

Forskning

01|15



Kompetanse i
hjemmesykepleien

14



Pasienter som skrives ut til hjemmesykepleien var ofte dårligere enn det som ble meldt fra spesialisthelsetjenesten. I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** har fagutviklingssykepleier Kjersti Haugen Nørheim og førsteamanuensis Lisbeth Thoresen undersøkt om ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av stadig sykere pasienter. Sykepleierne som ble intervjuet mente at de hadde den kompetansen som kreves, men at den ikke blir brukt på rett sted til rett tid. De økonomiske rammene må økes for å vri oppmerksomheten fra ren drift til fag og utvikling.



Foto: Erik M. Sundt

REDAKSJONSKOMITÉ:



Kristin Halvorsen
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



Liv Wergeland Sørbye
Professor ved Diakonhjemmet Høgskole i Akershus.



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo.



Annars Lerdal
Seniorforsker ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og professor ved UiO.



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



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



Tone Rustøen
Professor ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved OUS.



Lars Mathisen
Rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole.

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

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

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

Redaktør: Marit Leegaard
marit.leegaard@sykepleien.no

Medredaktører:
Siri Ytrehus: siri.ytrehus@diakonhjemmet.no
Birgitte Graverholt: birgitte.graverholt@hib.no
Kristin Haraldstad: kristin.haraldstad@uia.no
Kari Hanne Gjeilo: kari.hanne.gjeilo@stolav.no

Deskjournalist: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no
Statistiker: Guri Feten
guri.feten@bfk.no

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

Utgivelsesplan 2015:
12/3, 18/6, 24/9, 10/12

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

Brukerne må få delta i forskningen

Hvordan vet vi at forskningen betyr noe for de pasientene vi ønsker å hjelpe? Hvor mange av oss har involvert brukerne når vi skulle utvikle en prosjektplan, et spørreskjema eller en intervjuguide? Brukermedvirkning er en rettighet som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven, men vi finner lite konkret om hvordan dette skal gjøres. Vi har fagområder som har tatt brukerne med i forskningen som for eksempel KOLS, psykisk helse og ortopedi, men fortsatt er det langt igjen før dette er vanlig praksis.

I november 2014 arrangerte Kunnskapssenteret og Norges forskningsråd en konferanse om brukermedvirkning, «Fra ord til handling». Der kom det frem at forskernes prioriteringer ikke er i samsvar med hva store pasientgrupper opplever som viktige spørsmål. Et av målene er at pasienter får et sterkere eierforhold til forskningen. Norges forskningsråd følger opp og innfører krav om å vise hvordan prosjektet vil involvere brukerne når man søker om midler.

Det er pasientene og deres pårørende som opplever de problemene vi håper forskningen kan bidra til å løse. Deres ekspertise må bli hørt og tas til følge når vi ønsker å prøve ut nye metoder eller beskrive og evaluere gjeldende praksis. Noen har løst dette ved å ta med brukerne som aktive partnere i prosjektgruppen. Andre har prøvd å etablere et panel med

brukere som kan gi råd i ulike deler av et forskningsprosjekt.

I dette nummeret av Sykepleien Forskning har vi to artikler som handler om sykepleieres kompetanse i hjemmesykepleien og samhandlingsreformen. Den ene studien analyserer data fra pasientregistre og konkluderer med at økt kompetanse vil kunne bidra til færre reinnleggelse på sykehus for pasienter over 80 år. Den andre studien konkluderer med at kompetansen i hjemmesykepleien må styrkes i alle ledd fordi vi kan forvente en utvikling med flere kompetansekrevene oppgaver. Ingen av studiene har involvert brukerne, det vil si pasientene eller deres nærmeste pårørende. Har de noen meninger om hva som er riktig kompetanse, eller er det andre spørsmål de mener vi bør utforske innen eldreomsorgen? Dette kan bidra til å identifisere de riktige forskningsspørsmålene og avklare sentrale temaer for videre forskning.



Redaktør Marit Leegaard

marit.leegaard@sykepleien.no

PhD fra Institutt for sykepleie, Universitetet i Oslo. Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Irmelin Kjelaas

Stipendiat ved institutt for sosialfag på Høgskolen i Telemark. Bakgrunn som språkforsker, tar doktorgrad på kommunikasjon mellom miljøarbeidere og enslige asylbarn.

- Skriv forskningen på norsk

› Det viktigste er at forskningen er tilgjengelig for dem den dreier seg om.

