Kappa (K) test. Alle voksne hospitaliserte pasienter som var inneliggende på kirurgiske-, medisinske-, geriatri- eller akutte avdelinger som hadde sykepleierstudenter ble inkludert.

**Resultat:** Til sammen 220 pasienter ble kartlagt gjennom ett døgn. Pasientene var >18 år, og innlagt på somatiske klinikker som hadde sykepleierstudenter. IRR mellom sykepleiere og studenter var lav, med en  $K=0,54$  med NRS2002 og  $K=0,51$  med SGA. Sykepleierne

vurderte 34,3 prosent av pasientene som risikoutsatte med NRS 2002, og 33 prosent som risikoutsatte med SGA. Det var god overensstemmelse i sykepleierens vurdering av risikoutsatthet med de to instrumentene ( $K=0,73$ ).

**Konklusjon:** IRR mellom sykepleiere og studenter i registrering av underernæring med NRS 2002 og SGA var moderat. Det er behov for videre forskning for å få mer kunnskap om bakgrunnen for manglende overensstemmelse i skåringer ved bruk av disse instrumentene.

# » Er det samsvar i registreringene når sykepleiere og studenter screener pasienter for ernæringsstatus?

Forfattere: Lis Ribu, Ellinor Trollebø, Elisabeth Alstad, Stig Brattlie, Gerd Helen Husby, Gro Landfald, Paula Lykke og May Solveig Fagermoen

## NØKKELORD

- Underernæring
- Risiko
- Kartlegging
- Undersøkelse

## INNLEDNING

Vurdering av pasienters ernæringsstatus er en viktig sykepleieroppgave. Det forventes at sykepleiere kan identifisere pasienter som er underernærte eller i risiko for underernæring, slik at tiltak kan iverksettes. Studier har vist at underernæring er et problem blant hospitaliserte pasienter både i Norge (1–3) og internasjonalt (4,5). Lover og forskrifter som omhandler ernæring direkte eller indirekte kan være retningsgivende for arbeidet med å redusere dette problemet (6–12). Likedan finnes planer, retningslinjer og offentlige veiledere som er utarbeidet blant annet for å fange opp mennesker som står i fare for å utvikle feil- og underernæring (13–16). Kvalitetsutvikling av tjenestene er sentral tematikk i flere av disse publikasjonene (12–13), og ernæring vil være en viktig indikator

på kvalitet. I nylig publiserte Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (17) anbefales at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Det finnes ulike metoder som kan benyttes i dette arbeidet (18–20). Imidlertid er det begrensninger ved flere av disse metodene, noe som har resultert i utviklingen av screeninginstrumenter med ulike standardiserte spørsmål. Et screeninginstrument skal kunne skille mellom de som er risikoutsatte og de som ikke er det (21), slik at ressurser kan bli styrt mot den pasientgruppen som har størst behov for tiltak. Det er imidlertid vist til at slike instrumenter er avhengig av bedømmerens kunnskap og erfaring ved utfylling av skjema (22).

Sykepleiestudenter ved Høgskolen i Oslo har gjennom flere år prøvd ut og diskutert nytten av flere av disse screeninginstrumentene når de er i praksis, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. I samarbeid med sykepleiere ved Oslo Universitetssykehus besluttet vi å prøve ut Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002) (23,24) og Subjective Global Assessment Tool (SGA)

(25) i en pilotstudie i spesialisthelsetjenesten. NRS 2002 ble valgt fordi det på dette tidspunkt var et anbefalt instrument både i Norge (26) og internasjonalt av European Society for Clinical Nutrition (ESPEN) (23,24), mens SGA ble valgt fordi det er et instrument som gir viktig informasjon til sykepleiere siden instrumentet kobler problemer som hindrer pasienten å spise tilstrekkelig til et symptomskjema. I Norge er instrumentet benyttet på kreftpasienter (27,28). Symptombehandling er en viktig sykepleieoppgave, og mange av de symptomer som pasienter opplever kan forhindres i forkant ved hjelp av sykepleietiltak (29).

Dersom slike instrumenter skal kunne nyttes i praksis av sykepleiere slik som anbefalt (17), må instrumentene være reliable. Etter det vi vet er ikke de to instrumentene vi har valgt, testet for interrater reliabilitet (IRR) i Norge. IRR er definert som «the degree to which two raters or observers, operating independently, assign the same ratings or values for an attribute being measured or observed» (30). Det er viktig at slike risikovurderingsinstrumenter, uavhengig av brukeren, konsekvent identifiserer hvem som er/ikke er risikoutsatt.

Hensikten med dette prosjektet var derfor

- Å teste IRR ved bruk av NRS 2002 og SGA i spesialisthelse-tjenesten.
- Å sammenligne i hvilken grad det er overensstemmelse i vurderingen av risikoutsatthet mellom de to skjema

## METODE

Dette er et kvalitetsutviklende prosjekt, med en deskriptiv tverr-snittsundersøkelse der pasienter innlagt et gitt døgn våren 2008, ble screenet med både NRS 2002 og SGA. Kartleggingen ble gjennomført i somatiske klinikker ved et universitetssykehus.

## UTVALG

Utvalget er sykepleiere og studenter på elleve forskjellige avdelinger, der en eller flere sykepleiere og to–seks studenter på hver avdeling var ansvarlig for innsamling av data. Når mulig, kartla sykepleiere og studenter sine primærpasienter. Sykepleierne hadde varierende grad av arbeidserfaring og studentene ble uteksaminert fra høgskolen som offentlige godkjente sykepleiere en måned etter gjennomført undersøkelse. I alt ble 220 pasienter kartlagt dette døgnet.

## DATAINNSAMLING NRS

Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 er et enkelt screeninginstrument som fylles ut av sykepleier eller annet kompetent helsepersonell. Skjemaet er testet for validitet og reliabilitet internasjonalt (23,24), men i skrivende øyeblikk ikke i Norge. Instrumentet inneholder en innledende screening og en hovedscreening. Innledende screening består av fire spørsmål som avgjør om hovedscreeningen gjennomføres. Her

kartlegges hvorvidt pasientene har en BMI<20,5, vekttap siste ukene, redusert næringsinntak siste ukene og alvorlig sykdom. I hovedscreeningen kartlegges ernæringstilstand med vekttap, sykdommens alvorlighetsgrad og aldersjustering på pasienter >70 år (+1 score) (17). Pasientene som scorer 0–2 er ikke i ernæringsmessig risiko, mens pasienter som scorer 3 eller >3 er i ernæringsmessig risiko. Pasientene kan også klassifiseres som ingen risiko=0, lav risiko=1–2, medium risiko=3–4, høy risiko=>5 (21). Fordi instrumentet fylles ut av helsepersonell kan det også benyttes for screening av pasienter med kognitiv svikt og også av svært alvorlig syke pasienter. Det foreligger en manual på norsk for bruk av instrumentet (26).

## SGA

Subjective Global Assessment Tool (SGA) (25) er et skjema med to deler. Første del omfatter pasientens selvrapporing om eventuelle endringer i vekt, inntak av mat og drikke og en symptomkartlegging knyttet til matinntak og fysisk kapasitet. Den andre delen som fylles ut av helsepersonell, omhandler sykdommen og metabolsk og fysisk påvirkning. Helsepersonell gjør til slutt en subjektiv og overordnet vurdering av pasientens ernæringstilstand som A. Veler-nært, B. Noe/mistenkt underernært og C. Alvorlig underernært.

Det finnes en rekke versjoner av SGA og det har vært vanskelig å finne fram til originalskjema. I denne undersøkelsen ble det benyttet et skjema med en mer omfattende symptomkartlegging enn i den norske oversettelsen som er benyttet på kreftpasienter (27,28). Sistnevnte skjema er testet for reliabilitet og validitet i Norge (27,28) og internasjonalt (25).

## Bakgrunnsvariabler

Et skjema ble utarbeidet der det ble notert pasientens alder, kjønn, høyde og vekt.

## Opplæring

I samarbeid med sykepleiere/studenter som skulle gjennomføre studien utarbeidet prosjektgruppen en manual for innsamling av data, der fremgangsmåten ble detaljert beskrevet. Det forelå også guideliner for utfylling av screeninginstrumentene. Ved usikkerhet om pasientens ernæringsstatus, skulle sykepleiere/studenten krysse av «beste» skår. For SGA skal man skåre A dersom man er usikker på om det er A eller B. Dette betyr at flere pasienter kan være dårligere, eller ha lavere skår enn de innsamlede data.

Sykepleiere/studenten fikk felles opplæring i workshops. Begge screeninginstrumentene og retningslinjer for utfylling av disse ble gjennomgått, samt manual for gjennomføring av undersøkelsen. Forskningsetiske problemstillinger og andre problemstillinger ble også drøftet med alle impliserte og manualen ble slik kontinuerlig justert og videreutviklet før screeningen ble gjennomført.

## PROSEDYRE

Pasientene ble screenet av behandlende sykepleier og sykepleierstudent som fylte ut hvert sitt instrument uten å konferere med hverandre under utfyllingen. Pasientene ble veid og målt av studentene etter rundepriinsippet om morgenen siden sykepleierne ikke hadde tid til dette. IRR ble derfor ikke kalkulert i forhold til KMI. En kartlegging i forhold av undersøkelsen avdekket også at det var store mangler i utstyr for veiing av pasienter på avdelingene. Det er svært beten-

kelig at det finnes avdelinger på et universitetssykehus der såpass elementært utstyr kan mangle. Det er påkrevet med både stå-, sitte- og liggevekker.

Sykepleiere og studenter registrerte de sosiodemografiske data sammen. Der det var nødvendig å innhente journaldata ble dette gjort av behandlende sykepleier (for eksempel vekt og høyde der dette var vanskelig å innhente den aktuelle dag).

### STATISTISKE ANALYSER

SPSS for Windows versjon 16.0 ble brukt i de statistiske analysene. I tillegg til enkel deskriptiv statistikk med gjennomsnitt  $\pm$  standard avvik, er IRR eller overensstemmelsen i vurderingen mellom observatørene (sykepleier og student) registreringer for den enkelte pasient analysert med kappa (K) statistikk. Verdiene kan variere fra 0 til 1. En verdi  $< 0,2$  vurderes som dårlig,  $0,2-0,4$  noenlunde,  $0,4-0,6$  moderat,  $0,6-0,8$  god og  $>0,8$  veldig god (31).

### ETISKE HENSYN

Etiske retningslinjer som konfidensialitet, anonymitet og frivillighet ble ivaretatt. Det ble søkt Personvernombudet og Regional medisinsk etisk komité om tillatelse til å gjennomføre studien. Registreringsskjemaet inneholdt imidlertid ikke personidentifiserbare data og Personvernombudet ga tillatelse til gjennomføring av prosjektet som ledd i sykehusets kvalitetskontroll. All informasjon ble registrert av sykepleiere/studenter som kjente pasientene i behandlingsøyemed. Pasientene ble anonymisert ved inklusjon.

Pasientene fikk et informasjonsskriv om studien og muntlig orientering. De som ikke ønsket å delta ble ikke undersøkt. Pasi-

enter som ikke kunne selvrapportere ble kun testet med NRS 2002. De deltakende sykepleiere/studenter fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien.

### RESULTATER

Det ble kartlagt til sammen 220 pasienter i løpet av dette døgnet. Noen pasienter ( $n=24$ ) ønsket ikke å delta av ulike grunner (svarprosent 90). Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 66 år (SD 17,7) (median 71 år) og en gjennomsnittlig KMI på 24 (SD 4,7). Det var registrert kjønn for 217 pasienter, 112 kvinner og 105 menn.

Skårene i NRS 2002 kan også analyseres i mer utdypende kategorier for risikoutsatthet (0, 1–2, 3–4, 5–7). Vi fant at flere sykepleiere plasserte pasienter i ingen (0) eller lav risiko (1–2), mens studentene tenderte til å plassere flere pasienter i kategorien medium risiko (3–4). Med denne findelingen ble kappa lavere ( $K=38$ ).

Analyse av de enkelte variabler i NRS 2002 for å se på overensstemmelse mellom sykepleier og student i hovedscreeningen viste en noenlunde til moderat kappa. Ved for eksempel skår for «Ernæringstilstand» og skår for «Sykdommens alvorlighets-

## ”” Vurdering av pasienters ernæringsstatus er en viktig sykepleieroppgave.

### IRR i vurderingen av ernæringsstatus med NRS 2002

Det var i alt 201 pasienter som ble kartlagt med NRS 2002 av både sykepleier og student. Disse ble vurdert i hovedscreeningen og analysene viser at 85 studenter (42,3 prosent) og 69 sykepleiere (34,3 prosent) vurderte pasienter som risikoutsatte for underernæring (det vil si skåre  $\geq 3$ ) (Tabell 1). Sykepleiere og studenter hadde ulik vurdering i 44 tilfeller (21,9 prosent). Kappa er moderat ( $K=0,54$ ).

grad» (i hovedscreeningen) var kappa henholdsvis 0,41 og 0,35. Når det gjelder skåring for alder  $>70$  år var kappa veldig god ( $K=0,92$ ).

### IRR i vurderingen av ernæringsstatus med SGA

Færre pasienter ble vurdert med SGA av både sykepleier og student ( $n=185$ ). Årsaken er at SGA forutsetter selvrapportering og er derfor ikke egnet å bruke for pasienter som ikke selv klarer å gjøre rede for hvordan de har

**TABELL 1:** Interrater reliabilitet i sykepleieres og studenters vurdering av ernæringsstatus med NRS 2002. Antall=201 (%)

Risikovurdering med NRS 2002	Sykepleiere: Ingen risiko	Sykepleiere: Risiko	Total	Kappa agreement
Studenter: Ingen risiko	102 (50,7)	14 (7)	116 (57,7)	0.54
Studenter: Risiko	30 (14,9)	55 (27,4)	85 (42,3)	
Total	132 (65,7)	69 (34,3)	201 (100)	

det (for eksempel demente og intensivpasienter).

Tabell 2 viser sykepleiernes og studentenes registreringer i forhold til ernæringsstatus med SGA. Det var overensstemmelse i 77,3 prosent av registreringene på SGA. Kappa var moderat ( $K=0,51$ ). Enkeltmål på samsvar innenfor A, B og C er henholdsvis  $K=0,51$ ,  $K=0,44$  og  $K=0,45$ .

På enkeltvariablene i SGA er samsvar i observasjonene mellom sykepleiere og studenter noenlunde til moderat i mange tilfeller, for eksempel ( $K=0,67$ ) i observasjonene på mat og drikke (god kappa), mens metabolsk påvirkning hadde en noenlunde kappa ( $K=0,26$ ).

### Symptomrapportering i SGA

Med SGA får man også informasjon om symptomer som pasientene rapporterer er til hinder for å spise og drikke tilstrekkelig. Pasientene rapporterte gjennomsnittlig 1,97 symptomer (median 1, spredning 0–11).

Det var 56 pasienter (26,5 prosent) som rapporterte om flere symptomer (to–fem symp-

**TABELL 2:** Interrater reliabilitet blant sykepleierne og studenter i vurderingen av ernæringsstatus med SGA. Antall=185

Risikovurdering med SGA	Sykepleiere: Velernært (A)	Sykepleiere: Noe/Mistenkt underernært (B)	Sykepleiere: Alvorlig underernært (C)	Total	Kappa
Studenter: Velernært (A)	107 (57,8)	17 (9,2)	0	124 (67)	0,51
Studenter: Noe/mistenkt underernært (B)	17 (9,2)	32 (17,3)	3 (1,6)	52 (28,1)	
Studenter: Alvorlig underernært (C)	0	5 (2,7)	4 (2,2)	9 (4,9)	
Total	124 (67)	54 (29,2)	7 (3,8)	185 (100)	

**TABELL 3:** Pasientenes selvrapporing av symptomer som hindrer dem i å spise og drikke tilstrekkelig. Antall=212

Symptom	Sykepleiere (%)	Studenter (%)	Inter-rater reliabilitet Kappa
Liten appetitt	72 (34,0)	78 (36,8)	0,69
Vanskelig å svelge	21 (9,9)	19 (9,0)	0,67
Plaget av lukter	8 (3,8)	8 (3,8)	0,61
Smerter	38 (17,9)	38 (17,9)	0,58
Kvalme	45 (21,2)	47 (22,2)	0,58
Oppkast, brekninger	18 (8,5)	18 (8,5)	0,58
Munntørrhet	37 (17,5)	43 (20,3)	0,57
Sår i munnen	13 (6,1)	10 (4,7)	0,50
Slapphet, orker ikke	52 (24,5)	49 (23,1)	0,49
Diare	15 (7,1)	13 (6,1)	0,47
Maten smaker annerledes, eller ikke i det hele tatt	25 (11,8)	31 (14,6)	0,47
Forstoppelse	17 (8)	24 (11,3)	0,44
Fort mett	37 (17,5)	36 (17)	0,42
Spiser alene	12 (5,7)	6 (2,8)	0,31
Tyggeproblemer	8 (3,8)	10 (4,7)	0,30



tomer) som fratok dem matlysten, og ti pasienter (4,5 prosent) rapporterte om seks symptomer som fratok dem matlysten. En pasient rapporterte om elleve symptomer, det høyeste antall symptomer som ble rapportert. Nærmere halvparten av pasientene (47,3 prosent) hadde ingen symptomer som de relaterte til matinntak.

Når vi ser på IRR i sykepleieres og studenters skåringer (Tabell 3), er det best samsvar i skåringene på «liten appetitt», «vanskelig å svelge» og «plaget av lukter»  $K > 0,60$ ). IRR er lavest på «tyggeproblemer» og «spiser alene».

*Interrater reliabilitet (IRR) i vurderingen av ernæringsstatus målt med NRS 2002 og SGA* Det var 197 pasienter som ble vurdert av sykepleierne på både NRS 2002 og SGA (Tabell 4). Sykepleierne hadde god overensstemmelse i sine registreringer med en  $K=0,73$ .

## DISKUSJON

IRR var lav ( $K < 0,8$ ) og viste manglende samsvar i registreringene på flere viktige områder. Studien indikerer derfor en viss usikkerhet med hensyn til kvaliteten på ernæringsdata som ble samlet inn ved hjelp av NRS 2002 og SGA. Vi fant riktignok en prevalens på risikoutsatte pasienter som var i overensstemmelse med funn fra tidligere

utførte studier (omkring 30 prosent) (1,3).

Det er hevdet at en fordel med NRS 2002 er at dette instrumentet er mindre avhengig av utøverens trening enn for eksempel SGA (21). Funnene i denne studien viser imidlertid manglende overensstemmelse ved registreringene både med NRS 2002 og SGA (henholdsvis 21,9 prosent og 22,7 prosent).

## ” Kjente studentene sine primærpasienter bedre enn sykepleierne?

Når det gjelder SGA er dette et instrument som kun kan benyttes i screening av pasienter som klarer å selvrapporere. Siden man kan tenke at det er hensiktsmessig å anvende kun et screeninginstrument på en avdeling, vil dette instrumentet være uegnet. Vi ser også at overensstemmelsen i registreringene til sykepleier og student er relativt lav på enkelte viktige sykepleiområder som for eksempel metabolsk påvirkning (som følge av stress, pågående behandling, feber med mer), og observasjon av andre symptomer. Ved hjelp av SGA kan man imidlertid kartlegge viktige pasientfenomener som det er viktig å ha kunnskap om for å kunne gi en god sykepleie. Det er imidlertid overraskende at overensstemmelsen

i skåringen av et symptom som for eksempel «tyggeproblemer» er såpass lav ( $= .30$ ), og det er viktig å finne ut av hva denne uoverensstemmelsen bunner i. Vi erfarte også en del usikkerhet ved utfylling, som for eksempel hva det kan bety å «spise alene» på et sykehus. Her var det lav overensstemmelse i skåringene. Symptomkartlegging/behandling er imidlertid en viktig syke-

pleieroppgave (29), og dette kan være et område der sykepleierutdanningen bør styrkes.

Mens vi fant god overensstemmelse i sykepleierens risikovurdering med NRS 2002 og SGA, har andre funnet at signifikant flere pasienter har blitt screenet som risikoutsatte med SGA enn med NRS 2002 (21). Det er tidligere vist at prevalensen for underernæring vil kunne variere i ulike studier, avhengig av populasjon, type institusjon, og hvilke kriterier som er anvendt for å definere ernæringsstatus (17,32).