«Det vitenskapelige språket er og blir engelsk», fastslo rektor ved Norges idrettshøgskole, Kari Bø, i en kronikk i Forskerforum i vår (1). Hun mener at publisering på norsk holder kvaliteten på norsk forskning nede, og oppfordrer forskere til kun å publisere på engelsk. Dermed er debatten om norsk versus engelsk som akademisk språk i gang igjen, og godt er det. Språket er ett av de viktigste arbeidsverktøyene vi forskere har, og valg av språk har avgjørende konsekvenser for utviklingen, formidlingen og tilgjengeliggjøringen av kunnskap. Norsk som akademisk språk er dessuten under større press enn noen gang. Den såkalte språkmeldinga fra 2008 fastholder at engelsk inntar stadig flere samfunnsområder og at det har fått en «status- eller prestisjeverdi, som gjer at det kan gå automatikk i engelskbruk» (2). Den offensive internasjonaliseringsstrategien i universitets- og høyskolesektoren bidrar til at denne tendensen er enda sterkere

i academia, og debatten om norsk versus engelsk som akademisk språk synes derfor viktigere enn noensinne.

FATTIG SPRÅK

Status, ambisjoner og kvalitet er begreper som går igjen i debatten om hvilket språk vi forskere bør bruke. En etter hvert vanlig oppfatning synes å være at engelskspråklige forskningsbidrag nærmest av seg selv holder høy kvalitet, mens norskspråklige er tilsvarende middelmådige.

Jeg vil imidlertid argumentere for det motsatte. Engelskspråklige artikler skrevet av nordmenn med norsk som morsmål, lider ofte under fattig språkføring, slik at både innhold og formidling svekkes. Sammenhengen mellom språk, tenkning og formidling er sentral her. Fra mitt språkvitenskapelige ståsted forstår jeg nemlig ikke tanken som noe som foreligger fiks ferdig i forskerens hode før og uavhengig av skriveingen. I stedet er det skriveingen som bringer,

eventuelt tvinger, tanken fram og ut. Slik blir skriveingen kanskje den viktigste delen av forskningsprosessen – ikke som prosessen der forskningsresultatene og den nye kunnskapen skrives ned, men som prosessen der resultatene og kunnskapen blir til. Det er all grunn til å anta at denne prosessen er bedre og mer produktiv på morsmålet, hvor forskeren kan tenke i og ved hjelp av et rikt register av språklige og stilistiske virkemidler, enn den er på et fremmedspråk.

FORMIDLING

Skriving er altså kunnskapsproduksjon, men det er selvfølgelig også kunnskapsformidling: Skriveingen har alltid en adressat, noen skribenten vil formidle til og med – det være seg forskerkolleger, profesjonsutøvere, studenter, pasienter, brukere eller kvinnen i gata. Dette innebærer at språket er noe langt mer enn et nøytralt medium for en «ren» kunnskapspresentasjon: Språket er alltid og uvegerlig tiltenkt og tilpasset en mottaker



” Drivet i min faglige virksomhet er at forskningen skal ha praktisk relevans.

og en situasjon, og det bør være det. Professor i sakprosa, Johan L. Tønnesson, tar til orde for at også den saksorienterte skribenten, herunder forskeren, bør være «litterært ambisiøs» for å formidle godt (3). Ikke bare fordi et rikere, mer variert og litterært språk levendegjør stoffet, men i like stor grad fordi det tilfører nyanser, presisjon og dybde (4). Også slike litterære ambisjoner er det naturligvis lettere å realisere på sitt eget språk.

UNDERVISNING

Forsknings- og kunnskapsformidling foregår ikke bare i skrift, men også i undervisning av studenter, i kurs-, utviklings- og samarbeidsvirksomhet med og i et praksisfelt, og i mer allmennretta sammenhenger. Også her er det problematisk hvis det meste av kunnskapsutviklingen foregår på engelsk. I sin analyse av språkmeldinga (2) understreker professor i sakprosa Anders Johansen at undervisning kan være en utfordring for forskere som bruker

engelsk i den mest avanserte delen av faget, og som må slå over til norsk når de formidler for nybegynnere. I praksis, sier han, kan dette gi en språklig forenkling, med «lavere presisjonsnivå og løsere virkelighetskontakt enn ellers» (5). Slik forringes formidlingen av ny og viktig kunnskap for dem som faktisk skal ta den i bruk profesjonelt og praktisk.