## Metodiske problemer

IRR er ikke «veldig god» ( $> 0,8$ ) i denne studien og sjelden «god» ( $0,6-0,8$ ). Den ligger på «noenlunde» ( $0,2-0,4$ ) og

**TABELL 4:** Overensstemmelse i sykepleierens vurdering av ernæringsstatus målt med NRS 2002 og SGA. Antall=197

Score for ernæringsmessig risiko	SGA: Velernært (A)	SGA: Noe/mistenkt /alvorlig underernært (A+B)	Total	Kappa - overensstemmelse i vurderingen
NRS 2002: Ingen ernæringsmessig risiko (< 3)	122 (61,9)	11 (5,6)	133 (67,5)	0,73
NRS 2002: Ernæringsmessig risiko (score ≥ 3)	12 (6,1)	52 (26,4)	64 (32,5)	
Total	134 (68)	63 (32)	197 (100)	

«moderat» (>0,4–0,6). Dette er etter vår oppfatning ikke godt nok i forhold til et såpass viktige sykepleiefaglig område som her beskrevet. Altman (31) har beskrevet en IRR<0,5 som indikasjon på dårlig overensstemmelse, selv om dette også kan avhenge av omstendigheten omkring målingene.

Vi har ikke data som kan fortelle oss om det er sykepleierne, studentene, begge grupper eller andre forhold som forårsaker den lave IRR. Ved kalkulering av IRR er det derfor anbefalt å ha en «ekspertgruppe» som sitter på gullstandarden, det vil si riktig skåring. Ved dårlig samsvar vil «eksperten», hentes inn for å avgjøre riktig svaralternativ. Dette er arbeidskrevende, og IRR kan kalkuleres på en mindre gruppe pasienter. Dette ble ikke planlagt i denne studien, og derfor kan vi bare spekulere i mulige årsaker til manglende samsvar i registreringene.

Når samme pasient ble screenet av sykepleier og student skjedde dette uavhengig av hver-

andre, og screeningen ble sjelden utført på samme tidspunkt på dagen da dette ville være umulig å gjennomføre rent praktisk. Dette kunne føre til at sykepleiere og studenter ikke fikk samme informasjon, noe som igjen kunne føre til lavt samsvar i registreringene.

En annen mulig forklaring kan være at instrumentene ikke ble brukt som planlagt. Dette kunne grunnes i at sykepleiere/studentene ikke var godt nok kjent med manualene for bruk, eller at de hadde ulik trening i bruken av instrumentene, eller til og med ulik forståelse av disse.

Vi har også diskutert om de kjente pasientene godt nok. Kjente studentene sine primær-pasienter bedre enn sykepleierne? Eller kanskje sykepleierne faktisk satt inne med større kunnskap om pasientene enn studentene? En annen mulighet kan være at sykepleiere/studentene oppfattet pasientens situasjon ulikt. Dette kan bunne i manglende erfaring og/eller kompetanse eller i andre for-

hold. Det er også viktig å være oppmerksom på at instrumenter som systematiserer datainnsamlingen er et viktig hjelpemiddel, men det erstatter ikke generell kompetanse, og det kan være at det er dette som har slått ut.

Til slutt er det viktig å se på i hvilken grad oversettelsen/oversettelsesprosedyrene har vært gode. I ettertid stiller vi spørsmål ved hvordan oversettelsen har foregått, da det er overraskende store ulikheter i den norske og den europeiske versjonen av NRS 2002 (17,23,26). Oversettelsen er heller ikke justert til norske forhold. Vi vil også stille spørsmål ved hvor egnet disse instrumentene er til det aktuelle formål. Det foreligger andre instrumenter benyttet av sykepleiere der pasientens grunnleggende behov (som ernæring) kanskje kan identifiseres på en mer egnet måte, som for eksempel med instrumentet RAI (Resident Assessment Instrument) (33).

Videre kan det være av interesse å kartlegge missing (=ikke utfylte rubrikker) ved utregning av IRR for å finne ut hvilke områder det er vanskelig å registrere. Dette har vi gjort i mindre grad i denne studien, siden screeninginstrumentene ikke er utarbeidet slik at dette kunne registreres godt nok.

Det skal også nevnes at det har vært relativt utfordrende å håndtere et prosjekt med såpass mange involverte fra ulike steder. Man blir avhengig av nøkkelpersoner for å sikre kontinuitet, og forutsigbarhet og tidsaspektet er viktig, men utfordrende i spesialisthelsetjenesten.

Til tross for en adekvat prevalens er dette tall som ikke er generaliserbare, siden det er en tilfeldig valgt dag på sykehuset. Det er en klar oppfatning at

#### TABELL 4: Anbefalte struktur-, prosess- og resultatindikatorer

##### Strukturindikator:

Hvor stor andel av pasientene vurderes for ernæringsmessig risiko

Hvor stor andel av pasientene veies

##### Prosessindikator:

Hvor stor andel av personer i ernæringsmessig risiko har fått beregnet ernæringsbehov og inntak

Hvor stor andel av pasientene i ernæringsmessig risiko har fått en ernæringsplan

##### Resultatindikatorer:

Hvor stor andel som har nådd ernæringsplanen

Hvor stor andel som har stabilisert seg i vekt eller gått opp i vekt etter at ernærings tiltak eller behandling ble iverksatt

Forbedring i kliniske parametre (komplikasjoner, redusert sykkelighet)

Kilde: Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, A. B. Guttormsen, et al., Editors. 2009, Helsedirektoratet.

pasientbildet på de ulike avdelinger kan variere mellom uke-dager og årstider.

### Videre forskning

Det er kommet generelle anbefalinger om at man kan velge et av flere screeninginstrumenter (17). Dette vil kunne hindre sammenlignende undersøkelser, både over tid og mellom sykehus. Det er behov for sykepleieforskning for å beslutte hvilke instrumenter som kan være aktuelle for sykepleiernes bruk. Instrumentene må testes for validitet og reliabilitet, og sykepleiere må ta stilling til om det er disse instrumentene de vil benytte, eller om andre instrumenter kan være mer hensiktsmessige.

Det er også viktig med tverrfaglig samarbeid rundt valg og bruk av screeninginstrumentene og også i forskningen rundt problemområder knyttet til disse.

Resultater fra denne studien indikerer behov for å videreutvikle instrumentene slik at de er bedre egnet til å samle reliable data som er viktige for sykepleiere i deres arbeid med pasientene.

Det er uansett viktig at sykepleiere dyktiggjør seg på dette området, og at det er et område som bør få økt fokus både i praksis og på utdanningene. Ernæring er en viktig kvalitetsindikator (Tabell 4) (17) og et sentralt område av sykepleiers faglige ansvar. Da er det viktig å ha gode verktøy som hjelpemiddel, og god opplæring i bruk av disse.

Ved utprøving av slike instrumenter kan det planlegges en oppfølging med ny screening etter en mer omfattende undervisning og trening i bruken av disse instrumentene. En slik oppfølging bør planlegges allerede før oppstart.

### KONKLUSJON

Denne studien indikerer usikkerhet i kvaliteten på ernæringsdata som ble samlet inn ved hjelp av NRS 2002 og SGA. Disse screeninginstrumentene ble benyttet av sykepleiere og studenter som var på slutten av sin treårige sykepleierutdanning. Vi fant kappa-verdier som viste manglende samsvar i registreringene på flere viktige områder. Videre forskning av sykepleiere også her i Norge, er nødvendig for å få innsikt i problemområder knyttet til bruken av slike instrumenter. Det er behov for sykepleieforskning for å finne få og gode instrumenter som er testet for validitet og reliabilitet. Dessuten må oversettelser av screeningsinstrumenter følge anerkjente prosedyrer, noe som skulle være unødvendig å påpeke.

### REFERANSER

1. Bruun LI, Bosaeus I, Bergstad I, Nygaard K. Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr* 1999;18:141-7.
2. Mowe M, Bohmer T, Kindt E. Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994;59:317-24.
3. Statens Ernæringsråd, Ernæringsbehandling og kostrådgivning til kreftpasienter. 1997.
4. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994;308:945-8.
5. Beck AM, Balknäs UN, Fürst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, Melchior JC, Mikkelsen BE, Schauder P, Sivonen L, Zinck O, Øien H, Ovesen L. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition – report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2001;20:455-60.
6. Helsedirektoratet. Kommunehelsetjenesteloven. Lov 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. Sist endret 2009 (bl.a.§1-2,§6-2a)
7. Helsedirektoratet. Spesialisthelsetjenesteloven. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om

- spesialisthelsetjenesten med mer. Sist endret 2007.
8. Pasientrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter. Sist endret 2008. [§ 2.1].
  9. Lovdata. Lov 2. juli 1999 om helsepersonell m.v. Sist endret ved lov 29. august 2003 nr. 87.
  10. Lovdata. Forskrift 2003-06-27 nr. 729 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjeneste i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.
  11. St.meld. 37 (1992-1993) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (punkt 11.2.3)
  12. Lovdata. FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, § 4, punkt g
  13. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal Helseplan 2007-2010. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007), kapittel 6.
  14. Sosial- og helsedirektoratet. Når matinntaket blir for lite ... IS-1327, Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) 2006. Oslo.
  15. Sosial- og helsedirektoratet. Ernæring i helsetjenesten. IS-1424-2007
  16. Statens Ernæringsråd. Retningslin-

- jer for kostholdet i helseinstitusjoner. 1995. Universitetsforlaget, Oslo. 1995.
17. Helsedirektoratet. Guttormsen AB, Hensrud A, Irtun Ø, Mowe M, Sørbye LW, Thoresen L, Øien H, Alhaug J, Smedshaug GB. Editors. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, 2009.
  18. Sosialstyrelsen, Editor. Onosson, M. and E. Rothenberg, Bedømming av pasientens næringstillstand, in Næringsproblem i vård og omsorg. Prevention og behandling. 2000.
  19. Sosialstyrelsen, Editor. Næringsproblem i vård og omsorg; prevention og behandling, in SoS-rapport: 11, 2000. Stockholm.
  20. Mowe M., [Treatment of malnutrition in elderly patients]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2002;122:815-8.
  21. Kyle UG, Kossovsky M, Karsegard VL, Pichard C. Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study. *Clin Nutr*, 2006;25:409-17.
  22. Ek AC, Onosson M, Larsson J, Ganowiak W, Bjurulf P. Interrater variability and validity in subjective nutritional assessment of elderly patients. *Scand J Caring Sci*, 1996;10:163-8.
  23. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Velas B, Plauth M. ESPEN guidelines for

nutrition screening 2002. Clin Nutr, 2003;22:415-21.

24. **Kondrup J, Rasmussen HH, Hamber O, Stanga Z**, ad hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr, 2003;22:321-36.

25. **Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN**. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr, 1987;11:8-13.

26. **Ernæringsrådet i Helse Bergen**. God ernæringspraksis. Retningslinjer for ernæringsbehandling i Helse Bergen. 2007: Bergen.

27. **Thoresen L, Paulsen B, Fossbakk, R**. Kartlegging av ernæringsstatus blant kreftpasienter ved en kreftpoliklinikk. Kreftsykepleie, 2003;1:12-5.

28. **Thoresen L, Fjeldstad I, Krogstad K, Kaasa S, Falkmer UG**. Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool. Palliat Med, 2002;16:33-42.

29. **Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, Lee K, Miaskowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D**. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs, 2001;33:668-76.

30. **Polit DF, Beck CT**. Nursing Research: Principles and Methods. Seven Edition, ed. L.W. Wilkins, Philadelphia. 2004.

31. **Altman D**. Practical statistics for medical research. Chapman & Hall/CRP. 1997.

32. **Pirlich M, Lochs H**. Nutrition in the elderly. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2001;15:869-84.

33. **Sorbye LW, Schroll M, Finne Soveri H, Jonsson PV, Topinkova E, Ljunggren G, Bernabei R**. Unintended weight loss in the elderly living at home: the aged in home care project (ADHOC). The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2008;12:10-6.

## På jakt etter den rette ansatte?

Det lønner seg å lete der du finner mange av dem.

Visste du at **9 av 10** sykepleiere bruker Sykepleien og sykepleien.no når de leter etter ledige stillinger? La stillingsannonsen din treffe **en rekke kvalifiserte søkere** – og benytt deg av en optimal mulighet for å treffe **den rette**.



Finn Simonsen • telefon 22 04 33 52 • finn.simonsen@sykepleien.no eller  
Ingunn Roald • telefon 916 03 812 • ingunn.roald@sykepleien.no

**Sykepleien**

# Riktig ernæring gir kortere liggetid

› Helsepersonell er ofte ikke flinke nok til å ivareta ernæring hos pasienter på sykehus.



**Av Berit Haugan**  
Fag- og forskningssykepleier, OUS, Rikshospitalet

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Helsedirektoratet har kommet med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, hvor de anbefaler å utføre ernæringscreening av alle pasienter for å kartlegge ernæringsmessig risiko. Målet med screeningen er å systematisk kartlegge for å skille mellom pasienter som er i en utsatt gruppe og de som ikke er det.

Artikkelen «Er det samsvar i registreringene når sykepleiere og studenter screener pasienter for ernæringsstatus?» presenterer en studie hvor to kjente screeningverktøy, NRS 2002 og SGA, ble benyttet til å kartlegge ernæringsmessig risiko hos 220 pasienter fordelt på 11 ulike avdelinger. Hensikten med studien var å teste interrater reliabilitet ved bruk av NRS 2002 og SGA i spesialisthelsetjenesten, og å sammenligne i hvilken grad det var overensstemmelse i vurderingen av risikoutsatthet mellom skjemaene. Studien fant manglende samsvar i registreringene på flere viktige områder, og

indikerer usikkerhet i kvaliteten på ernæringsdata som ble samlet inn ved hjelp av NRS 2002 og SGA.

For praksis er studier som dette verdifulle da det øker fokus på ernæring, og kan bevisstgjøre og dyktiggjøre sykepleiere innen dette viktige området av sykepleien. Praksisfeltet får også en pekepinn om screeningverktøy som finnes, samt styrker og svakheter ved disse. Det er viktig å merke seg at screeningverktøy kun gir indisier på en ernæringsmessig situasjon, og ikke det hele og sanne bildet. Det er derfor viktig å gjøre en klinisk vurdering i tillegg. Artikkelen nevner at forutsetninger for å gjøre tilsvarende studier er god opplæring i forkant, nøkkelpersoner for å sikre kontinuitet og at utstyr for veiing av pasienter er til stede. Dette kan inspirere til å gjøre lignende studier i praksis. I jungelen av screeningverktøy er det nyttig at erfaringer deles da den kliniske hverdagen er travel og ressursene få. Artikkelen påpeker behovet

for sykepleieforskning på gode instrumenter, testet for validitet og reliabilitet, for å kunne beslutte hvilke instrument som kan være aktuelle å bruke for sykepleiere i praksis. Verktøyet må være enkelt og raskt i bruk, med en forklarende manual, da det vil være flere brukere med ulik kompetanse og erfaring.

Artikkelforfatteren mener det er viktig at sykepleiere dyktiggjør seg innen ernæringsområdet, da ernæring er en viktig kvalitetsindikator og et sentralt område av sykepleieres faglige ansvar. Min erfaring er at pasienter i ernæringsmessig risiko taper ytterligere vekt ved innleggelse i sykehus og ofte er ikke helsepersonell flinke nok til å ivareta ernæringen hos innliggende pasienter. Målrettet og riktig ernæringsterapi gir færre infeksjoner, færre komplikasjoner, kortere liggetid, redusert dødelighet – og pasienten har det bedre.

Les artikkelen på side 120



**Hva tilfører denne artikkelen?**

I artikkelen beskrives en metode for kollegabasert veiledning i grupper om sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt og hvordan sykepleiere ved Skien legevakt opplevde denne veiledningen.

**Mer om forfatterne**

Bjørnar Nyen, spesialist i allmennmedisin/seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, GRUK – Seksjon for kvalitetsutvikling. Elisabeth Holm Hansen, sykepleier, MPH, Forsker, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Bergen. Maja Kristin Foss, sykepleier/enhetsleder,

Skien interkommunale legevakt. Gunnar Tschudi Bondevik, spesialist i allmennmedisin/dr.med./førsteamanuensis, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Bergen og Forskergruppe for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Kontaktperson: bnyen@gruk.no.



Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** En stor del av sykepleieres oppgaver ved legevakt er å vurdere, prioritere og gi råd til innringere. Det blir vanligvis ikke gitt systematisk oppfølging og veiledning i forhold til denne oppgaven ved norske legevakter.

**Metode:** Vi beskriver en metode for kollegabasert veiledning i smågrupper med avspilling av sykepleiernes

egne telefonsamtaler etterfulgt av refleksjon omkring hver samtale med vekt på både kommunikative og faglige ferdigheter.

**Resultat:** Metoden ble testet ut ved Skien legevakt i 2007. Hver legevaktsykepleier deltok i to gruppesamlinger. Etterpå fylte sykepleierne ut et spørreskjema. Sykepleierne uttrykte seg posi-

tivt om metoden som verktøy for å videreutvikle både faglige og kommunikative ferdigheter.

**Konklusjon:** Metoden er egnet til opplæring og veiledning av sykepleiere som tar imot telefoner ved legevakter hvor samtaler tas opp på lydlogg.

# » Sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt

Forfattere: Bjørnar Nyen, Elisabeth Holm Hansen, Maja Kristin Foss, Gunnar Tschudi Bondevik

## NØKKELORD

- Kommunikasjon
- Legevakt
- Veiledning
- Praksisstudie
- Spørreundersøkelse

Sykepleiere ved legevakter bruker mye tid på telefonsamtaler med pasienter og pårørende, der de vurderer, prioriterer og gir råd. Dette er en kompleks og sårbar del av legevaktstjenesten (1–3). Studier har vist at 14–60 prosent av henvendelsene til legevakter i Norge har blitt avsluttet med sykepleierråd uten legekontakt (4–7). Også i utlandet er det vist stor variasjon for i hvilken grad pasienter kun får råd per telefon uten undersøkelse hos lege (2,8). Det er også funnet stor variasjon når det gjelder de faglige råd som gis. van Charante et al. konkluderte i sin undersøkelse med at dette kunne skyldes at sykepleierne hadde ulike oppfatninger om egne roller, samt ulike faglige ferdigheter (2). Mange legevaktssykepleiere føler seg usikre på egen kompetanse i forhold til denne delen av arbeidet (9). Vi

mener at bedre opplæring i telefonhåndtering vil kunne føre til større grad av pasientsikkerhet, bedre pasientens følelse av å bli ivaretatt, sikre sykepleieres utvikling av fagkunnskap og gi dem mer tilfredshet i arbeidet og opplevelse av bedre jobbmestring.

God håndtering og riktige vurderinger ved telefonsamtaler vil kunne gi en bedre bruk av ressursene ved legevakt. Ofte vil rådgivningen føre til at det ikke er nødvendig med konsultasjon hos legevaktlege, og flere pasienter med behov for legekontakt vil kunne vente og kontakte fastlege på dagtid (3). En god håndtering av telefonsamtaler kan også medføre at pasienter som undervurderer sine plager, får den nødvendige helsehjelp. Bunn et al. har i en oversiktsartikkel konkludert med at gode telefonkonsultasjoner synes å redusere antall legekontakter og legevaktbesøk (10). De mener det er nødvendig med mer forskning i forhold til blant annet sikkerhet og pasienttilfredshet.

Mange peker på at det er et stort behov for opplæring i ferdigheter i telefonhåndtering hos personell ved legevakter og fastlegekontorer (11–16). Det er også viktig å utvikle og bruke skriftlige kliniske retningslinjer

ved telefonrådgivning, for å få en riktigere og mer ensartet rådgivning (12,13).

Ved mange store legevaktssentraler tas telefonsamtaler opp på bånd eller lydfil. Dette er i samsvar med forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, der det står at legevaktssentralene må ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon og bør ha utstyr for logging av viktig trafikk (17). I Helsedirektørens rundskriv IK-7/99 står det at formålene med lydlogg i nødmeldetjenesten er å sikre adekvat respons på nødmeldinger og forsvarlig dokumentasjon, samt at lydloggen kan være et hjelpemiddel i forhold til opplæring, evaluering og kvalitetsforbedring av tjenesten (18).

Skien interkommunale legevakt dekker kommunene Skien og Siljan med 53 000 innbyggere på kveld, natt og i helger. Fra 2006 har Nome kommune med vel 6 500 innbyggere vært knyttet til legevakten. Legevakten er lokalisert ved siden av akuttmottaket ved Sykehuset Telemark HF, Skien. I 2007 ble det registrert 40 741 telefonhenvendelser med kliniske problemstillinger, derav endte 15 252 med konsultasjoner og 915 med sykebesøk ved lege i Skien. 1 920 henvend-

delser ble formidlet videre til lege i Nome, og 22 654 henvendelser (56 prosent) ble avsluttet etter telefonkontakt med sykepleier.

Ved Skien legevakt har lydloggen tidligere kun blitt brukt i forbindelse med klagesaker. Gjennom arbeidet med kompetanseheving hos legevaktsykepleierne har ønsket om å ta i bruk lydloggen til opplærings- og veiledningsformål kommet opp. Tre av forfatterne (EHH, MKF og BN) har holdt en del kurs i telefonhåndtering ved legevaktssentraler de siste årene. Ved disse kursene har en fokusert på teori om kommunikasjon og aktuelle faglige emner, lyttet til opptak av telefonsamtaler fra legevakt samt brukt rollespill i smågrupper og i plenum. Det er lagt vekt på refleksjon og samtale rundt de ulike problemstillingene og bruk av beslutningsstøtteverktøyet Telefonråd (19).

Flere studier viser at de fleste lærer best når lærestoffet oppleves som viktig og relevant, når de opplever behov for å lære, når egenaktiviteten er høy, når

de får tilbakemelding på egen praksis, når det er nærhet mellom læring og praksis og når de er i en sosial sammenheng som er trygg (20,21). Dette gjelder også for vedlikehold og utvikling av klinisk praksis (22,23).

Vi ønsker i denne artikkelen å beskrive en metode for kollegabasert veiledning i grupper om sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Videre ønsker vi å formidle hvordan sykepleiere ved Skien legevakt som deltok i slike grupper våren 2007, opplevde denne veiledningen.

#### METODE

Alle faste sykepleiere ved Skien legevakt ble våren 2007 invitert til å delta på to gruppesamlinger for kollegabasert veiledning i form av et kompetanseutviklingsprosjekt. Sykepleierne var på forhånd orienterte om opplegget i personalmøter. Legevaktens administrative leder ønsket at alle faste sykepleiere skulle delta, og deltakelsen ble gjort obligatorisk og regnet som vanlig lønnet arbeidstid.

Det var avklart på forhånd at moderator måtte informere legevaktens leder dersom samlingene avdekket at enkeltsykepleiere fungerte svært dårlig i forhold til håndtering av telefonsamtaler.

#### KRITERIER

Kriteriene ble valgt på bakgrunn av erfaringene med bruk av ulike kriterier under de nevnte kursene som tre av forfatterne har hatt for telefonoperatører ved legevakt, og etter gjennomgang av Cox og Mullhollands skåringsverktøy for videoopptak av konsultasjoner hos allmennleger (24). Vi ble stående igjen med ti kriterier som vi mente ville være de mest nyttige for sykepleiere å reflektere over etter å ha hørt opptak av egne samtaler fra legevakten (Tabell 1). Vi inkluderte kriterier som dekket både faglige og kommunikative ferdigheter.

#### PRAKTISK GJENNOMFØRING

Metoden for kollegabasert veiledning består i at sykepleiere fra en legevakt inviteres til strukturerte samlinger i smågrupper med

**TABELL 1:** Kriterier/områder for refleksjon over telefonhåndtering ved legevakt

Kriterier	Beskrivelse	
<b>Faglige ferdigheter</b>	1. Få fram nødvendig informasjon	Sykepleier skal i løpet av samtalen få fram nødvendige opplysninger om pasientens tilstand
	2. Faglig kompetanse	Sykepleier skal i løpet av samtalen gjøre vurderinger og gi råd og anbefalinger som er godt faglig funderte
	3. Sikre at god informasjon gis og blir forstått	Sykepleier skal gi adekvat informasjon og veiledning, og også sikre at innringer har forstått informasjonen og veiledningen
	4. Komme fram til enighet med innringer	Sykepleier bør tilstrebe å komme fram til en konklusjon som både er faglig forsvarlig og som innringer er fornøyd med
<b>Kommunikative ferdigheter</b>	5. Innhente formalia	Spørsmål om formalia skal komme på en god og naturlig måte
	6. Ferdigheter i å styre og lede samtalen	Sykepleier skal styre og lede samtalen på en god måte
	7. Aktiv lytting	Sykepleier skal vise at hun lytter på en god måte gjennom det hun sier, ved måten hun sier ting på, ved ikke å avbryte
	8. Evne til innlevelse og til å vise omsorg	Sykepleier skal møte innringer på en god måte ved å vise forståelse og omsorg
	9. Stemmebruk	Sykepleiers stemmebruk skal være «tjentlig»/hensiktsmessig og fremme god kommunikasjon. Sykepleier skal være høflig og vennlig
	10. Generelt inntrykk	Her skal man gi uttrykk for helhetsinntrykket av samtalen



tre sykepleiere og en moderator. Hver samling varer i 90 minutter. Moderator skal styre tidsbruken, ha ansvar for at avtalt struktur på samlingen følges og sørge for at alle deltakerne involveres aktivt. Telefonsamtaler som de deltakende sykepleierne har hatt med pasient på legevakt spilles av etter tur. Etter hver samtale som blir avspilt reflekterer gruppen over samtalen med følgende systematikk:

1. Sykepleieren som hadde telefonsamtalen forteller først hva hun syntes fungerte bra i kommunikasjonen og hva som var bra i den faglige vurderingen som ble gjort og formidlet.
2. De to andre deltakerne, og eventuelt moderator, kommer med synspunkter på hva som fungerte bra. Det er viktig at innspillene er konkrete; utsagn som «det var fint at du tok en liten pause der» og «det var bra at du dempet stemmeleiet ditt der» foretrekkes framfor utsagn som «du var flink» og «dette var bra».
3. Sykepleieren som hadde telefonsamtalen forteller så om hva hun syntes var vanskelig både i forhold til kommunikasjonen og det faglige, og hva hun ser som mulige forbedringspotensialer.
4. De to andre, og eventuelt moderator, formidler så hva de opplevde som forbedringspotensialer. Dette skal være konkret, konstruktivt og ivaretagende.

Faglige spørsmål som kommer opp under pasientkontaktene blir drøftet av gruppedeltakerne. Ved usikkerhet blir Telefonråd, Legevakthåndboka og/eller Norsk Elektronisk Legehåndbok brukt som faglig støtte og referanse.

Moderator har ansvar for å håndtere eventuelle vanskelige situasjoner som oppstår. Det kan skje ved å gripe inn under

gruppesamlingen eller ved å følge opp deltakerne etter samlingen, eventuelt i samarbeid med legevaktens leder.

Hovedforfatter var moderator ved den første gruppesamlingen. Ved de resterende samlingene fungerte en erfaren

de 14 faste sykepleierne i den kollegabaserte veiledningen i grupper, 12 av dem på to samlinger, to bare på en samling. I etterkant av samlingene fylte 13 av 14 deltakende sykepleiere ut spørreskjemaet. Resultatene er presentert i tabell 2.

” Mange opplever det vanskelig at andre skal lytte til telefonsamtaler de har hatt med innringere.

legevaktsykepleier som moderator (MKF). Telefonsamtaler ble plukket ut tilfeldig fra lydloggen blant alle samtaler med en klinisk problemstilling, og med varighet mellom halvannet og fem minutter. Det ble klargjort tre samtaler med hver sykepleier til hver samling. Som regel ble kun to av samtalene brukt.

#### EVALUERING

En til tre uker etter gruppesamlingene ble sykepleierne bedt om å fylle ut et spørreskjema. Det inneholdt tre spørsmål om forventninger til samlingene, fem spørsmål om hvordan de opplevde ulike deler av samlingene og fem spørsmål om deres oppfatning av virkningen av samlingene på deres kommunikative og faglige ferdigheter, alt på en skala fra en til fem. I tillegg var det åpne spørsmål om hva de opplevde som bra ved opplegget og om de hadde forslag til forbedringer. Svarene ble analysert med paret t-test.

Alle sykepleierne ved Skien legevakt som har deltatt i prosjektet har gitt sitt samtykke til at erfaringer og resultater publiseres.

#### RESULTATER

Ved Skien legevakt deltok alle

Vi fant at sykepleierne på forhånd hadde positive forventninger til gruppesamlingene. De grudde seg klart mindre til den andre gruppesamlingen enn til den første ( $p=0,003$ ). Sykepleierne opplevde gjennomgående egne samtaler noe mer positivt enn forventet. De syntes det var vanskeligere å kommentere positive elementer ved egne enn ved andres samtaler ( $p=0,0001$ ). Sykepleierne syntes det var noe lettere å kommentere egne enn andres utviklingsmuligheter. De mente de var blitt mer oppmerksomme på hvordan de bruker stemmen under samtaler, hvordan de leder samtalen og hvordan de spør etter personalia.

I fritekstbesvarelsene ga sykepleierne uttrykk for hva de opplevde som bra ved opplegget: «Fikk en del aha-opplevelser i form av egen mestring i samtalen, både i form av stemmebruk og måte å kommunisere på og hva en ikke skal gjøre.» «Blir gjort oppmerksom på gode/dårlige vaner og egenskaper. Det er vanskelig å endre, men man blir nok mer bevisst i samtalen.» «Kommunikasjon er vanskelig å lære/lese seg til. Det må prøves ved praktisk trening.» «Fint å høre seg selv

**TABELL 2:** Spørreskjema fylt ut av sykepleiere etter deltakelse i kollegabasert veiledning i grupper ved Skien interkommunale legevakt

Spørsmål	Gj.sn.	Skår	Antall svar
1 I hvilken grad hadde du positive forventninger til disse gruppesamlingene? (5: Svært positive forventninger, 1: Svært negative forventninger)	4,0	1 2 3 4 5	0 0 4 5 4
2 I hvor stor grad grudde du foran første gruppesamling? (5: Grudde deg ikke i det hele tatt, 1: Grudde deg veldig)	3,7	1 2 3 4 5	2 1 2 5 3
3 I hvor stor grad grudde du deg til andre gruppesamling? (5: Grudde deg ikke i det hele tatt, 1: Grudde deg veldig)	4,5	1 2 3 4 5	0 0 1 4 7
4 Hvordan opplevde du egne samtaler i forhold til forventningene dine? (5: Betydelig mer positivt enn forventet, 1: Betydelig verre enn forventet)	3,6	1 2 3 4 5	0 0 7 4 2
5 Hvordan opplevde du å kommentere positive ting ved din egen samtale? (5: Svært lett, 1: Svært vanskelig)	2,9	1 2 3 4 5	1 5 3 3 1
6 Hvordan opplevde du å skulle gi kommentarer på egne utviklingsmuligheter? (5: Svært lett, 1: Svært vanskelig)	3,5	1 2 3 4 5	0 3 3 4 3
7 Hvordan opplevde du å kommentere positive ting ved de andres samtaler? (5: Svært lett, 1: Svært vanskelig)	4,5	1 2 3 4 5	0 0 0 6 7
8 Hvordan opplevde du å skulle gi kommentarer på de andres utviklingsmuligheter? (5: Svært lett, 1: Svært vanskelig)	3,0	1 2 3 4 5	1 4 3 3 1
9 Tror du at du har blitt mer oppmerksom på hvordan du bruker stemmen under telefonsamtaler etter samlingene? (5: I høy grad, 1: Ikke i det hele tatt)	4,2	1 2 3 4 5	0 1 1 5 6
10 Tror du at du har blitt mer oppmerksom på hvordan du leder telefonsamtalene etter samlingene? (5: I høy grad, 1: Ikke i det hele tatt)	4,1	1 2 3 4 5	0 0 3 6 4
11 Tror du at du har blitt mer oppmerksom på hvordan du spør om personalia i telefonsamtaler etter samlingene? (5: I høy grad, 1: Ikke i det hele tatt)	3,9	1 2 3 4 5	0 0 4 6 3
12 Tror du at du totalt sett kommuniserer bedre med pasientene i telefonen etter samlingene? (5: I høy grad, 1: Ikke i det hele tatt)	3,4	1 2 3 4 5	0 2 4 7 0
13 Føler du deg tryggere når du samtaler med pasienter i telefon etter samlingene? (5: I høy grad, 1: Ikke i det hele tatt)	3,0	1 2 3 4 5	1 2 6 4 0

i virkelige samtaler, ikke bare rollespill.»

Andre kommentarer og forslag til forbedringer: «Gjør dette oftere, kanskje undervisning angående «den gode samtale». «Håper vi skal fortsette med dette». «Vikarer bør også tas med i dette.»

En foreslo bruk av «profesjonell veileder» i gruppesamtalene. En kommenterte at man i gruppen var «for snill» og at man ikke i tilstrekkelig grad gikk inn på det som ikke var bra i samtalene. Alle deltakerne uttrykte i etterkant ønske om at slike gruppesamlinger med kollegabasert veiledning blir gjennomført regelmessig, gjerne to ganger årlig.

## DISKUSJON

Vi har beskrevet og testet ut en metode for kollegabasert veiledning i grupper når det gjelder sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Sykepleiere som har deltatt i slike grupper uttrykker seg positivt om metoden, og de mener de har hatt god nytte av deltakelse i forhold til bedring av egne ferdigheter. Vi har ikke funnet publikasjoner som har beskrevet tilsvarende bruk av lydlogg i kollegabasert veiledning i grupper for sykepleiere ved legevakter.

## METODE

En kan vurdere om en heller skulle bruke en profesjonell veileder eller en erfaren sykepleier fra en annen legevakt til å lede gruppesamlingene. Vi ønsket imidlertid å prøve ut en metode som er lett å gjennomføre ved alle legevakter med lydlogg og som er lite kostnadskrevende. Vår erfaring er at gruppene fungerte tilfredsstillende med en erfaren sykepleier som moderator. Ved å bruke en profesjonell veileder ville

man kunne vært mer utfordrende og direkte, noe som i enkelte tilfeller kunne vært ønskelig. Men det kunne på den andre siden ha redusert tryggheten i gruppen, noe som ville vært negativt i forhold til læringsutbytte.

Vi vurderte at en gruppestørelse på tre sykepleiere samt en moderator var passelig både i forhold til tryggheten til den enkelte deltaker og balansen mellom om å gi og få tilbakemeldinger. Også tidsmessig mener vi det var gunstig med få deltakere i gruppen. Maguire og Pitceathly foreslår imidlertid en gruppestør-



Kommunikasjon må læres ved praktisk trening.

relse på fire til seks for liknende gruppeopplegg med konstruktiv feedback på kommunikasjonsferdigheter (13).

## SYKEPLEIEREVALUERINGEN

Mange opplever det vanskelig at andre skal lytte til telefonsamtaler de har hatt med innringere, og flere av sykepleierne ga på forhånd uttrykk for skepsis i forhold til opplegget. At sykepleierne grudde seg mindre til den andre samlingen, har muligens sammenheng med at de gjennomgående opplevde egne samtaler mer positivt enn forventet, samt at det strukturerte opplegget i gruppene fungerte tilfredsstillende.

Deltakerne oppga at det var betydelig lettere å kommentere positive ting ved andres enn egne samtaler og tilsvarende lettere å gi kommentarer angående andres enn egne utviklingsmuligheter. Dette viser viktigheten av at alle i gruppen må gi konkrete tilba-

kemeldinger på egne og andres telefonsamtaler.

Vi valgte ut tilfeldige samtaler fra lydloggen. Det kan være aktuelt at sykepleierne selv velger ut samtaler de har opplevd som spesielt utfordrende, og som de ønsker tilbakemelding på i veiledningsgruppen.

Vi mener at den beskrevne metoden kan skape et godt læringsmiljø og gode lærings-situasjoner tilpasset arbeidet som sykepleier ved legevakt, og at den kan være godt egnet til å videreutvikle faglige og kommunikative ferdigheter. Metoden er

enkel, og den krever ikke eksternt, dyr hjelp utenfra. De ulike vurderingskriteriene dekker viktige områder som legevaktsykepleiere må beherske. Det kan imidlertid oppstå situasjoner hvor det ville vært ønskelig med en erfaren eksternt veileder.

Metoden er utviklet og prøvd ut ved Skien legevakt på et begrenset antall sykepleiere. Det er ønskelig med videre utprøving med flere sykepleiere og fra andre legevakter. Spørreskjemaundersøkelsen var ikke optimal fordi skjemaet ikke var testet ut på forhånd. Dessuten var det et begrenset antall respondenter. Likevel mener vi at undersøkelsen gir nyttige og adekvate tilbakemeldinger fra sykepleierne som deltok i gruppeveiledningen, spesielt gjennom fritekstkommentarene.

## KONKLUSJON

Vi har beskrevet en enkel og lite kostnadskrevende metode

for utvikling av sykepleieres ferdigheter i håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Vi ser for oss at gruppesamlingene gjentas jevnlig, og at avdekkede behov for faglige oppdateringer og bedring av kommunikasjonsferdigheter følges opp med undervisning for personellet. Metoden egner seg for alle

legevaktsentraler hvor telefonsamtaler logges.

Hovedbudskap:

- Loggde samtaler på legevakt kan brukes til læring
- Kollegabasert veiledning i smågrupper gir en trygg ramme for å lytte til, reflektere over og lære av egne telefonsamtaler

Vi takker alle sykepleierne ved Skien interkommunale legevakt og de tre sykepleierne fra Porsgrunn legevakt som deltok i en pilot. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har gitt økonomisk støtte til prosjektet. Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

#### REFERANSER

1. Turner VF, Bentley PJ, Hodgson SA, et al. Telephone triage in Western Australia. *MJA* 2002;176:100–3.
2. Moll van Charante EP et al. Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation *BMC Family Practice* 2006;7:74
3. Lattimer V, George S, Thompson F et al: Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1998; 317;1054–9
4. Nyen B, Lindbæk M. Legevaktsøkning og fastlegeordning *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 508–9
5. Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 506–7
6. Hansen EH, Hunsbæk S. Forskjeller i henvendelse til legevakten *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1344–6
7. Hansen EH, Zakariassen E, Hunsbæk S. Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study *BMC Health Serv Res* 2009; 9:123
8. Shakelle P, Roland M. Nurse-led telephone-advice lines. *Lancet*. 1999 10;354: 88–9
9. Dundas J, Casler C. Can I Talk to a Nurse? Build a simple, successful education program for call-center nurses. *Nursing Management* 1998; 29, 12
10. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage; effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004. Issue 3
11. Derx HP, Rethans J-JE, Knotterus JA, Ram PM. Assessing communication skills of clinical call handlers working at an out-of-hours centre: development of the RICE rating scale. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 383–87
12. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2003; 325 : 697–700
13. Car J, Freeman GK Partridge MR, Sheikh A. Improving quality and safety of telephone based delivery of care: teaching telephone consultation skills. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 2–3
14. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ* 2003, 326: 966–9
15. Higgs R. Telephone consultation requires appropriate training. *BMJ* 2003, 327 (7405): 53
16. Foster J, Jessopp L, Dale J. Concerns and confidence of general practitioners in providing telephone consultations. *Br J Gen Pract* 1999; 49:111–3
17. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html>
18. Rundskriv IK-7/99 fra Helsedirektøren: «Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste – krav til dokumentasjon og bruk av lydlogg»
19. Telefonråd. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, GRUK, Seksjon for kvalitetsutvikling. <http://www.kunnskapssenteret.no/VerktprosentC-3prosentB8y/3765.cms>
20. Kolb DA. *Experiential Learning Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984
21. Schön DA. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1987
22. Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdahl P, Holm HA. Strategisk læring i klinisk praksis. Skriftserie for leger. Den norske lægeforening. 2001
23. Aschim B., Prestegaard K., Lundevall S., Prydz P: Håndbok for veiledningsgrupper i allmennmedisin. Dnlf; 2008 <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=86251&subid=0>
24. Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. *BMJ* 1993; 306: 1043–6

# Har sykepleiere et klinisk øre?

> Tradisjonelt er samtalen for sykepleiere et redskap for mellommenneskelige relasjoner, ikke til å kartlegge selve helsetilstanden.



**Av Linda Magerøy**  
Legevakten i Malvik, Melhus,  
Klæbu og Trondheim

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

En god faglig utvikling av legevaktstelefonen krever et skjerpet fokus på samtalen som redskap. Prioriteringer og vurderinger på telefon har avgjørende betydning for ressursfordelingen, som kanskje er den overordnet viktigste delen av legevaksarbeidet.