TIL NYTTE

Dette bringer oss over på det neste og kanskje aller viktigste momentet i denne debatten. Kunnskapen vi utvikler må gjøres tilgjengelig for dem den dreier seg om eller er utviklet med, og for dem som kan nyttiggjøre seg den profesjonelt, praktisk, eller for den saks skyld, i sine levde liv. I mitt doktorgradsprosjekt, om enslige asylbarn på en norsk barnevernsinstitusjon, har jeg derfor aldri vært i tvil om at jeg skulle skrive på norsk. Jeg er langt mer opptatt av at kunnskapen jeg utvikler når frem til barn, miljøarbeidere, ledere og byråkrater i

barnevernet, enn en engere krets av internasjonale forskerkolleger. Begge deler er viktig, ja visst, men selve drivet i min faglige virksomhet er at forskningen skal ha praktisk relevans og komme til nytte. Da må jeg forske på et språk som felt og folk faktisk leser, forstår og bruker, og på et språk som gir meg mulighet til å utvikle og formidle kunnskap på en best mulig måte. Bare slik kan jeg oppfylle det jeg oppfatter som mitt samfunns- og forskermandat.

REFERANSER

1. Bø K. Hev ambisjonene! Forsterforum. 2014.
2. Mål og mening. Ein heilskapeleg norsk språkpolitikk. In: kyrkjedepartementet K-o, editor. Oslo: Kultur- og kyrkjedepartementet; 2008.
3. Tønnesson JL. Hva er sakprosa? Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
4. Johansen A. Skrivemåte og metode. In: Johansen A, editor. Kunnskapens språk Skrivearbeid som metode. Oslo: Scandinavian Academis Press. Spartacus Forlag; 2012. p. 9–28.
5. Johansen A. Språkmeldingen som handlingsplan. Retorikk og resultater. Oslo: Språkrådet, 2012 Contract No.: 2.



ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



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

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

**Gro Jamtvedt
og Monica Wammen
Nortvedt**

Avdelingsdirektør ved Kunnskapscenteret og Professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis, HiB



Forskere må jobbe kunnskapsbasert

› Det er viktig at forskningsmidler brukes på relevant og nyttig forskning som kommer pasientene til gode.

Det vakte stor oppmerksomhet da Chalmers og Glasziou i 2009 publiserte en artikkel i «The Lancet» der de hevdet at 85 prosent av all forskning er «waste». Artikkelen er i ettertid fulgt opp av fire nye artikler i det samme tidsskriftet og med en nettside, www.researchwaste.net. Både forskningsmiljøer, de som finansierer forskning, de som publiserer studier og etiske komiteer oppfordres til å jobbe for en forbedring.

Et vesentlig bidrag til unyttig forskning er at nye forskningsspørsmål ikke bygger på en grundig gjennomgang og oppsummering av tidligere forskning i en systematisk oversikt. I artikkelen «Kunnskapsbasert forskning» i Tidsskriftet for Den norske legeforening, nr. 1–2014, har vi introdusert begrepet kunnskapsbasert forskning og vi definerer det på følgende måte; «Kunnskapsbasert forskning er å basere forskningsspørsmål på en systematisk oppsummering av tidligere forskning og fortolke

nye resultater opp mot helheten av tidligere forskning».

Det er mange grunner for å fremme kunnskapsbasert forskning. En av de viktigste er at vi må bruke begrensede forskningsmidler på relevant og nyttig forskning som kommer pasientene til gode. Klinisk forskning blir for eksempel uetisk når man inviterer pasienter og/eller pårørende til studier der forskningsspørsmålet allerede er godt besvart i litteraturen. Man fortsatte for eksempel å publisere studier som undersøkte sammenhengen mellom mageleie og krybbedød helt frem til 2004, selv om man allerede på slutten av 1980-tallet kunne ha konkludert i en systematisk oversikt. Det er estimert at man kunne ha spart over 10 000 spedbarn fra å dø i krybbedød bare i Storbritannia.

I Norge varierer det mellom ulike universitet og fakulteter om man anerkjenner systematiske oversikter som en del av en phd-avhandling. Vi mener det styrker en avhandling at den inneholder

en systematisk oversikt. Samtidig gir det stipendiaten nyttig metodekunnskap for videre forskning. Kunnskapscenteret publiserer årlig en rapport over kunnskaps-hull identifisert gjennom deres arbeid med oppsummering av forskning bestilt av helsetjenesten. Vi håper det blir vanlig i Norge å knytte slike forskningsbehov til forskningsprogrammer, slik man for eksempel gjør i Storbritannia.