Gjennom både utdanning og arbeid lærer sykepleiere opp til å ha et konstant fokus på det kliniske blikket. Min arbeidsplass er intet unntak. Vi ser, og ser enda en gang på pasientens hudfarge, endrede hudfarge, kroppsholdning og bevegelser, og gjør ut fra dette konstant vurderinger av helsetilstand og eventuelt forverring av denne. For ikke å nevne hvor mange sykepleiere som ved et enkelt innpust med nesen gjør seg opp klare meninger om nøyaktig hvilken mageinfeksjon pasienten har.

Som sykepleier på legevaktstelefonen fratas man alle disse vurderingsmulighetene, og sitter igjen med dette ene; samtalen.

Ut fra min erfaring er dette et sykepleieredskap som med fordel kan kvesses, justeres og videreutvikles. Tradisjonelt er samtalen for sykepleiere et redskap for å skape mellommenneskelige relasjoner, samt å kartlegge pasientens følelsesmessige reaksjoner på sin helsetilstand. Ikke til kartlegging av selve helsetilstanden. I telefonkontakt med pasienten er samtalen det eneste vi har. Og selv om vi både har medisinsk indeks, Legevakts-håndboka og flere andre gode hjelpemidler, opplever jeg at selve samtalen og de mer eller mindre ubevisste mekanismer som ligger i den, har stort behov for et større fokus. Jeg tror den direkte vurderingen av konkrete samtaler som metoden i artikkelen beskriver, er svært velegnet i så måte. Personlig har jeg ved flere tilfeller erfart at hvordan man stiller spørsmålene, hvor man legger stemmeleiet, og hvilket tempo man fører samtalen

i, kan ha avgjørende betydning for hvor godt man får kartlagt pasientens tilstand. Man får ikke de samme svarene uavhengig av hvordan man spør. Og man hører kanskje heller ikke de samme svarene uavhengig av hvordan man hører. Det kan være lett å glemme at pasienten ikke sitter med egen indeks ved siden av mobiltelefonen sin.

I hver telefonkontakt må sykepleieren avgjøre hvorvidt pasienten har behov for ambulanse, tilsyn av legevakslege, fastlege eller rådgivning. Og på min arbeidsplass får hver av disse avgjørelsene betydning for hvilke ressurser som står igjen til resten av befolkningen i Malvik, Melhus, Klæbu og Trondheim. Hvilket jeg i seg selv mener er en god grunn for fokus på samtalen og utvikling av «det kliniske øret».

Les artikkelen på side 130



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Funnene i undersøkelsen tyder på at pårørende ser behov for mer faglært personell, bedre norskkunnskaper og økt kompetanse innen palliasjon blant de ansatte ved norske sykehjem.

**Mer om forfatterne:**

Simen A. Steindal er sykepleier, høgskolelektor og PhD kandidat ved Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for sykepleie. Liv Wergeland Sørbye er sykepleier, PhD

og førsteamanuensis ved Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for sykepleie. Kontaktperson: steindal@diakonhjemmet.no.



Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Studiens bakgrunn:** Et sentralt mål for palliativ omsorg er å unngå overflytting av pasienter i palliativ fase fra sykehjem til sykehus. Likevel skjer dette relativt ofte. Få studier har utforsket faktorer som bidrar til sykehusinnleggelse. Artikkelen omhandler pårørendes vurdering av sin næres siste levedager

**Hensikt:** Å belyse overflytting fra sykehjem til sykehus ved livets slutt og drøfte faktorer som kan bidra til at de pårørende opplever

at deres nære får en verdig død ved sykehjem.

**Metode:** Semistrukturerte intervjuer av nærmeste pårørende til pasienter som døde ved et sykehus. Det ble gjort en deskriptiv innholdsanalyse av to åpne spørsmål fra intervjueskjema.

**Resultater:** Pårørende etter 50 (43 prosent) dødsfall deltok i undersøkelsen. Tjue pårørende (40 prosent) trakk frem erfaringer og holdninger

til sykehjem. Tre hovedtema gikk igjen i datamaterialet: Forventninger og tillit til personalet, pårørende som den gamles advokat og sykehuset som symbol på en verdig død.

**Konklusjon:** En verdig død ved sykehjem fordrer mer personell med tilstrekkelig kompetanse innen palliasjon. Det er behov for språkkopplæring blant de ansatte slik at alle snakker tilstrekkelig godt norsk. God kommunikasjon mellom pårørende og ansatte er essensielt.

# » Er sykehjemmet et verdig sted å dø?

Forfatter: Simen A. Steindal  
og Liv Wergeland Sørbye

## NØKKELORD

- Palliasjon
- Sykehjem
- Pårørende
- Død

## INTRODUKSJON

I Norge dør 38 prosent i sykehus og cirka 41 prosent i sykehjem. Den gjennomsnittlige liggetiden i sykehjem er cirka to år, mens liggetiden i sykehus er fem døgn (1–3). Sykehjem som innehar nødvendig ressurser og kompetanse anses for å være en god arena for omsorg for døende. I livets siste fase vil det som regel være til pasientenes beste å få dø ved sykehjemmet (4). Ranhoff & Linnsund (5) hevder at det bare er hensiktsmessig å overflytte døende sykehjemspasienter til sykehus, dersom sykehjemmet ikke kan gi adekvat lindrende behandling. Menec, Nowicki, Blandfords m.fl. (6) fant at 19,1 prosent av sykehjemspasientene døde ved sykehus i Canada. Sørbye & Steindal (7) fant at 21,6 prosent av de som døde, i deres sykehusmateriale, var overført fra sykehjem. Disse to studiene antyder at døende sykehjemspasienter overflyttes relativt ofte til sykehus.

Flere studier har avdekket at pårørende ser en rekke utfordringer ved omsorgen deres nære mottok ved livets slutt i sykehjem (8–12). Det rapporteres at pasienters behov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt av personalet. Pårørende opplevde at symptomlindring ikke var optimal (9, 10). For å avklare spørsmål om sin næres helsetilstand ønsket pårørende å snakke med lege, men mange opplevde at legen var fraværende og etterlyste hyppigere legetilsyn (9, 11). Pårørende fremhever behov for økt bemanning og kompetanseheving innen symptomlindring hos personalet (11, 12). Kommunikasjon med helsepersonell og kommunikasjon mellom helsepersonell og lege er også en utfordring. Det er vanskelig for pårørende å forutse når døden er nær. De ønsker i større grad å bli holdt orientert av personalet. Pårørende frykter ofte at deres nære skal dø alene (13, 14).

Andre studier har identifisert faktorer som kan fremme eller være til hinder for palliativ omsorg i sykehjem (15–18). Sentrale tiltak for å fremme opplevelsen av en god død er kommunikasjon mellom pårørende og personalet, og at det ikke iverksettes unødvendige livsforlengende tiltak (15, 17).

Det kan være utfordrende å vurdere om sykehjemspasienter er i livets siste fase (19). Studier har avdekket at flere pasienter hadde en eller flere sykehusinnleggelse siste seks levemåneder (6, 10, 20). For pasienter med alvorlig demens tas ofte beslutningen om ikke å overflytte til sykehus rett før døden inntreffer. Lambert m.fl. (20) fant at det var større sjanse for at det var tatt stilling til at pasienter ikke skulle overflyttes til sykehus, dersom hovedpårørende ikke var pasientens barn. Menc m.fl. (6) fant at det var mindre sjanse for at pasienter ved offentlige, enn ved private sykehjem, døde på sykehus.

## HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Artikkelen omhandler pårørendes vurderinger av sin næres siste levedager. Hensikten er å belyse overflytting fra sykehjem til sykehus ved livets slutt og drøfte faktorer som kan bidra til at pårørende opplever at deres nære får en verdig død ved sykehjem.

- Hvilke faktorer mener pårørende kan bidra til at deres nære overflyttes fra sykehjem til sykehus i livets siste fase?
- Hva skal til for at pårørende opplever sykehjemmet som et verdig sted å dø?

**METODE**

Materialet henter data fra et større forskningsprosjekt som har kartlagt hvordan omsorg for døende pasienter har endret seg i løpet av de siste 30 år ved et norsk sykehus. I 1976/77 tok Hjort og Sørbye utgangspunkt i Cartwrights m.fl. (21) undersøkelse i England «Life before death» og utviklet skjemaet «Intervjuskjema til etterlatte til pasienter som dør i sykehus». Skjemaet har tidligere blitt benyttet i 1977, 1987, 1997 og i 2007 for å samle data om pårørendes vurdering av kvaliteten på omsorg til døende ved sykehus (22–24). Kaarbø (17) benyttet skjemaet i forhold til dødsfall i sykehjem. Intervjuskjemaet er semistrukturert med 44 spørsmål og har i tillegg fire åpne spørsmål. Artikkelen benytter kvalitative data fra de åpne innledningsspørsmålene «Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde den siste tiden før innleggelse i sykehus, og hvordan de siste dagene på Diakonhjemmet sykehus var?»

Totalt døde 116 pasienter i en gitt periode høsten 2007 ved

Diakonhjemmet sykehus. Nærmeste pårørende ble definert som den personen som sto oppført som hovedpårørende på hovedkortet i elektronisk pasientjournal. Leder for palliativt team ved sykehuset sto ansvarlig for brevet som ble sendt til pårørende åttolv uker etter dødsfallet. Først etter at samtykke fra vedkommende var innhentet, tok en person fra forskerteamet kontakt. Femti (43 prosent) pårørende bekreftet at de ønsket å bli intervjuet. Tjue (40 prosent) av de pårørende som ble intervjuet ga beskrivelser av egne erfaringer og holdninger til sykehjem ved å besvare de åpne innledningsspørsmålene. Intervjuene av disse 20 pårørende utgjør artikkelens datamateriale.

Pårørende ble fortrinnsvis intervjuet hjemme hos seg selv. Noen ble intervjuet på vårt kontor eller per telefon. Intervjuene tok fra 20 til 120 minutter. Pårørendes beskrivelser ble notert av forskerne under intervjuene, og notatene ble renskrevet etter hvert intervju. Det ble gjort en deskriptiv innholdsanalyse (25). Førsteforfatter

ter leste igjennom notatene fra intervjuene og identifiserte tema ut fra datamaterialet. Temaenes relevans og aktualitet ble diskutert med andreforfatter. Tekst med den samme meningen ble samlet. Teksten ble lest linje for linje og setningenes mening ble kodet. Kodene ble lest for å finne mønstre og gjentakelse. Kodene som omhandlet det samme, ble samlet og abstrahert til underkategorier og kategorier som igjen dannet temaer. Førsteforfatter foretok dataanalysen, mens andreforfatter har lest utdrag av analysen og vært med i diskusjonen om kategoriene og temaenes gyldighet. Det at en stor andel av de pårørende selv brakte opp sykehjem som tema, til tross for at intervjuskjemaet ikke inkluderte spørsmål om sykehjem, ble vurdert som et viktig funn. Vi valgte å lage en egen artikkel om dette. Andre tema vil bli publisert senere.

Prosjektet er vurdert av personvernombudet og godkjent av forskningsutvalget ved Diakonhjemmet sykehus. Regional komité for medisinsk og helsefag-

**TABELL 1:** Bakgrunnsdata for de døde: pårørende som ble intervjuet vs. ikke-intervjuet (N=116).

	Intervju, n=50	Ikke-intervju, n=68	Totalt	P<0,05
	Mn <sup>1</sup> (SD <sup>2</sup> )	Mn (SD)	Mn (SD)	
Alder	81,7 (11,46)	79,6 (11,99)	80,6 (11,72)	0,351
Liggetid	12,6 (10,87)	9,6 (9,78)	10,9 (10,32)	0,131
	n (%)	n (%)	n (%)	P<0,05
Menn	27 (54)	29 (43,9)	56 (48,3)	0,283
Bodde alene	16 (32)	27 (40,9)	43 (37,1)	0,325
Overflyttet fra sykehjem	10 (20)	15 (22,7)	25 (21,6)	0,724
Kreft	20 (40)	24 (36,4)	44 (37,9)	0,689
Død om få dager	14 (28)	21 (31,8)	35 (30,2)	0,657

<sup>1</sup>Mn = gjennomsnitt  
<sup>2</sup>SD = Standardavvik



lig forskningsetikk hadde ingen innvendinger mot gjennomføring av prosjektet. Pårørende ga skriftlig informert samtykke til å la seg intervjuet.

## RESULTATER

Tabell 1 viser bakgrunnsdata for de døde. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell ( $p > 0,05$ ) mellom døde i gruppen av de pårørende som ble inter-

vjuet sammenlignet med avdøde til pårørende som ikke ønsket å bli intervjuet.

Hos avdøde til pårørende som ønsket å bli intervjuet var det en høyere gjennomsnittsalder og i gjennomsnitt flere liggedøgn. Når det gjaldt slektskap til den avdøde var 16 (32 prosent) ektefelle, 30 (60 prosent) barn av avdøde og fire (8 prosent) var andre slektninger eller venner.

Tabell 2 viser en oversikt over innleggelsesdiagnosen til de pasientene som ble overflyttet fra sykehjem.

Pårørende trakk frem erfaringer og holdninger til sykehjem. Det gjaldt både pårørende til pasienter som ble innlagt fra sykehjem og pårørende til pasienter der overflytting til sykehjem ble vurdert fra sykehuset side. Tema som pårørende tok opp var: forventninger til personalet, pårørende som den gamles advokat og sykehuset som symbol på en verdig død (tabell 3).

## PÅRØRENDES FORVENTNINGER

De pårørende hadde klare forventninger til hva slags egenskaper sykehjemspersonalet bør inneha for at deres nære skal få en verdig død ved sykehjemmet. Flertallet av pårørende trakk frem at deres forventninger til sykehjemmet ikke var blitt innfridd. Pårørende ga derimot i liten grad uttrykk for at den gamle delte deres syn. Datter til en 89 år gammel kvinne fortalte at hun var sjokkert over forholdene som var ved sykehjemmet. Moren sa derimot at hun hadde det greit. Datteren sa at hun var irritert på brukerundersøkelser og mente at en må spørre pårørende, siden de gamle klager så lite.

Pårørende stilte krav til personalets kompetanse og til kvaliteten på omsorgen deres nære mottok. Flere pårørende viste til utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft. Pårørende trakk frem at økt kompetanse hos personalet kan bidra til at de gamles behov i større grad blir

**TABELL 2:** Diagnose: pasienter overflyttet fra sykehjem til sykehus (N=25)

Diagnose	N	%
Brystkreft	1	4
Hjerneslag	1	4
Lårhalsbrudd	3	12
Hjertesvikt	6	24
Lungeødem	4	16
Pneumoni	6	24
Andre	4	16
Totalt	25	100

**TABELL 3:** Tema, kategorier og underkategorier som er identifisert hos pårørende

Tema	Kategorier	Underkategorier
<b>Forventninger og tillit til sykehjemspersonalet</b>	Personalets egenskaper Ha tillit til og kunne stole på at behov blir ivare tatt Utfordringer i kommunikasjon	Faglighet og høy kompetanse hos personalet Flere faglærte blant personalet Ivaretagelse av grunnleggende behov Fremme livskvalitet Tilstrekkelig ivaretagelse av behov Utfordringer i kommunikasjon mellom personalet og den gamle Forståelse for den gamles situasjon Språkbarrierer, personalet må beherske det norske språket Mange ufaglærte
<b>Pårørende som den gamles advokat</b>	Sin næres advokat Overvåker endring i sin næres helse-tilstand Tilsyn fra legevakten Sykehusinnleggelse	Pårørendes rolleskifte, tilstede, observerer og gir tilbakemeldinger Press fra pårørende Legevakten legger inn den gamle Pårørende fornøyd med beslutningen om å legge inn den gamle i sykehus Til den gamles beste
<b>Sykehuset som symbol på en verdig død</b>	Pårørende og sykehjem ønsker sykehusinnleggelse ved akutt sykdom Sykehuspersonalets kompetanse	Akuttsykdom Sykehjem mangler ressurser Mange ufaglærte Trygghet Lindrende behandling Verdig død

dekket. Pårørende så utfordringer i forhold til kommunikasjon mellom deres nære og de ansatte ved sykehjemmet. Det ble forventet at sykehjemspersonalet hadde tilstrekkelig norskkunnskaper, og de pårørende trakk frem at det var flere av personalet som ikke snakket godt nok norsk. En datter fortalte at sykehjemspersonalet viste liten forståelse for

ikke gjorde nok for den gamle. To pårørende opplevde at deres nære ble overdosert med beroligende medikamenter under sykehjemsoppholdet. Datter fortalte at den 86 år gamle moren rev av seg bandasjen fra operasjonsåret etter lårhalsbrudd. Datteren spurte personalet om det ikke var noe de kunne gjøre for at moren ikke skulle klø i såret.

” Flertallet av pårørende trakk frem at deres forventninger til sykehjemmet ikke var blitt innfridd.

morens (75 år) situasjon. Datteren beskrev moren som gammel og redd. Personalet syntes nok at moren var utidig. Moren var nok det, men de burde opptrådt profesjonelt og burde forstått at hun ikke var slik i utgangspunktet. Moren var nå i en krise, fortalte datteren.

Det ble forventet at personalet skulle ivareta beboernes behov utover personlig hygiene og ernæring. Sykehjemspersonalet burde også iverksette tiltak som kunne heve beboernes livskvalitet. Pårørende så ressurser ved sykehjemmet som personalet ikke tok i bruk. Ifølge en pårørende, hadde sykehjemmet en flott hage, men pasientene ble i liten grad aktivisert og var aldri ute. Datter til 88 år gammel kvinne fortalte at moren hadde det greit, men ikke noen mer enn det. Moren var aldri ute. Hun trengte følge for å gå, men ble ikke aktivisert av personalet.

For pårørende var det viktig å ha tillit til og kunne stole på at personalet ivaretok deres næres behov. Flere pårørende opplevde at behov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt og at personalet

Familien opplevde at personalet ikke gjorde noe med dette. En pårørende som var fornøyd med sykehjemsoppholdet trakk frem relasjonen til sykepleierne og sykepleiernes holdninger. Moren hadde hatt to sykepleiere som var helt spesielle omsorgspersoner som gjorde langt mer enn det som kunne forventes.

#### PÅRØRENDE SOM ADVOKAT

Da pårørende opplevde endring i den gamles helsetilstand, påpekte de endringene ovenfor sykehjemspersonalet. Personalet vurderte pasienten og valgte ofte å se an situasjonen. Pårørende opplevde ikke alltid at personalet tok deres bekymring på alvor. Pårørende fortsatte å følge nøye med og inntok rollen som den gamles advokat. Dersom pasienten ikke ble bedre eller pårørende var uenige i vurderingen, sto pårørende på sitt og presset på for at legevakt skulle tilkalles. En pårørende fortalte at faren (89 år) hadde vært syk en stund med lungeproblemer. Personalet hadde ringt legevakten, men det kom ingen lege. Da datteren kom på besøk, fikk faren

et akutt illebefinnende. Datteren lagde mye oppstyr og forlangte at det ble ringt etter lege. Personalet gjorde som datteren krevde. Det virket som at i tilfellene der legevakt ble tilkalt, endte det med sykehusinnleggelse. Ingen av de pårørende som ble intervjuet opplevde legevaktlegens avgjørelse om å legge inn deres nære på sykehus som uheldig eller negativ. Pårørende var fornøyd med at den gamle kom på sykehus. Legevaktens handlinger og væremåte ble fremhevet. Ifølge pårørende handlet legen raskt, viste respekt, var villig til å gjøre alt for moren (87 år) og la henne inn på sykehus.

#### VERDIG DØD PÅ SYKEHUS

Flere av sykehjemspasientene var akutt syke på innleggelses-tidspunktet. For både sykehjem og pårørende var sykehuset et symbol på god behandling og lindring. Datter fortalte at hennes 77 år gamle mor fikk lungebetennelse og ble dårlig. Ifølge datteren kunne ikke sykehjemmet pleie henne fordi de ikke hadde medisinsk kapasitet til det. Moren ble innlagt på sykehus. Pårørende rapporterte om utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft. Sykehuspersonalets kompetanse og profesjonalitet bidro til at de pårørende opplevde å bli godt ivaretatt. Datter fortalte at hennes 89 år gamle far ble «væsket opp» og fikk ernæring slik at han våknet til igjen. Familien opplevde å få god kontakt med ham igjen før han fikk en verdig død på sykehuset.

#### DISKUSJON

Hensikten med artikkelen har vært å få mer kunnskap om faktorer som kan bidra til overflytting fra sykehjem til sykehus i livets siste fase. I tillegg vil vi


drøfte hva som skal til for at pårørende opplever at deres nære får en verdig død ved sykehjemmet. Kvalitative data om tema framkom spontant under intervju med pårørende til avdøde pasienter ved et sykehus. Disse resultatene ble vurdert både som overraskende og interessante.

Akutt sykdom og skade er faktorer som kan bidra til sykehusinnleggelse. I materialet vårt hadde de fleste som ble innlagt fra sykehjem hjertesykdom, lungebetennelse og lungeødem. Diagnoser som kan behandles i sykehjem med tilstrekkelig lege- og sykepleiedekning. Tre av pasientene som ble overflyttet hadde lårhalsbrudd som stort sett er en indikasjon for sykehusinnleggelse (5). Begrensede behandlingsressurser ved sykehjem bidrar trolig til innleggelse i sykehus ved akutt sykdom. I datamaterialet vårt rapporterte flere pårørende om deres opplevelse av et stort antall ufaglærte ved sykehjem. En punktundersøkelse ved sykehjem i fire norske kommuner fant at andelen ufaglærte utgjorde 48 prosent av bemanningen i helgene og 29 prosent på hverdagene (26). Flere av pasientene ble innlagt av andre enn sykehjemets tilsynslege. Ifølge Travis m.fl. (27) ble sykehjemspasienter innlagt på sykehus når pasienten ble tilsett av andre enn primærlegen og når dokumentasjonen var mangelfull. Legevakten befinner seg trolig i en utfordrende situasjon siden kjennskap til pasienten er begrenset. Det kan være vanskelig å få svar på hva pasienten selv ønsker, og det kan være vanskelig å motstå press fra pårørende som ønsker sykehusinnleggelse.

Pårørendes ønske om sykehusinnleggelse kan være en annen medvirkende faktor. Det

kan være vanskelig å akseptere at døden er en naturlig utgang ved det å flytte inn på sykehjem (28). Selv når pårørende er innforstått med at deres nære er i livets siste fase, kan akutte endringer føre til ønske om endring i behandlingsregime og sykehusinnleggelse (27). Sykehus har behandlingsmuligheter som sykehjem ikke innehar. Sykehuset ble sett på som symbolet på god behandling og en verdig død. Det kan antas at pårørende mente at sykehuset er bedre i stand til å lindre ubehagelige symptomer enn sykehjemmet. Studier har avdekket at pårørende ikke er tilfreds med symptomlindring ved sykehjem (9, 10). Et overraskende funn i vår studie var at ingen av pårørende ga uttrykk for at sykehusinnleggelsen hadde vært en belastning for den gamle eller familien. Derimot har andre studier funnet at pårørende var mer fornøyd, når den gamle døde ved

Utilstrekkelig språkforståelse kan føre til kommunikasjonsproblemer mellom helsepersonell og pasienter og svikt ved overføring av informasjon mellom helsepersonell. Gamperiene (32) har undersøkt språkproblemer hos ufaglærte. Kulturelle forhold kan medføre at det å svare nei anses som uhøflig opptreden. Noen svarer derfor positivt uten å ha forstått hva det innebærer og handlingsforløpet kan dermed bli galt (33). Kommunikasjon mellom personalet og pårørende har blitt identifisert som en utfordring med stort forbedringspotensial i sykehjem. Pårørende som var misfornøyd med dødsleiet, trakk frem at de følte seg misforstått av personalet. Pårørende var ikke orientert om at døden var nær og opplevde at de var overlatt til seg selv (17). Dessuten kan mangel på kunnskap om hva man kan forvente seg under et dødsleie være en

 Sykehuset ble sett på som symbolet på god behandling og en verdig død.

sykehjem (8, 11). Fordelen med å behandle pasienter i sykehjem som har tilstrekkelig kompetanse og ressurser, kan være at pasientene får være i kjente omgivelser. Her kan det være lege og pleiere som har hatt kontakt med dem over tid som kjenner deres behov og ønsker. Dette kan fremme kontinuitet i den palliative pleien (14, 29).

Pårørende forventet at sykehjemspersonalet var faglig kompetent og behersket det norske språket godt. Helsetilsynet (30, 31) er bekymret over at en stor andel ansatte i sykehjem har fremmedspråklig bakgrunn.

kilde til angst for pårørende (9). De pårørende etterlyste mer informasjon som var tilpasset deres behov (14). Tillit til personalet og det å kunne stole på at personalet ivaretok deres næres behov var fremtredende i vårt materiale. Flertallet av pårørende i vår studie ga uttrykk for negative erfaringer. Mindretallet var derimot godt fornøyd og trakk frem betydningen av relasjonen til sykepleierne.

Pårørendes inntreden i rollen som den gamles advokat er en faktor som i stor grad kan ha bidratt til sykehusinnleggelse. Pårørende opplevde trolig at personalet ikke

tok deres bekymring på alvor. Det førte til at de nærmest overvåket sin nære og påpekte hva de så ovenfor personalet. Vohras m.fl. (11) studie hadde tilsvarende resultat. Her inntok pårørende, som opplevde at deres forventninger til sykehjemmet ikke ble oppfylt og at deres nære fikk mangelfull omsorg, denne rollen. Pårørende ble mer sensible for endringer i den gamle helsetilstand enn personalet. Det er mye som tyder på at spørsmål om sykehusinnleggelse tas opp for sent med pårørende. I en studie hadde et fåtall av legene innkomstamtale med pårørende ved sykehjemsinnleggelsen. Spørsmål om sykehusinnleggelse ble ofte tatt opp i forbindelse med akutt sykdom (18).

Et sentralt spørsmål er hva sykehjemspasienter ønsker. I vårt materiale kom kun pårørendes ønsker frem. Pårørende sa ingen ting om hva deres nære hadde ønsket. Det kan være vanskelig å avdekke hva svært skrøpelige

pasienter selv ønsker. Grabowski m.fl. (34) har i sin studie av demente i sykehjem reist spørsmålet «whether families with greater oversight tend to make decisions that promote worse quality of care, or whether worse quality of care promotes greater family oversight.» Vohra m.fl. (12) fant en signifikant forskjell på dokumentasjonen i journalen til sykehjemspasienter som ble overført til sykehus, og de som ikke ble det. I journalen til dem som ikke ønsket sykehusinnleggelse kom pasientenes eget ønske klart frem og var godt dokumentert. Bedret dokumentasjon kan lette arbeidet til både legevaktlege og ansvarlig sykepleier når det skal tas stilling til overflytting til sykehus.

En begrensning ved datamaterialet vårt er at vi ikke benyttet båndopptaker. Det kan ha medført at vi har oversett data og at notatene som ble skrevet, kan representere tolkninger av det pårørende fortalte. For å fore-

bygge dette skrev vi ut notatene etter hvert intervju. I denne delen av datamaterialet fra pårørendeintervjuene er det kun kvinner som har fortalt om sine opplevelser i forhold til sykehjem. Det kan ha medført at vi ikke har fått frem alle sidene ved de ulike faktorene. Dataene våre sier ingen ting om pasientens opplevelse, men det var heller ikke hensikten med studien.

## KONKLUSJON

Funnene i vårt materiale tyder på at pårørende ser behov for mer faglært personell ved sykehjem. Dessuten er det indikasjoner for at det er behov for språkopplæring blant de ansatte slik at alle snakker tilstrekkelig godt norsk. Det er behov for økt kompetanse innen palliasjon hos sykepleiere og leger. Kunnskap innen symptomlindring og god kommunikasjon mellom pårørende og personalet er viktig for at pårørende skal oppleve at deres nære får en verdig død ved sykehjem.

## REFERANSE

1. Vibe O, Sørbye LW, Grue EV. Hvordan vet du det? – Dokumentasjon i sykehjem. Sykepleien 2003;91:36-9.
2. SSB. Dødsfall av underliggende dødsårsak, etter dødssted. 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/arkiv/tab-2006-06-01-19.html>. [Nedlastet 21.09.09].
3. SSB. Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid, etter kjønn. 1989–2008. 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/tab-2009-04-23-05.html>. [Nedlastet 21.09.09].
4. Husebø BS, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:1352-4.
5. Ranhoff AH, Linnsund JM. Når skal sykehjemspasienter legges inn i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:1844-7.
6. Menec VH, Nowicki S, Blandford A, Veselyuk D. Hospitalizations at the end

- of life among long-term care residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009;64:395-402.
7. Sørbye LW, Steindal S. Death and dying in hospital – using the resident assessment instrument for palliative care. Nordisk gerontologisk forening, Oslo. 2008.
8. Wilson SA. Family perspectives on dying in long term care settings. Journal of Gerontological Nursing 1999;25:19-25.
9. Shield RR, Wetle T, Teno J, Miller SC, Welch L. Physicians «missing in action»: Family perspectives on physician and staffing problems in end-of-life care in the nursing home. J Am Geriatr Soc 2005; 53:1651-7.
10. Reynolds K, Henderson M, Schulman A, Hanson LC. Needs of the dying in nursing homes. Journal of Palliative Medicine 2002;5:895-901.
11. Vohra JU, Brazil K, Hanna S, Abelson J. Family perceptions of end-of-life care in long-term care facilities. Journal of

- Palliative Care. 2004;20:297-302.
12. Vohra JU, Brazil K, Szala-Meneok K. The last word: Family members' descriptions of end-of-life care in long-term care facilities. J Palliat Care 2006;22:33-9.
13. Forbes S. This is Heaven's waiting room: end of life in one nursing home. J Gerontol Nurs. 2001;27:37-45.
14. Goodridge D, Bond JBJ, Cameron C, McKean E. End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. International Journal of Palliative Nursing 2005;11:226-32.
15. Travis SS, Bernard M, Dixon S, McAuley WJ, Loving G, McClanahan L. Obstacles to palliation and end-of-life care in a long-term care facility. Gerontologist 2002;42:342-9.
16. Gjerberg E, Bjørndal A. Hva er en god død i sykehjem? Sykepleien Forskning 2007;2:174-80.
17. Kaarbø E. Omsorg og behandling for

sykehjemspasienten i livets slutfase. Bergen: Høgskolen i Bergen. 2007.

**18. Husebø BS, Husebø S.** Ethiske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:2926-7.

**19. Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB.** Dying with advanced dementia in the nursing home. Arch Intern Med 2004;164:321-6.

**20. Lamberg JL, Person CJ, Kiely DK, Mitchell SL.** Decisions to hospitalize nursing home residents dying with advanced dementia. J Am Geriatr Soc 2005;53:1396-401.

**21. Cartwright A, Hockey L, Anderson JL.** Life before death. London. 1973.

**22. Sørbye LW, Steindal S.** Omsorg for døende og deres pårørende – hva har endret seg i løpet av en 30-årsperiode? Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2009;4:37-42.

**23. Sørbye LW, Hjort PF, m.fl.** Nøkkel-spørsmål i dødspleien: når er tiden inne?

Tidsskr Nor Lægeforen 1979;99.

**24. Sørbye LW.** A longitudinal study on dying in a Norwegian hospital. International Journal of Palliative Nursing; 2000;6:71-9.

**25. Polit DF, Beck CT.** Nursing research. Principles and methods. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2004.

**26. Dolonen KA.** Ikke etter planen. Sykepleien.no, 2009: Tilgjengelig fra: [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p\\_document\\_id=257704](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=257704) (Nedlastet 25.01.10).

**27. Travis SS, Loving G, McClanahan L, Bernard M.** Hospitalization patterns and palliation in the last year of life among residents in long-term care. Gerontologist 2001;41:153-60.

**28. Munn JC, Dobbs D, Meier A, Williams CS, Biola H, Zimmerman S.** The end-of-life experience in long-term care: five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff.

Gerontologist 2008;48:485-94.

**29. Wette T, Shield R, Teno J, Miller SC, Welch L.** Family perspectives on end-of-life care experiences in nursing homes. Gerontologist 2005;45:642-50.

**30. Helsetilsynet.** Tilsyn ved Majorstutunet bo- og behandlingssenter i bydel Uranienborg Majorstuen. Oslo. 2002.

**31. Helsetilsynet.** Rapport fra tilsyn med Hovseterhjemmet. Oslo: Helsetilsynet i Oslo og Akershus. 2008.

**32. Gamperiene M.** «Health and work environment among women in unskilled occupations». Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin: Universitetet i Oslo. 2008.

**33. Selnes E.** Vasker seg syke. Oss tilittsvalgte informasjonsblad for tilittsvalgte, 2008.

**34. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA.** Predictors of nursing home hospitalization: A review of the literature. Med Care Res Rev 2008;65(1): 3-39.

Les kommentaren på side 147 >>

## Les flere anmeldelser på nett



- Alle bokanmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- Let og les i vårt bokarkiv på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)
- Anmeldelsene ligger under menyknappen «**fagutvikling**» øverst til venstre på siden.
- Sykepleien anmelder mest fagbøker innenfor sykepleie, medisin og samfunnsfag, men også noe skjønnlitteratur.

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

# Ønsker å dø i kjente omgivelser

› Det er etisk og faglig vanskelig å vurdere om terminale pasienter skal overføres fra sykehjem til sykehus.



**Av Silje Helene Gundersen Højlund**

Mastergrad student i klinisk sykepleie, palliasjon, Hibu Drammen.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Jeg har jobbet i 13 år på et sykehjem og gjenkjenner en rekke av de funnene som Steindals og Wergelands artikkel viser til. Jeg blir ofte stilt ovenfor pårørende som føler seg maktesløse og dårlig ivaretatt av personalet, og som etterlyser en tettere oppfølging av lege. Jeg har på mine ansvarsvakter ansvar for 125 pasienter alene. Dette har fått meg til å reflektere over at sykehjemmet i stor grad er avhengig av gode rutiner, forebyggende tiltak, god legedekning og gode dokumentasjonsrutiner for å kunne operere forsvarlig.

Mange av pasientene som kommer til et sykehjem i dag har i gjennomsnitt fem til sju alvorlige diagnoser. I artikkelen la jeg spesielt merke til ordlyden «pårørende var fornøyde med innleggelsen». Erfaringsbasert kunnskap tilsier at de pasientene som ikke er terminale og som må inn på sykehus uttrykker glede og ro over å komme på sykehjemmet igjen. Min oppfatning er at det samme gjelder for terminale pasienter. De ønsker trygghet og ro i kjente omgivelser den siste tiden.

Ifølge artikkelen føler pårørende seg ofte maktesløse og dårlig ivaretatt av personalet. Erfaringsmessig er det ikke noe nytt at pårørende presser på for at deres nærmeste skal bli behandlet på sykehus. Mange går inn i en sorgprosess samtidig med pasientens dødsprosess. I denne sorgprosessen føler mange seg maktesløse over å se sine nære gradvis bli svekket og frykten for at de skal dø blir større. Denne frykten ser jeg noen ganger at pårørende tar ut på personalet i form av sinne og frustrasjon. Ofte må jeg bruke tid på å diskutere med pårørende som jeg ikke kjenner eller aldri har sett om innleggelse eller ikke av terminale pasienter.

Dette opplever jeg som mangel på informasjon og utilstrekkelig kommunikasjon mellom pårørende og personalet. Det er trist å bruke tid på dette når tiden pasienten og pårørende har igjen i utgangspunktet er knapp. Dette er noe som artikkelen også påpeker, at det er viktig å ha rutiner som ivaretar en kontinuerlig kommunikasjon med pårørende.

Personalet ved et sykehjem er ofte sammensatt av en stor andel ufaglærte, innleide vikarsykepleiere og en legedekning med ett årsverk per 167 pasienter i motsetning til på et sykehus hvor det er ett årsverk på annenhver seng. Dette innebærer ofte mangel på tilfredsstillende kommunikasjon personalet imellom, mangel på grunnleggende kompetanse og gjør det vanskeligere å gjennomføre og utvikle kvalitets-sikringstiltak. Min erfaring, som også artikkelen viser til, er at pårørende og helsepersonell kan ha en ulik oppfatning av hva som er riktig og god pleie. Jeg ser også ofte generasjonsforskjeller når det gjelder hva den gamle vil og hva de pårørende ønsker.

Stort sett er min erfaring at pasienter i livets siste fase blir hvor de er. Avgjørelsen er etisk og faglig sett vanskelig, og jeg opplever at den i for stor grad faller på sykepleieren i forhold til hva lovverket og gitte føringer tilsier.

Les artikkelen på side 140



**Hva tilfører denne artikkelen?**

Artikkelforfatterne har undersøkt hvilke sider ved sykehjemsarbeidet som gir mening for de sykepleierne som har arbeidet lenge i sykehjem.

**Mer om artikkelforfatterne:**

Siri Meyer er sykepleier med master i sykepleievitenskap. Hun er ansatt som høgskolelektor ved Høgskolen i Buskerud. Grethe Eilertsen, er sykepleier og dr.polit. Hun er

førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud. Siri Ytrefhus er sykepleier, sosiolog og dr.polit. Hun er professor ved Høgskolen i Buskerud. Kontaktperson: siri.meyer@hibu.no



Foto: Erik M. Sundt

**Studiens bakgrunn:** Behovet for kompetent fagpersonell er økende innen hele det geriatriske feltet. Kvalifiserte og dyktige sykepleiere på sykehjem er avgjørende for en fremtidig god omsorg for skrøpelige gamle. Det foreligger relativt lite forskning om hva erfarne sykepleiere i norske sykehjem anser som meningsfullt i arbeidet.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hva erfarne sykepleiere på sykehjem oppfatter som særlig meningsfullt i arbeidet.

**Metode:** Studiens design er beskrivende og fortolkende. Åtte sykepleiere uten videreutdanning, med minimum fem års arbeidserfaring fra sykehjem ble intervjuet.

**Resultater:** Sykepleierne ga uttrykk for at de hadde et svært meningsfullt arbeid. Særlig ble muligheten for nærhet og langvarig kontakt med pasientene og deres pårørende fremhevet som positive sider ved arbeidet. Morgenstellet ble fremholdt som en særdeles viktig anledning til samhandling med pasienten, til observasjon, lindring

og til å skape velvære. Mulighetene sykehjemsarbeidet gir for et variert arbeid, til spesialisering og individuell utforming av yrkesrollen ble høyt verdsatt og erfares som meningsfulle sider ved arbeidet.

**Konklusjon:** Utvikling og oppbygging av fagkompetanse i tråd med egeninteresser ansees som særlig meningsfullt. Det kan forventes ytterligere spesialisering av sykepleierrollen på sykehjem i framtiden. Denne studien gir grunn til å anta at dette er en utvikling sykepleiere vil oppleve som positiv.



# » Meningsfullt arbeid på sykehjem – erfarne sykepleieres perspektiv

Forfatter: Siri Meyer,  
Grethe Eilertsen og Siri Ytrehus

## NØKKELORD

- Geriatri
- Sykepleie
- Sykehjem

## INNLEDNING

Denne artikkelen er basert på en kvalitativ intervjustudie med erfarne sykepleiere på sykehjem og viser hva de opplevde som meningsfylt i arbeidet.

## BAKGRUNN OG LITTERATUR

Nyutdannede sykepleieres syn på arbeidet på sykehjem er studert i flere sammenhenger. Flere undersøkelser viser at nyutdannede sykepleiere ikke ønsker å arbeide på sykehjem (1, 2, 3). Årsaker til dette er særlig engstelse for kompleksiteten i arbeidet og at de blir stående mye alene.

Mye tyder på at hvor lenge de har vært tilknyttet arbeidsplassen innvirker på hvordan yrkesutøvelsen vurderes, og på hva som opplevs som meningsfulle sider ved arbeidet (5, 6). Det å løfte fram erfarne sykepleieres syn på og holdning til arbeid på sykehjem synes derfor viktig. Benner & Wrubel er opptatt av at sykepleierne kan utvikle en

ekspertpraksis etter noen års erfaring (6). Fagermoen fant at sykepleiere som hadde arbeidet i minimum fem år hadde utviklet en dypere mening og faglig forpliktelse til arbeidet (7). Tilsvarende funn er presentert i en australsk studie blant sykepleiere med lang erfaring innen langtidspleie blant eldre. Disse var særlig motivert til å fortsette, fordi de opplevde at de utviklet evnen til å øke pasientenes livskvalitet (8).

Forskning har også belyst hvilke sider ved sykehjemsarbeid sykepleierne i særlig grad verdsetter. Arbeidsmiljøforhold, faglige utfordringer og det særskilte ved pasientkontakten framheves. Varierte arbeidsdager, godt arbeidsmiljø (9) og mulighet til medbestemmelse og samarbeid (10) ansees også som betydningsfullt. Sykepleierne fremhever selvstendighet i arbeidet, samarbeidet med legetjenesten (11) samt muligheten til å yte god omsorg overfor både pasienter og pårørende (5, 9, 11, 12).

Internasjonal forskning har avdekket at fravær av teamarbeid, stor arbeidsbelastning (13), liten kontroll over arbeidssituasjonen (16), manglende mulighet til meningsfylt arbeid (14) og til å arbeide i tråd med faglige standarder (15) er negative faktorer ved sykehjemsarbeidet. Man-

glende mulighet for å ta hensyn til en økende kompleksitet er en annen negativ faktor som fremheves (17).

Sykehjemmene spiller en helt sentral rolle i eldreomsorgen. Den norske sykehjemsomsorgen er i endring: Det er de sykeste gamle som får plass på sykehjem (20). Sykehjemmet skal både være et hjem for pasientene og tilby medisinsk behandling (22, 23). Tidlig utskrivning fra sykehus endrer kravene til sykepleierne på sykehjemmene (21). Det å sikre gode arbeidsbetingelser for sykepleierne antas å være en avgjørende faktor for å få til en god sykehjemsomsorg. I den sammenheng er det viktig å få kunnskap om hvordan sykepleierne selv ser på det å arbeide på sykehjem.

Målet med studien var å undersøke hva erfarne sykepleiere på sykehjem oppfattet som særlig meningsfylt i arbeidet. Tema som diskuteres her er muligheten arbeidet ga til nærhet og langvarig kontakt med pasientene, og til utvikling av egne interessefelt og spesialområder.

## DESIGN

Studiens design er beskrivende og fortolkende. I alle ledd i forskningsprosessen, i spørsmålsstillinger, dataskapning, analyse og i konklusjonen, må forske-

ren ha fokus på sin forforståelse. I den foreliggende studien (24) synliggjøres forfatterens avgrensninger og forforståelse gjennom forskningsspørsmålene og intervjuguiden. Avgrensninger i intervjutema indikerer at det ikke var en fullstendig åpenhet i intervjusituasjonen, og dermed ikke den forutsetningsløse holdningen fenomenologien som metode etterspør. Likevel er det etterstrebet et fenomenologisk perspektiv i intervjusituasjonen og transkriberingsfasen, med vekt på «intervjupersonens erfaringer og fremheving av presise beskrivelser» (26).

I analyse og drøftingsdelen benyttes hermeneutikk som metode for å forstå teksten fra de transkriberte intervjuene. Ifølge Eilertsen (25), utvider Gadamer hermeneutikken til å fremstå som et grunnleggende mønster for all menneskelig forståelse av meningsbærende fenomener. Han fremhever at enhver forståelse er betinget av en forforståelse eller fordom, som gjør ny forståelse mulig. Med dette som bakgrunn har analyse og drøftingsdelen i studien basert seg på ulike faser av forståelse i en hermeneutisk sirkel mellom intervjutekster, aktuell teori og forskning og egen forforståelse.

### REKRUTTERING OG UTVALG

Ledere ved to sykehjem i to landkommuner ble innledningsvis kontaktet for å få tilgang og hjelp til å rekruttere deltakere. Deltakere skulle ha arbeidet fem år eller mer på sykehjem. Samtlige sykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriet fikk informasjonskriv om studiens bakgrunn og hensikt. Sykepleiere som ønsket å delta meldte seg selv ved å returnere samtykkeerklæring (24).

Utvalget besto av åtte sykepleiere som hadde lang erfa-

ring fra å arbeide på sykehjem. Fordi andelen sykepleiere som arbeider i norske sykehjem med spesial- eller videreutdanning etter høyskoleutdanning utgjør et mindretall, ble utvalget sammensatt av sykepleiere som kun hadde grunnutdanning i sykepleie.

### KVALITATIVE INTERVJUER

Med bakgrunn i litteratur og forskning ble det utarbeidet en intervjuguide som dekket studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Kvale & Brinkman benevner semistrukturerte intervjuer som faglige samtaler (26). Intervjuspørsmålene ble utarbeidet med vekt på at de skulle være åpne og gi rom for deltakernes refleksjoner rundt tema. Hovedtema i intervjuguiden omhandlet sykehjemmet som arbeidsplass, hva som var særskilt i arbeidet, og hva sykepleierne opplevde som meningsfylt i arbeidet. Det ble gjennomført to pilotintervjuer som viste at det ikke var behov for å gjøre endringer i intervjuguiden. Intervjuer var SM. Intervjuer er selv sykepleier med spesialutdanning i aldring og eldreomsorg. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassene. De ble tatt opp på lydbånd, og transkribert, også av SM (24). Materialet utgjorde 320 sider.

### ANALYSE

Analyseprosessen starter allerede i intervjusituasjonen når deltakeren selv oppdager nye forhold i løpet av intervjuet (26), og ved at intervjuer fortløpende undersøker med deltakeren om utsagnene er forstått riktig. I studien var den fortløpende korrigeringen og selvkorrigeringen særlig viktig (26), fordi de transkriberte intervjuene ikke skulle tilbake til deltakerne og fordi når

dette analysetrinnet gjøres på en etterrettelig måte, anses det som betydningsfullt for studiens kvalitet (ibid.). Som eksempel på selvkorreksjon ble hvert intervju avsluttet med en oppsummering av de punktene som intervjueren anså som mest sentrale. Flere ganger la deltakeren til opplysninger der hun opplevde disse som ufullstendig/mangelfulle.

Analysen tok utgangspunkt i Kvale & Brinkmans anvisninger for analyse av kvalitativt materiale (26). I arbeidet med analysen utgjorde forskningsspørsmålene en viktig rettesnor, samtidig som det ble vektlagt å lese teksten på en så uforutinntatt måte som mulig for å fremstille deltakerens ståsted. Innledningsvis ble meningsenheter identifisert og kodet. Deretter ble det gjort en meningsfortetting, der hensikten var å korte ned (kondensere) teksten for å få frem det sentrale i beskrivelsene. I neste trinn ble meningsenheter analysert og systematisert i kategorier. Kategoriene ble dannet ved at meningsenheter med beslektet innhold ble ordnet sammen.

De endelige kategoriene som presenteres i denne artikkelen er: 1. Mulighet til nærhet og langvarig kontakt med pasientene 2. Mulighet til et mangfoldig arbeid, spesialisering og individuell utforming av yrkesrollen

### ETISKE OVERVEIELSER

Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra samtlige deltakere. Studien har et lite utvalg og av den grunn er bokmål benyttet i sitatene. Alle opplysninger er konfidensielt behandlet og all informasjon som kunne føre til gjenkjenning ble fjernet i transkriberingen. Studien ble vurdert som ikke meldepliktig av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (24).

## RESULTATER

To hovedtema blir nærmere beskrevet. Det første omhandler betydningen av nærhet og langvarig kontakt med pasientene, og mulighetene dette gir for å utøve en helhetlig omsorg. Det andre handler om verdien av det mangfoldige arbeidet og muligheter til spesialisering og individuell utforming av sykepleierollen.

## NÆRHET OG KONTAKT

Sykepleierne ga uttrykk for at de hadde et svært meningsfylt arbeid. Særlig framhevet de muligheten til nærhet til pasienten og langvarig kontakt som positive sider ved arbeidet. Mulighet for kontinuitet i omsorgen ga en nærhet som var ensbetydende med god kjennskap til pasientene. De arbeidssituasjonene som ga mulighet til nærhet var derfor særlig viktige for sykepleierne. Morgenstellet var en slik situasjon. Morgenstellet ble beskrevet som den viktigste samhandlingen de hadde med pasienten i løpet av dagen, og som hovedanledningen til å fange opp signaler fra pasienten.

Sykepleierne la vekt på at den gamle hadde omsorgsbehov som ikke bare handlet om sykdom, men også om tid, lindring og velvære. Den nærheten morgenstellet åpnet for, ga mulighet til ivaretagelse av disse behovene.

Sykepleierne fremhevet kontakten med pårørende for å oppnå nærhet til pasientene, og arbeidssituasjonen ga mulighet til å bli godt kjent med de pårørende. Kontakten med pårørende ble ikke bare sett på som et virkemiddel for å oppnå nærhet til pasientene. God kontakt med pårørende var et mål i seg selv. Sykepleierne ønsket at pårørende skulle føle seg komfortable både med å ha sine gamle på sykehjemmet og til å komme

på besøk. En sykepleier sa: «Det er viktig å formidle de positive tingene. Sånn at pårørende vet at vi er nær dem, hos dem, hører dem – det er viktig for dem. At det ikke rett og slett er vasking, påkledning og bleieskift – det er så veldig mye mer. Vi lever med dem.»

Sykepleierne var opptatt både av pasientens her og nå-situasjon og av pasientens fortid og fremtid. En sykepleier sa: «Du får sett livet, hørt utrolig mange livshistorier, møtt mange forskjellige personligheter. Det overrasker meg hvor forskjellig man kan være som person, hvor forskjellige liv man har levd.»

Flere av sykepleierne hadde ikke bare god kunnskap om pasienten og de pårørende, men også om lokalsamfunnet. Lokalkunnskap gjorde at sykepleierne kunne forstå den eldre i en sosial og kulturell kontekst. Det å bo og jobbe i samme kommune ga gode muligheter for dette.

Ikke bare ble sykepleierne godt kjent med pasientene. Sykepleierne la vekt på at pasi-

som var vesentlig i arbeidet. God smertelindring, et godt morgenstell og tilstrekkelig tid til aktivisering og stimulering ble nevnt som eksempler.

## UTFORMING AV YRKESROLLEN

Ikke overraskende la alle vekt på at de opplevde det som positivt å ha muligheten til å bruke sitt fag. Fagkompetansen ble en premiss for «å hindre rutiner for rutinenes skyld». Sykepleierne fremhevet at arbeidsoppgavene på sykehjemmet spenner over et stort område. Mangfoldet i sykepleierrollen ble for eksempel beskrevet slik: «Vi er forskjellige vi sykepleiere, det er veldig bra, noen er veldig nøkterne – liker kanskje å ha litt mer avstand. Vi kan utfylle hverandre, veilede hverandre, sette hverandre litt på plass med holdningene våre.»

Mangfoldet ga mulighet for å sette et individuelt preg på yrkesrollen og forme rollen i en retning de selv ønsket. Dette var positivt. Flere var opptatt av at de fikk muligheter til å utvikle egne interessefelt og fagprosjekter, og

” God kontakt med pårørende var et mål i seg selv.

entene også ble godt kjent med sykepleierne. Sykepleierne mente at dette gjorde at de fikk positiv respons på omsorgen de ga, noe som var viktig for dem. Nettopp denne langvarige pasient-pleier relasjonen oppfattet sykepleierne som en årsak til mye av den positive responsen de fikk fra pasientene. Flere var opptatt av at sykehjemmet var det siste stedet pasientene skulle være, og beskrev denne tiden som «den dyrebare» tiden. Det varierte hva

fremhevet viktigheten av disse mulighetene. Dette kunne være særinteresser innenfor faget, for eksempel palliativ pleie, musikkterapi eller å jobbe med oppdatering innen fagdokumentasjon. Andre var opptatt med opplæring og studenter. Arbeidet med studenter ga mulighet til refleksjon over eget arbeid, og virket stimulerende i bevisstgjøringen av hva som var viktig for dem som fagpersoner. Samtidig tilførte studentene sykehjemmet

mye i form av nytenkning og ny kunnskap.

Flere fremhevet at medisinsk oppfølging var en mye større del av arbeidet i dag sammenlignet med tidligere. Pasientene var sykere. Flere følte de hadde et stort medisinsk ansvar. Dette ga mulighet for fagutvikling. På det ene sykehjemmet der legetjenesten ble vurdert som god, var sykepleierne positive til økt medisinsk ansvar og opplevde det som betydningsfullt for kvaliteten på sykepleietjenesten. Der legedekningen derimot var lav, opplevde sykepleierne at håndtering av spesielle medisinske problemer ble en belastning.

Det var imidlertid ikke alltid arbeidssituasjonen tillot en individuell, utforming og spesialisering. Flere fremhevet at muligheten til å få sette sitt preg på arbeidet var avhengig av god sykepleiedekning.

### DRØFTING

Innledningsvis pekte vi på at nyutdannede ikke ønsker sykehjemmet som arbeidsplass. Det vil være mange og sammensatte faktorer som kan påvirke sykepleiere til å velge sykehjemmet som arbeidsplass. Lønn, alternative arbeidsplasser og arbeidstid er faktorer som kan spille en rolle (9). Denne artikkelen fokuserer på hvilke sider ved sykehjemsarbeidet som gir mening for de sykepleierne som har arbeidet lenge i sykehjem.

Vi har trukket fram to sider ved sykepleiernes arbeid. For det første, og i tråd med resultater fra annen forskning, har vi sett at sykepleierne satte pris på muligheten som arbeidet ga til å gjøre en god jobb ansikt til ansikt med pasienten. Arbeid på sykehjem ga gode betingelser for nærhet til pasientene, og en helhetlig forståelse av pasientens situa-

sjon og behov. Dette var typisk og beskrivende for den arbeidssituasjonen morgenstellet representerte. Annen forskning har vist hvor viktig morgenstellet er for observasjon av den eldre (28, 29, 30). Det denne studien tyde-



Nærhet og kontinuitet i stellet ga en følelse av å gjøre en god jobb.

liggjør, er at morgenstellet er en særlig meningsfull arbeidssituasjon for sykepleierne. Nærhet og kontinuitet i stellet ga en følelse av å gjøre en god jobb.

Det å følge pasientene over lang tid er særegent for sykehjemsarbeidet og en side som forskningen viser at sykepleiere verdsetter (2, 3, 5, 9). Dette er også fremtredende i denne studien. Vi har sett at deltakerne la stor vekt på mulighetene arbeidet ga for å bli godt kjent med pasientene. Denne studien viser i tillegg at sykepleiernes lokalkunnskap kan spille en rolle og ha betydning for pasientkontakten. Lokalkunnskap kan gi økt forståelse for den enkelte elders situasjon og behov. Dette kan være mer fremtredende i denne studien fordi den er utført i to landkommuner, på en annen side kan man ha lokalkunnskap i byer også.

Denne artikkelen omhandler primært sider ved arbeidet sykepleierne opplever som meningsfulle. Situasjonen for pasienten er ikke tema. Vi skal imidlertid kort nevne at kontinuitet og nærhet som oftest er positivt for pasientene, samtidig som denne type bånd kan stille særlige krav med tanke på å sikre pasientenes integritet. Ikke alle pasienter ønsker å få «avdekket» alle sider ved sin tilværelse eller hele livshistorien.

Ikke all lokalkunnskap er relevant kunnskap. Dette er sider ved institusjonsomsorgen som er drøftet andre steder (2, 24, 27).

Sykepleierne setter stor pris på responsen de får fra pasientene, og godt kjennskap til hverandre synes

å være en forutsetning for dette. Positive tilbakemeldinger kan også forstås som en bekreftelse på at arbeidet utføres i tråd med faglige normer og standarder.

Det andre hovedområdet som er framhevet ovenfor, er muligheten arbeidet ga til en yrkesutøvelse i tråd med egne faglige interesser og ønsker. Forskning viser at mange sykepleiere som tar spesialutdannelse ikke fortsetter i den daglige pasientnære sykepleien (29). Annen forskning viser at andre grupper av ansatte på sykehjemmene har tilegnet seg kunnskap og erfaring som følge av sykepleiernes faglige veiledning, mens sykepleierne er den faggruppen som er minst fornøyd av alle yrkesgrupper på sykehjem med hensyn til fagoppdatering (30). Vi har her sett at flere vektla muligheten arbeidet ga til å utvikle fagprosjekter og en yrkesutøvelse i tråd med individuelle faglige interesser og ønsker. De varierte arbeidsoppgavene på sykehjemmet ga god mulighet for dette. Variasjonene i arbeidsoppgaver ivaretok sykepleiernes behov for fagutvikling. Vår analyse får også fram hva som hindrer et meningsfullt arbeid. Dette kan omhandle organiseringen av arbeidet, sykehjemmets omgivelser og ressurser (13-16). Alt dette kan

påvirke mulighet til kontinuitet og nærhet med pasientene og til utvikling av egen kompetanse i tråd med egne interesser. Forskningen peker på at manglende mulighet for sykepleierne til å ta hensyn til den økende kompleksiteten i sykehjemmet kan skape utilfredshet (17). I denne studien har vi sett at sykepleierne verdsetter kompleksiteten, fordi den gir mulighet til utvikling av spesialfelt og spesialkompetanse. Det er imidlertid ikke overraskende at det å være alene som sykepleier på jobb oppleves som negativt, og at arbeidet da blir preget av rutiner. Muligheten til å ta i bruk spesielle faglige interesseområder og utforme yrkesrollen i tråd med spesialkunnskap og spesialinteresser blir mindre.

Sykepleierne ser positivt på muligheten sykehjemsarbeidet gir til et tett samarbeid med legetjenesten. De opplever det som utfordrende dersom det er for få legeressurser tilknyttet sykehjemmet. Likeledes må det være et godt nivå på legetjenestene, ikke bare for å sikre pasientens behov, men også som trygghet for sykepleierne. Trygghet i yrkesrollen kan være en forutsetning for opplevelse av mestring av og mening i arbeidet (31).

Kompleksiteten i sykepleiernes arbeid på sykehjem er stor, og økende. Sykepleierne har det helhetlige ansvaret og skal følge opp medisinsk behandling og helseproblemer og legge til rette for et sosialt liv og trivsel. De to dimensjonene ved arbeidet som deltakerne i denne studien trekker fram som meningsfulle, henspiller på ulike sider ved sykepleiarbeidet. Ikke alle deltakerne hadde spesialfelt eller særinteresser. Imidlertid var alle interessert i og opptatt av pasientkontakten og den daglige, hel-

hetlige omsorgen for pasientene. Også dette feltet kan forstås og identifiseres som et felt der det er behov for kompetanseutvikling og «spesialister».

Deltakerne hadde arbeidet i fem år eller mer på sykehjem. De som ønsket å delta meldte seg. Et hovedinntrykk var at deltakerne var dedikerte til sykehjemsarbeidet og nettopp dette bidro til å få fram meningsfulle sider som var særegne for sykepleierens arbeid.

### BEGRENSNINGER

Deltakerne i denne studien skulle ha arbeidet fem år eller mer på sykehjem og ikke ha spesialutdanning utover sykepleierutdanning. Begge sykehjemmene lå i småkommuner. Hvilke vurderinger sykepleiere med annen bakgrunn og fra andre arbeidssteder vil gjøre om arbeid på sykehjem kan ikke denne studien si noe om.

Studien baserer seg på intervju med få sykepleiere. Imidlertid var det ikke forskjell i synspunkt og vurderinger blant deltakere fra de to sykehjemmene. Vi kan likevel ikke se bort fra at vurderingene ville vært annerledes i et annet utvalg basert på de samme utvalgskriteriene. Aldersspennet til deltakerne var lite og ingen menn deltok.

Hensikten med denne studien har vært å se på sider ved arbeidet på sykehjemmet som oppleves som meningsfylt. Med dette utgangspunktet kan det helhetlige bildet som framkommer muligens bli urealistisk. Inntrykket intervjuene ga, tydet imidlertid ikke på det. De sidene som framheves her var sider ved arbeidet som sykepleiere satte stor pris på.

### PRAKSIS

Denne studien viser at spesialkompetanse og interessefelt også finnes blant sykepleiere uten spe-

sialtutdanning. Kanskje vil sykehjem som legger til rette for at mulighet til å utvikle og opprettholde spesialfelt, oppleve større tilfredshet blant sykepleierne?

Både sykehjemmene og kommunene vil ha stor nytte av å ha oversikt over spesialkompetansen blant sykepleiere i eldreomsorgen. Sykepleiere med spesialfelt, kan være til nytte, ikke bare for eget sykehjem, men også for hjemmetjenesten, andre sykehjem i kommunen og nærliggende kommuner. Samhandlingsreformen fokuserer på kompetanseopprustning av kommunehelsetjenesten (32). Oversikter over kompetansen som faktisk finnes blant sykepleiere, både spesialutdanning og annen spesialkompetanse, er et viktig bidrag i denne prosessen.

### VIDERE FORSKNING

Studien er gjennomført ved sykehjem i to mindre kommuner. I tillegg til kommunistørrelse, legedekning, organiseringen av arbeidet og antallet sykepleiere, kan mange andre strukturelle forhold ha betydning for hvordan sykehjemsarbeidet oppleves og dermed for muligheten til meningsfylt arbeid for sykepleierne. Selv om Norge sammenlignet med mange andre land har en relativt enhetlig sykehjemsomsorg, er det stor variasjon mellom sykehjem. Noen kommuner har sykehjemmet som det primære tilbud til hjelpetrequende eldre. I andre kommuner er innslaget av omsorgsboliger større og disse har til dels erstattet sykehjemmet. Størrelsen på sykehjemmene, avdelingsinndeling og nærhet til sykehus og annen fagkompetanse vil variere. Vi vet lite om hvilken betydning disse faktorene har for sykepleiernes mulighet til meningsfylt arbeid i Norge, eller hvilken betydning

disse har for hva som oppleves som meningsfylt arbeid.

Å sikre god sykepleiedekning på sykehjem ansees som avgjørende for å få til en god eldreomsorg. Det er behov for flere studier som undersøker sykehjemsarbeidet fra sykepleierens perspektiv, både hvordan de ser sykehjemmet som en arbeidsplass, et behandlingssted og et hjem. Videre er det behov for studier som søker å identifisere både fremmede og

hemmende faktorer med tanke på muligheten til å utøve sykepleiarbeidet i tråd med faglige standarder og interesser.

### KONKLUSJON

Særlig meningsfullt for sykepleierne var muligheten arbeidet ga til nærhet og omsorg over tid. Utvikling og oppbygging av fagkompetanse i tråd med egeninteresser ble vurdert som særlig meningsfullt. Det er

rimelig å forvente en ytterligere differensiering og spesialisering av sykepleieoppgavene på sykehjemmene. Denne studien gir grunn til å anta at dette er en utvikling som sykepleiere vil stille seg positive til. Forutsetningen for å få dette til er at det ikke er for få sykepleiefaglige ressurser. Da kan sykepleiarbeidet få et rutinemessig preg.

### REFERANSELISTE

1. Fagerberg I, Kihlgren M. Registered nurses experiences of caring for the elderly in different health care areas. *International Journal of Nursing Practice* 2001;7:229-36.
2. Bergland Å, Lærum H. Hvem vil arbeide med eldre? En undersøkelse blant norske sykepleierstudenter. *Vård i Norden* 1999;19:4-10.
3. Johannesen A. Rekruttering av sykepleiere til sykehjem – Sykepleierens tanker og erfaringer. *Vård i Norden* 2004;4:45-7.
4. Billett S. Learning through work: workplace participatory practices. Rainbird I.H., Fuller A. & Munro A. (Eds.), *Workplace learning in context*, London: Routledge, 2004:109-26.
5. Häggström E, Skovdahl K, Fläckman B, Kihlgren A, Kihlgren M. Work satisfaction and dissatisfaction- caregivers experiences after a two- year intervention in a newly opened nursing home. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:9-19.
6. Benner P, Wrubel J. *Omsorgens betydning i sygepleje*. København: Munksgaard Forlag 2002:399.
7. Fagermoen MS. The meaning of nurses' work. A descriptive study of values fundamental to professional Identity in Nursing. Doktorgradsavhandling. College of Nursing. USA: University of Rhode Island, 1995.
8. Moyle W, Skinner J, Rowe G, Gork C. Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of clinical nursing* 2003;12:168-76.
9. Prentice D, Black M. Coming and staying: a qualitative exploration of Registered Nurses experience working in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing* 2007;2:198-03.
10. Suominen T, Savikko N, Kiviniemi K, Doran D.I, Leino-Kilpi H. Work empowerment as experienced by nurses in elderly care. *Journal of Professional Nursing* 2008;24:42-5.
11. Bergland Å, Vibe O, Martinussen N.

Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? *Sykepleien* 2010;1-14 januar.: 52-4.

12. Johannesen A. Rekruttering av sykepleiere til sykehjem – Sykepleierens tanker og erfaringer. *Vård i Norden* 2004;4:45-7.
13. Lapane KL, Hughes CM. Considering the Employee Point of View: Perceptions of Job Satisfaction and Stress among Nursing Staff in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association* 2007;8:8-13.
14. Chuan Li, Yu-Ching Chen and Hai-Ting Kuo. The relationship between work empowerment and work stress perceived by nurses at long-term care facilities in Taipei city. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:3050-58.
15. VonDras, D D., D. Flittner, et al. Workplace Stress and Ethical Challenges Experienced by Nursing Staff in a Nursing Home. *Educational Gerontology* 2009;35:321-39.
16. Fläckman B, Hansebo G, Kihlgren A. Struggling to adapt: caring for older persons while under threat of organizational change and termination notice. *Nursing Inquiry* 2009;16:82-91.
17. McGilton KS, Bowers B, McKenzie-Green B, Boscart V, Brown M. How Do Charge Nurses View Their Roles in Long-Term Care? *Journal of Applied Gerontology* 2009;28:723-42.
18. Weman K, Kihlgren M, Fagerberg I. Older people living in nursing homes or other community care facilities: Registered nurses views of their working situation and co-operation with family members. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13:617-26.
19. Jensen TL. Sykepleiere og bruk av berøring i forhold til eldre mennesker på sykehjem. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2001;3:131-41.
20. Laake K. *Geriatr i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
21. Nygaard HA. Sykehjemmet som

medisinsk institusjon – et fatamorgana? *Tidsskrift for Norsk Lægeforsening* 2002;122:823-25.

22. Ytrehus S, Nuland B.R. Gull eller gråstein. *Fafo-rapport* 2007;21.
23. Hauge S. Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltd medisinsk studie av sjukeheimen som heim. Avhandling [dr.polit.]. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Det medisinske fakultet, UiO, 2004.
24. Lindholm, SM. Sykepleie på sykehjem – det meningsfulle arbeidet. Masteroppgave Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, UiO, 2006.
25. Eilertsen, G. «Alt er som før, men ingenting er som det var» Gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag. Avhandling [dr.polit.]. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Det medisinske fakultet, UiO, 2005.
26. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen T.M, Rygge J. *Det kvalitative forskningsinter-vjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
27. Alsvåg H. Grænser vi ikke vil se. *Social kritikk* 1991;12/91.
28. Bergland Å, Kirkevold M. Resident-Caregiver, Relationships and Thriving among Nursing Home Residents. *Research in Nursing & Health* 2005;28:365-75.
29. Hatling B, Høgset G. L. Videreutdanning i aldring og eldreomsorg for sykepleiere. 2000;2. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, 2000.
30. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T, Nygård, L. *Bemannig og tjenestetilbud i sykehjem*. 2004; STF78 A045006 Sintef rapport. Trondheim: SINTEF Unimed, 2004.
31. Grønningsether AM. *Omsorgen – den du har inni deg*. Hovedoppgave Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet, UiO, 2001.
32. *Helse og Omsorgsdepartementet, Samhandlingsreformen St.meld. nr. 47, 2008–2009.*

Les kommentaren på side 155 >>

# Gjør sykehjemmene attraktive!

› Vi som jobber i sykehjem må fortelle hvor givende det er.



**Av Ingeborg Nøkleholm**

Sykepleier, skjermet enhet, Løten Helsetun.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen til Meyer, Eilertsen og Ytrehus peker på viktige områder i det daglige arbeid på sykehjemmet; morgenstell, pårørendekontakt og rekruttering. Nærheten til pasientene gjennom samhandling i morgenstellet er særdeles viktig for å gjøre observasjoner, kartlegge ressurser og funksjonsnivå og for å skape et godt tillitsforhold til pasienten. Som sykepleier på en spesialavdeling for mennesker med demens er nettopp det å skape et godt tillitsforhold til pasienten viktig. Det kan gi en grunnstemning av trygghet og glede som pasienten kan bære med seg gjennom hele dagen.

En stor andel av pasientene på sykehjem har en demensdiagnose. For disse pasientene er pårørende en viktig medspiller og ressurs. Artikkelen peker på betydningen av «god kontakt med pårørende som et mål i seg selv, at pårørende er opptatt av at pleierne er nær dem, hos dem og hører dem».

I min avdeling har vi også jobbet bevisst for å skape og opprettholde en god kontakt med pårørende gjennom innkomstsamtaler, årlige oppfølgingssamtaler og kontinuerlig informasjonsflyt. Vi har erfart at dette gir pårørende trygghet og tillit til avdelingen. Jeg er helt enig i at dette er et viktig og spennende arbeid for meg som sykepleier.

Artikkelen peker også på det store medisinske ansvaret de ansatte føler og belastningen dersom legetjenesten er lav. Jeg er helt enig i dette. Vi ser betydningen av god lege- og sykepleiedekning. Vi må få rom til å utvikle oss. Vi trenger videreutdanning og tilgang til faglige fora med diskusjoner rundt de store medisinske og etiske utfordringene vi hele tiden står ovenfor. Dette vil gi personlig vekst, interesse for arbeidet og derved økt kvalitet på tjenesten.

Artikkelen peker på at «nyutdannede ikke ønsker sykehjem-

met som arbeidsplass». I forhold til de utfordringene vi står overfor i framtida, er det viktig med tanke på rekruttering til sykehjemmene at vi har attraktive, spennende og utfordrende arbeidsplasser. Vi som arbeider i sykehjemmene må være bevisste på hvordan vi omtaler arbeidet vårt overfor elever og studenter. Vi har alle et ansvar for å snu den negative holdning til arbeid i sykehjem ved å fortelle hvor spennende og givende dette arbeidet er.

En ting som ikke er omtalt i artikkelen er miljøterapi. Dette er tiltak jeg mener er viktig i det daglige arbeidet med pasientene. Det å gi pasientene «lykkelige øyeblikk» ved å bidra til mestring gjennom for eksempel vaffelsteking, ballkasting og allsang er for meg en svært meningsfull aktivitet i det daglige arbeidet.

Les artikkelen på side 148





## SKJULT LIDELSE

› Kristine Rørtveit har forsket på skyld og skam hos mødre med spiseforstyrrelser. Målfrid J. Frahm Jensen har selv følt problemet på kroppen.

Tekst: Susanne Dietrichson

Foto: Marie von Krogh

Bulimi og anoreksi er gjerne forbundet med unge piker som slanker seg, men faktum er at lidelsen ofte følger kvinnene langt inn i voksenlivet. Et fellestrekk for de fleste kvinnene som sliter med spiseforstyrrelser er at de skjuler sykdommen for omgivelsene.

### VIKTIG TEMA

Kristine Rørtveit er psykiatrisk sykepleier og jobbet poliklinisk da ønsket om å fordype seg i en pasientgruppe meldte seg. Etter hun hadde tatt hovedfag fulgte hun programmet «Kropp og Selvfølelse» i Helse Vest. Kurset handlet om spiseforstyrrelser og gjorde at interessen for temaet ble vekket for alvor. Flere av pasientene Rørtveit hadde jobbet med i klinikken var voksne kvinner med barn. Hun hadde ofte lurt på hvordan det lot seg gjøre å kombinere familieliv og

spiseforstyrrelser. Da professor Elisabeth Severinsson ved Universitetet i Stavanger etterlyste et doktorgradsarbeid om skyld og skam samtidig som at daværende fagsjef Målfrid Meling jobbet for midler til sykepleieforskning på PhD-nivå i sykepleierutdanningen falt mye på plass.

– Dette hadde jeg lyst til. Jeg opplevde at skyld og skam var gjennomgangstema hos denne pasientgruppen og derfor egnet seg godt som utgangspunkt for en slik studie, forteller Kristine Rørtveit.

### KVALITATIV STUDIE

Studien er kvalitativ og basert på åtte individuelle intervjuer. Fem av de åtte kvinnene deltok i tillegg i en fokusgruppe. Samtlige ble spurt om hvordan det er å være mødre med spiseforstyrrelser og hvordan de har det i forhold til skyld og skam.

– *Hva er det som gjør spiseforstyrrelse så skambelagt?*

– Det er flaut å ligge i doskå-

len og spy. Å kaste opp og overspise er ekkelt, det går på selvbildet løs.

Mange av kvinnene Rørtveit har snakket med er i full jobb i tillegg til at de har familie; de er ofte velstelte, ressurssterke og flinke til å holde fasaden. Likevel er de fleste plaget av skyldfølelse. De føler seg ofte små og sliter med selvforakt. Og de er redde for at sykdommen skal overføres på barna.

### BRUKERMEDVIRKNING

– Tenk deg en and som svømmer, skyter Frahm Jensen inn.

– Oppå vannflaten ligger anden og ser rolig og uanstrengt ut, mens under vannflaten jobber føttene som gale for å holde farten oppe.

Frahm Jensen er erfaringskonsulent og taler pasientenes og pårørendes sak inn i helsedivisjonen, Helse Stavanger HF. Hun har selv vært mor med spiseforstyrrelser og kjenner godt igjen problemstillingene Rørtveit beskriver i sitt doktorgradsarbeid.





► Målfrid Frahm Jensen (foran) og Kristine Rørtveit skriver og underviser om kvinner med spiseforstyrrelser.

Rørtveit tror at selv om kvinnene skjuler lidelsen så er det som regel en stor lettelse for dem å snakke om problemene. Hun mener at helsepersonell må tørre å spørre og stille de riktige spørsmålene.

– Det er viktig å stille spørsmål om de grunnleggende tingene som søvn og måltider. Og det er jo nettopp dette som er en av sykepleierens primære oppgave; å sørge for at de basale behovene blir stilt.

### BESKYTTER BARN

– *Hvordan kan sykepleieren vite om en kvinne lider av spiseforstyrrelser?*

– Det kan være flere ting. Innenfor barselomsorgen kan det gi seg utslag i vegring mot å gå på vekten. Og noen kaster opp under graviditeten selv om de egentlig ikke er så kvalme, noe som kan tyde på slike problemer. Svært uregelmessige måltider kan også være et signal om at noe ikke er som det skal. Kvinner

som antyder at de har problemer må tas på alvor og få hjelp!

Rørtveit startet et gruppeprogram for mødre med spiseforstyrrelser på Stavanger DPS, Lassahagen i april. Opplegget baserer seg på forskerarbeidet hennes og består av undervisning, refleksjon i grupper og hjemmeoppgaver. Sentrale temaer er måltidssituasjonen hjemme, og om man skal informere barna eller ikke.

– *Er det riktig å informere barna?*

– Jeg har ikke noe klart svar på hva som er riktig. For noen er det riktig å informere barna, mens andre ønsker å beskytte barna ved ikke å fortelle om sykdommen. Et viktig aspekt er hva og hvordan barna informeres om mors tilstand.

Frahm Jensen er overbevist om at det er viktig å snakke med barna om mors tilstand.

– Ulempen med ikke å gjøre det er at de kan føle at noe er galt, uten å forstå hva det er.

Hvis de ser at mor mister vekt uten å forstå hvorfor kan de bli redde for at det er noe svært alvorlig. De kan også bli redde når mor hele tiden er «syk» og kaster opp.

### STERKE KREFTER

Rørtveit understreker at det er viktig å forstå at sykdommen forårsaker et sterkt mentalt og kroppslig driv. Kraften i spiseforstyrrelsene er så sterk at kvinnene ikke bare kan velge å slutte. For de aller fleste mødre vil barna være det viktigste, men likevel kommer de ikke ut av den onde sirkelen sykdommen innebærer. Dette viser hvor vanskelig det er å overkomme problemene og viser at kvinnene trenger hjelp, mener Rørtveit. Hun peker på at i tillegg til kjennskap til psykologien rundt spiseforstyrrelser, så krever sykdommen kunnskap om fysiologi, og at nettopp derfor kan sykepleierne være en viktig ressurs i arbeidet med spiseforstyrrelser.

Frahm Jensen kjenner igjen Rørtveits beskrivelser av hemmeligholdelse og kan ikke selv huske å ha pratet direkte med barna sine om problemene.

– Jeg ønsket å beskytte barna mine, men de kjenner likevel til sykdommen min. Jeg har gått i psykiatrisk behandling for problemene mine i mange år og jeg har gitt ut fire diktsamlinger. Mange av diktene handler om spiseforstyrrelsene.

– *På hvilken måte bidrar du i arbeidet med spiseforstyrrelser?*

– Jeg fronter behovet for et slikt arbeid som Kristines inn i organisasjonen og jeg sprer informasjon om behandlingstilbudet til kvinner som trenger det. I tillegg underviser jeg nyansatte og studenter på videreutdanningen om selvskadning og spiseforstyrrelser ut ifra et brukerperspektiv, forteller hun.

**Mary Harris Kalfoss**

f. 1947

**Utdanning:** Sykepleier med mastergrad i psykologi og veiledning, Doktorgrad i samfunnsmedisin

**Arbeidssted:** Professor ved Sykepleierutdanningen, Høyskolen Diakonova

## LOVING CARE

› Kjærlig omsorg for pasientene er et gjennomgående tema i forskningen til Mary Kalfoss.

Tekst: Geir Arne Johansen

Foto: Erik M. Sundt

– Jeg forsker fordi jeg ønsker å vite hvordan vi kan gi pasientene en bedre sykepleie. Og jeg er ikke redd for å bruke ordet kjærlighet i sykepleien. Det er en forskjell mellom omsorg og kjærlig omsorg, sier Mary Kalfoss.

Hun snakker av erfaring. Bak seg har hun mange års klinisk erfaring i kreft og palliativ omsorg. Hun har undervist i eldreomsorg og omsorg for mennesker med kroniske lidelser, og vært engasjert i sykepleieforskning om mestring og livskvalitet både nasjonalt og internasjonalt. Siden 1996 har hun ledet Verdens helseorganisasjons (WHO) forskningsgruppe om livskvalitet i Norge.

### PERSONLIGHETSTREKK

– *Hvor går skillet mellom omsorg og kjærlig omsorg?*

– Kjærlighet er en holdning, en hensikt, en følelse, en åndelig impuls. Et personlighetstrekk

som er avgjørende for hvordan sykepleiere forholder seg til omverdenen. Begrepet kjærlighet gir et helhetlig fundament for omsorgen og er både begrunnelsen og målet innenfor sykepleien, sier Kalfoss, og utdyper:



Jeg er ikke redd for å bruke ordet kjærlighet i sykepleien.

– Jeg stiller meg selv spørsmålet: dersom jeg skulle bli syk, sårbar, lidende og døende, hva vil jeg mest av alt ønske fra en sykepleier? Kjærlighet. Å bli elsket, sett, forstått, berørt og verdsatt. Jeg tror at den høyeste åndelige, etiske, menneskelige og ontologiske verdien i sykepleie er kjærlighet.

### PASIENTENES BEHOV

Gjennom årenes løp er det særlig to forskningsprosjekter som har gjort dypt inntrykk på Mary

Kalfoss. Det første skulle få sin spede begynnelse allerede i 1972. Kalfoss var tjuefire år gammel og nyutdannet sykepleier. Hun flyttet fra USA til Norge sammen med sin norske mann og deres fire måneder gamle datter.

Samme år begynte hun å jobbe ved Radiumhospitalet.

– Det var en fantastisk opplevelse, og jeg lærte veldig mye selv om jeg verken snakket eller forsto språket i begynnelsen. Jeg var god på å se sammenhenger og symptomer, og ble veldig var på ansiktsuttrykk og kroppsspråk. I ettertid ser jeg at det var tøft, men jeg elsket virkelig yrket mitt.

I 1976 startet hun på arbeidet med en avhandling til magistergraden i psykologi og veiledning. Avhandlingen skulle senere



danne grunnlaget for boken «Frykt og håp – psykisk omsorg for pasienter med kreft», som kom ut i 1982. Der stiller Kalfoss en rekke spørsmål ved sykepleiernes rolle i møte med pasientenes psykiske og åndelige behov: «Er vi villige til å høre at vi kan forbedre pleien?» «Ønsker vi å se våre egne feil?» «Har vi øyne å se med og hjerte å føle med?»

## “ ” Ønsker vi å se våre egne feil?

### STERKE MØTER

– Jeg intervjuet 19 kreftpasienter. Av disse ga mer enn 80 prosent uttrykk for at de ønsket å snakke med en sykepleier om det som tyngtet dem. Deres tanker om familien, barna, livet og døden. Om de store eksistensielle spørsmålene. Og de forventet at vi som sykepleiere skulle ta initiativ til samtalen. Det glemmer jeg aldri.

For to år siden reiste Mary Kalfoss Norge rundt for å gjøre

fordypningsintervjuer av pasienter med ryggmargsbrokk og av deres pårørende.

– Det er noe av det sterkeste og mest givende jeg har vært med på i mitt liv som forsker. Jeg møtte mennesker som har kjempet og sloss mot alle odds. Det var imponerende å se hvordan mange av dem har klart seg godt i livet, tross alt. Jeg lærte mye om

livskvalitet fra disse vakre menneskene, og føler et etisk ansvar for å gi dem et ansikt. Samtidig er det snakk om en liten pasientgruppe, så det må gjøres med varsomhet.

### OPPTATT AV DE RIKTIGE SPØRSMÅLENE

All forskning starter med et spørsmål. For Mary Kalfoss er det viktig å stille de riktige spørsmålene.

– Det er viktig å vite hvorfor man forsker, og være klar over hva man skal bruke forskningen til. Hvilke spørsmål kan gi oss en retning i livet? Hvilke spørsmål fortjener vår fulle oppmerksomhet og personlige engasjement? Å finne de rette spørsmålene er helt avgjørende for å finne de riktige svarene.

– *Hvilke spørsmål opptar deg nå?*

– En viktig dimensjon i forskningen er evnen til å kunne sette seg inn i andres situasjon. Og jeg tror at vi som sykepleiere lenge har vært for lite flinke til å stille spørsmål ved pasientenes behov for å snakke om den åndelige dimensjonen. Åndelige, religiøse og personlige trosoppfatninger og hvordan disse påvirker ens livskvalitet er dessverre viet liten plass i sykepleierutdanningen, så det kunne jeg tenke meg å jobbe videre med.

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**INGRID LANDGRAFF ØSTLIE**

**Tittel:** Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life. An 18 year follow-up study from the perspective of young adults

**Arbeidssted:** Høgskolen i Gjøvik

**Utgått fra:** Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, NHV

**Veileder:** Professor Anders Möller

**Disputas:** 11. November 2009

**E-post:** ingrid.oestlie@hig.no

> **Bakgrunn:** Juvenil idiopatisk artritt (JIA) kan ha vidtrekkende konsekvenser for barnets vekst og utvikling fysisk, psykisk og sosialt, og for familien og samfunnet for øvrig.

**Hensikt:** Øke kunnskapen om fysisk og psykososial helse blant unge voksne mennesker med JIA i et livsløpsperspektiv fra barn- og ungdomstid og inn i voksent liv.

**Metode:** Metodetriangulering ble anvendt. I studie 1 og 2 ble henholdsvis fokusgruppeintervjuer og kvalitative intervjuer benyttet, begge analysert ut fra kvalitativ innholdsanalyse. I studie 3 og 4 ble standardiserte spørreskjemaer om fysisk og psykososial helse og helserelatert livskvalitet (HRQL) benyttet i henholdsvis et longitudinelt og et tverrsnittsperspektiv i en kohort på 55 deltakere 18,3 år etter symptomdebut. Deskriptiv statistikk, parametriske og non-parametriske tester ble benyttet i dataanalysen.

**Resultat:** Livet med JIA innebærer en stadig kamp og tilpasning til en usikker livssituasjon fysisk,

psykisk og sosialt. Funnene viser vedvarende positive utfall av JIA både fysisk og psykososialt over tid, likevel er det en betydelig andel unge voksne som fortsatt strever med aktiv sykdom eller følger av sykdommen. Sammenlignet med normalbefolkningen har informantene dårligere HRQL i det fysiske domene, men ikke i det mentale. De har høyere utdanningsnivå, men det er ingen forskjell i yrkesaktivitet. I et folkehelseperspektiv er behovet for formalisering av kompetent helsetjenesteyting rettet mot ungdom med JIA tydeliggjort.

**Konklusjon:** Funnene fra de fire delstudiene kompletterer hverandre. Diskrepansen mellom funnene fra intervjuene og spørreskjemaene belyser en bredde og dybde i opplevelsene av livet med barneleddgikt som det ikke er mulig å avdekke bare gjennom bruk av standardiserte spørreskjemaer.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere.

Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

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

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**BJØRG DALE**

**Tittel:** Compensatory care. Cross-sectional studies among older home-living care-dependent individuals in southern Norway

**Arbeidssted:** Universitetet i Agder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap

**Utgått fra:** Universitetet i Oslo, Seksjon for sykepleievitenskap

**Disputas:** 27. november 2009

**E-post:** bjorg.dale@uia.no

► **Hensikt:** Hovedmålet med avhandlingen var å undersøke kompensatorisk omsorg blant hjelpavhengige hjemmeboende eldre. Kompensatorisk omsorg ble gitt av hjemmesykepleie, hjemmehjelp, ektefelle, familie eller andre.

**Metode:** Data ble samlet inn gjennom strukturerte intervjuer blant mottakere av hjemmesykepleie 75 år eller eldre, i Agder. Evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (ADL), psykisk helse, sosialt nettverk og opplevelse av sosial støtte relatert til mottak av kompensatorisk omsorg ble kartlagt, samt tilfredshet med hjemmesykepleien og familieomsorgen. På tross av

at egenomsorg relatert til fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne var god, mottok pasientene mye kompensatorisk omsorg. Den formelle og uformelle omsorgen komplimenterte hverandre. ADL var klart relatert til mottak av hjemmesykepleie og familiehjelp. Personlige ADL-oppgaver ble hovedsakelig utført av hjemmesykepleien, mens instrumentelle ADL-oppgaver ble utført av hjemmehjelpen og familien. Det var ingen sammenheng mellom psykisk helse og kompensatorisk omsorg. Kvinnene, de som bodde i bystrøk og de aller yngste, opplevde mest depressive symptomer og angst. Opplevd sosial støtte var relatert til ADL-funksjon, antall besøk fra hjemmesykepleien og mengde familiehjelp. Pasientene hadde ofte kontakt med ulike typer sosialt nettverk. De fleste var fornøyd med hjemmesykepleien, men de savnet mer kontinuitet og informasjon om tjenestetilbudet. De fleste var også komfortable med å motta hjelp fra familien.

**Resultat:** Resultatet viser at en grundig kartlegging av pasientenes egenomsorgsbehov og -ressurser er avgjørende for å kunne gi hensiktsmessig type, mengde og fordeling av kompensatorisk omsorg, og for å utnytte omsorgsressursene best mulig.

**Konklusjon:** Hjemmesykepleiere må være bevisste på uformelle omsorgsgiveres situasjon, og samarbeide tett med familien og annet uformelt nettverk.

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**LARS MATHISEN**

**Tittel:** Patient-reported outcomes after on-pump and off-pump coronary artery bypass surgery.

**Arbeidssted:** Thoraxkirurgisk intensivenhet, Hjerte, lunge og karklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

**Utgått fra:** Intervensjons-senteret og Thoraxkirurgisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

**Disputas:** 20. januar 2010

**E-post:** lars.mathisen@oslo-universitetssykehus.no

› **Bakgrunn:** Hvert år utføres det i Norge cirka 3000 operasjoner for å utbedre hjertets egen blodforsyning. Vanligvis innebærer koronarkirurgi bruk av hjerte-lunge-maskin for å overta hjertets og lungenes funksjoner mens kirurgen syr på et stillestående hjerte.

**Hensikt:** Å studere pasientrapportert resultat, målt som symptomer, helsestatus og livskvalitet, etter koronarkirurgi.

**Metode:** 120 pasienter besvarte spørreskjema før operasjon, og 3, 6 og 12 måneder etter kirurgi. Halvparten av

pasientene var randomisert til ny operasjonsteknikk, uten bruk av hjerte- og lungemaskin. Utfallsmål var pasientenes egen vurdering av symptomer, helse og livskvalitet. En eksperimentell studie testet om det var forskjeller i pasientopplevd resultat avhengig av operasjonsmetode. To beskrivende studier evaluerte sammenhenger mellom pasientvurdert helse og objektive mål for hjerte- og hjernefunksjon. En fjerde studie brukte sti-analyse for å teste teorien om et gjensidighetsforhold mellom opplevelse av helse og opplevelse av livskvalitet.

**Resultat:** Ved tilfeldig fordeling av pasientene til hver av de to operasjonsmetodene var det sammenlignbart teknisk resultat, og ingen betydningsfulle forskjeller i pasientopplevd resultat. Studien bekreftet at graden av helsegevinst varierer fra pasient til pasient, og at lindring av hjertekrampe (angina) og bedring av hjertets arbeidskapasitet hver for seg har ulik betydning for helsen. Videre reiste studien spørsmål om sykdomsforandringer i hjernens blodforsyning før operasjonen kan forutsi graden av fysisk helsegevinst etter kirurgi. Studien styrket teorien om at opplevelsen av helse og livskvalitet gjensidig påvirker hverandre.

**Konklusjon:** Avhandlingen som helhet bidrar til å forstå mer av grunnlaget for ulike pasienterfaringer etter kransarteriekirurgi. Studien har derfor betydning for hvordan helsepersonell snakker med pasienter om forventninger og resultat av inngrepet. Funnene understreker viktigheten av å innhente pasientenes opplevelse ved evaluering av nye behandlingsmetoder.



## 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**.

# TABELLER OG ILLUSTRASJONER

Tabeller og figurer er vanligvis mer iøynefallende enn vanlig tekst. Derfor er det viktig at disse er oversiktlige, informative og enkle å forstå.

Av **Anners Lerdal**

Det er et overordnet mål at tabeller og figurer er selvforklarende. Dette innebærer at leseren finner så mye informasjon i tabellen eller figuren at vedkommende er i stand til å forstå hva dataene betyr uten å gå til teksten for å tolke innholdet. Mange lesere hopper gjerne over tekstavsnitt og går raskt til tabeller og figurer blant annet på grunn av deres informasjonsrikdom og oversiktighet. Selv om det er mulig å komprimere en stor mengde data i en tabell, er det viktig å begrense mengden. Det er kun resultater som er nødvendige for å besvare studiens problemstilling som skal presenteres.

## HENSIKT

Hensikten med en tabell eller figur er enten å beskrive et enkelt tilfelle eller oppsummerte data for én eller flere grupper. Resultater som oppgis i tabeller er som oftest mer presise enn i figurer. Tabeller er derfor ofte foretrukket ut fra en vitenskapelig vurdering mens figurer ofte foretrekkes ut fra en pedagogisk begrunnelse på grunn av den visuelle effekten. Benevnelser på eventuelle variabler, forkortelser og måleenheter bør være de samme som i teksten for øvrig.

## IKKE GJENTA

Den enkelte tabell eller figur må ha en klar hensikt. Funn som presenteres i tabeller eller figurer bør ikke være overlappende med eller en gjentakelse av hva som er beskrevet i teksten.

## ANTALL

Hvor mange tabeller og figurer ulike tidsskrift tillater er ofte oppgitt i tidsskriftenes forfatterveiledninger. Hvis dette ikke er spesifisert, kan det være lurt å gå igjennom allerede publiserte artikler i tidsskriftet man ønsker å publisere i, for å få et inntrykk av hvor mange som vanligvis tillates. Hvis ikke en øvre grense er oppgitt, kan et utgangspunkt for øvre

grense være cirka fem enheter, for eksempel tre tabeller og to figurer.

## REKKEFØLGE OG PLASSERING

I teksten bør man beskrive hvilket innhold man finner i den enkelte tabell eller figur. Her bør det også fremgå direkte eller indirekte hvilken relevans disse resultatene har til studiens problemstilling. Rekkefølgen på tabeller og figurer følger vanligvis den som er naturlig i forhold til å besvare forskningsspørsmålene. Tabeller og figurer nummereres hver for seg og fortløpende i samme rekkefølge som de er omtalt i teksten. Når man sender inn et manuskript til et tidsskrift, er det vanlig at man markerer i teksten hvor man ønsker at de ulike tabellene skal plasseres. Tabeller og figurer gis så hver sin side helt i slutten av manuskriptet – etter referanselisten.

## TABELLER

En tabell er et visuelt kommunikativt hjelpemiddel som organiserer et innhold i horisontale rekker og vertikale kolonner. Innholdet kan bestå av ord og/eller tall. Tabeller brukes ofte til å presentere resultater i vitenskapelige artikler og egner seg godt for å oppsummere disse. Siden tabeller gjerne tar relativ stor plass, bør man først overveie om resultatene kan beskrives i teksten på en kortfattet, enkel og oversiktlig måte. Innholdet i den enkelte tabell beskriver vanligvis resultater innenfor en naturlig avgrenset problemstilling.

En tabell består vanligvis av fire deler: hovedoverskrift, kolonneoverskrift, hovedinnhold og fotnoter: Hovedoverskriften bør være kort men mest mulig beskrivende og dekkende for innholdet. Ofte kan det være lurt å bruke nøkkelbegrepene både i hovedoverskriften og i kolonneoverskriftene.

Kolonneoverskriften består ofte av kun ett begrep. Man bør prøve å unngå at denne overskriften går over mer enn én linje. I tillegg til variabelnavn vil disse over-





skriftene eller deres underoverskrifter ved beskrivelse av kvantitative resultater, også inneholde angivelse av variabelenes måleenheter og statistiske mål.

### HOVEDINNHOLDET

I studier med uavhengige (årsaks-) variabler og avhengige (effekt-) variabler er det mest vanlig å liste de uavhengige variablene under hverandre i venstre kolonne og angi den avhengige variabelen bortover til høyre. Ofte inneholder tabeller mange uavhengige variabler. Rekkefølgen på variablene bør da ha en logisk struktur. At forfatteren grupperer de uavhengige variablene, for eksempel ved å gi dem underoverskrifter, bidrar til å klargjøre strukturen for leseren. I tilfeller med mange avhengige variabler, hvor man ikke har nok plass til å liste tallmaterialet i en liggende tabell, kan man vurdere å bytte om på plasseringen av de uavhengige og de avhengige variablene. Hvordan man organiserer innholdet i tabellen kan ha mye å si for om presentasjonen blir oversiktlig for leseren eller ikke. Tall som skal sammenlignes bør stå ved siden av hverandre. Hvis man for eksempel skal sammenligne kvinner og menn i forhold til verdier på en rekke variabler, er det naturlig å ha en kolonne for kvinner og en annen kolonne for menn. Mellom de ulike kolonnene er det viktig med nødvendig avstand som skiller dem fra hverandre mens radene under hverandre plasseres tett. I kolonnene skrives tallene rett under hverandre.

Ikke glem å oppgi måleenhetene (som for eksempel slag per minutt, kilogram, sekunder) til alle variablene og de statistiske mål (som for eksempel gjennomsnitt og standardavvik). Når man angir studiedeltakernes alder til i gjennomsnitt å være 35, vil mange intuitivt tolke dette til å handle om antall år. Siden tallet også kunne vært antall dager eller måneder, er det nødvendig å alltid oppgi måleenheten. Når andeler i form av prosent oppgis, er det viktig at også totalantallet som prosenten er beregnet ut fra oppgis.

I fotnotene kan forkortelser og symboler forklares. Symboler i tabellen kan for eksempel brukes til å forklare analyser og statistiske sammenhenger som for eksempel signifikansnivå. Noen tidsskrift oppgir i forfatterveiledningen hvilke symboler de tillater at forfatterne bruker i fotnoter til tabeller og figurer.

### UTFORMINGEN

Tabeller som publiseres viser ofte ikke alle linjene i tabellen. Tabellens begynnelse og slutt markeres vanligvis med en horisontal linje. Den øverste av disse linjene markerer skille mellom overskrift og tabell og den underste skille mellom tabell og fotnoter. En noe smalere linje markerer ofte hvor selve resultatene starter, altså under kolonneoverskriften.

### FIGURER

En figur er et visuelt hjelpemiddel som gjennom sin spesielle form formidler et fenomen eller begrep(er). Figurer er spesielt godt egnet til å visualisere sammenhenger mellom fenomener og begreper, eller til å visualisere utviklingstrekk over tid ved hjelp av bilder, symboler, diagrammer og kurver. En figur kan enten illustrere rådata (som aktigrafdata, EKG eller bilder), talldata (som for eksempel søylediagram) eller teoretiske modeller hvor begreper og sammenhengen mellom dem angis.

### FIGURENS KVALITET

Siden mange tidsskrift gjengir figuren nøyaktig slik den sendes inn, setter dette krav til høy kvalitet på materialet som sendes inn sammen med manuskriptet. Størrelsen på figuren vil i publiseringsprosessen tilpasses tidsskriftets format. Dette kan innebære forminskning. Derfor må alle deler av figuren som tekst, tall og grafikk tåle samme forminskning og fremdeles være godt lesbare. Hvis figuren inneholder søyler eller linjer for ulike grupper (for eksempel menn og kvinner), er det viktig at disse visuelt skiller klart fra hverandre.



### FAKTISK MÅLESKALA

Mens hensikten med figurer i vitenskapelige artikler er å visualisere et budskap på en klar måte, kan figurer også bidra til å fordreie beskrivelse av funn. Et klassisk eksempel er når man ved hjelp av søylediagram skal illustrere forskjeller mellom ulike grupper. Hvis måleskalaen i virkeligheten starter på null eller én, men figuren ikke starter på skalaens lavest mulige verdi, vil forskjell mellom gruppene virke større enn den er i virkeligheten. Man bør derfor være tilbakeholden med å «kutte» y-aksen.

### GJENBRUK

Hvis en forfatter ønsker å gjengi en teoretisk modell eller annen type figur eller tabell som er publisert tidligere, vil det være nødvendig å innhente tillatelse fra rettighetshaverne til originalpublikasjonen før man publiserer den på nytt. I tillegg må man oppgi nøyaktig kilde. I noen tilfeller kan det være nødvendig å betale copyrightavgift for å få tillatelse til å trykke figuren eller tabellen på nytt.

### REFERANSER

**Day RA, Gastel B.** How to Write and Publish a Scientific Paper. 6. utgave Greenwood Press, London. 2006.

**Hall GM.** How to write a paper. 4. utgave BMJ Publishing, London. 2008.

**Nylenna M.** Publisere & presentere. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2008.

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



## Innhold >>

Leder .....	87
<b>Jørgen Lorentzen: Da far inntok fødestua</b> .....	<b>88</b>
Torunn Hatlen Nøst: Er evidens det samme som kunnskap? .....	90
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	92
Evidence Based Nursing .....	96
Forskningsnytt .....	98
<b>Forskningsartikler:</b>	
Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Av Brit Fjæra, Tiril Wilumsen og Hilde Eide .....	100
Kommentar: Mangler rutiner. Av Målfrid Schiager .....	109
Individualisert musikk for personer med demens. Av Line Kildal Bragestad og Marit Kirkevold .....	110
Kommentar: Musikk må brukes riktig. Av Leif Emanuelsen .....	119
Er det samsvar i registreringene når sykepleiere og studenter screener pasienter for ernæringsstatus? Av Lis Ribu, Ellinor Trollebø, Elisabeth Alstad, Stig Brattlie, Gerd Helen Husby, Gro Landfald, Paula Lykke og May Solveig Fagermoen .....	120
Kommentar: Riktig ernæring gir kortere liggetid. Av Berit Haugan .....	129
<b>Sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt.</b> Av Bjørnar Nyen, Elisabeth Holm Hansen, Maja Kristin Foss, Gunnar Tschudi Bondevik .....	<b>130</b>
Kommentar: Har sykepleiere et klinisk øre? Av Linda Magerøy .....	137
Er sykehjemmet et verdig sted å dø? Av Simen A. Steindal og Liv Wergeland Sørbye .....	138
Kommentar: Ønsker å dø i kjente omgivelser. Av Silje Helene Gundersen Højlund .....	147
<b>Meningsfullt arbeid på sykehjem – erfarne sykepleieres perspektiv.</b> Av Siri Meyer, Grethe Eilertsen og Siri Ytrehus .....	<b>148</b>
Kommentar: Gjør sykehjemmene attraktive. Av Ingeborg Nøkleholm .....	155
<b>Forskning i praksis: Skjult lidelse</b> .....	156
<b>Forskerintervju: Loving Care</b> .....	158
<b>Nytt og nyttig:</b> .....	160