I desember 2014 ble «Evidence-Based Research Network» (www.ebrnetwork.org) etablert etter initiativ fra forskere ved Høgskolen i Bergen. Målet med det tverrfaglige internasjonale nettverket, der også flere sykepleiere deltar, er å fremme kunnskapsbasert forskning. Som forskere må vi selv bidra til å redusere unyttig forskning ved å bruke systematiske oversikter som basis for nye studier. Dette forutsetter samarbeid og endringer på flere hold og det nye nettverket skal stimulere til dette.

Gir koffein i medikamenter bedre smertelindring?

Flere personer opplever god smertelindring ved bruk av vanlige smertestillende medikamenter tilsatt koffein sammenliknet med tilsvarende medikamenter uten koffein. Det viser en nylig publisert systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Koffein er et planteprodukt, og mest brukt i drikker som te, kaffe, og noen brus- og energidrikker. Smertestillende medikamenter tilsatt koffein er et kombinasjonsmedikament som lenge har vært tilgjengelig ved apotek, uten resept. Koffein er tilsatt som hjelpestoff for at medikamentet skal fungere bedre. Forfatterne av Cochrane-oversikten undersøkte om en slik kombinasjon gir bedre smertelindring etter fødsel, ved hodepine og ved menstruasjonsmerter, enn bruk av tilsvarende medikamenter uten koffein.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I denne systematiske oversikten har forfatterne Derry og medarbeidere, samlet forskning om og vurdert effekt av smertestillende medikamenter tilsatt koffein, sammenliknet med smertestillende medikamenter uten koffein. Forfatterne telte hvor

mange personer i hver av gruppene som hadde redusert smerteopplevelse med minst 50 prosent av «maksimal smerte».

Forfatterne fant at:

- Flere kvinner opplever trolig god smertelindring like etter fødsel med smertestillende medikamenter tilsatt koffein (middels tillit til resultatet)
- Flere personer opplever muligens god smertelindring ved migrene eller spenningshodepine med smertestillende medikamenter tilsatt koffein (liten tillit til resultatet)
- Det er muligens liten eller ingen forskjell i antall kvinner som opplever god lindring av menstruasjonsmerter med smertestillende medikamenter tilsatt koffein (liten tillit til resultatet)
- Det er muligens liten risiko for alvorlige bivirkninger når smertestillende medikamenter tilsatt koffein brukes i angitte doser (se under overskriften «hva er denne dokumentasjonen basert på») (liten tillit til resultatet)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sik-

rere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten publiserte denne rapporten første gang i 2012, og gjorde i august 2014 et nytt systematisk søk i aktuelle forskningsdatabaser. De fant ingen nye studier utover de 20 studiene de fant i 2012. Til sammen var 4262 personer inkludert i dokumentasjonen i oversikten. Det står ikke opplyst i hvilke land studiene ble gjennomført. Personer som ikke fikk delta i studiene var gravide og ammende kvinner, personer med kjent rusmisbruk, personer med allergi eller intoleranse for innholdsstoffene i produktene som skulle testes ut, og personer med sykdom som kunne påvirke resultatene.

Testpersonene fikk én enkelt dose av medikamentet. Grad av smertelindring og eventuelle bivirkninger ble testet ut fra 1,5 timer til 24 timer etter inntak av medikamentene, der tolv av studiene hadde undersøkt effekten over seks til åtte timer. Medikamentene som ble testet ut var enkeltdoser av paracetamol (500–2000 mg), ibuprofen (100–400 mg), aspirin (500–650



mg), diclofenac (100 mg), tolfenamsyre (200 mg) – med og uten tilsatt koffein (65–200 mg).

Derry og medarbeidere har overordnet konkludert med at tilsetning av koffein (100 mg eller mer), til standard dose av vanlige smertestillende medikamenter, «gir en liten, men viktig økning» i andel deltakere som opplever god smertelindring. Forfatterne har ekstrapolert denne konklusjonen fra dokumentasjonen de har vurdert (20 studier). Det mangler informasjon som bygger opp om denne konklusjonen i den systematiske oversikten. Derfor har vi isteden valgt å vise frem resultatene på hvilken effekt smertestillende medikamenter

tilsatt koffein har ved de smeretilstandene som var studert. Dette var smerter etter fødsel, hodepine, og ved menstruasjonsmerter. Det bemerkes at oversiktsforfatterne har studert migrene og spenningshodepine under ett selv om dette er to forskjellige diagnoser.

REFERANSER

Derry CJ, Derry S, Moore RA. Caffeine as an analgesic adjuvant for acute pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD009281. DOI: 10.1002/14651858.CD009281.pub3.

Skrevet av Ingeborg B. Lidal og Rigmor C. Berg. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Koordinerende tiltak hjelper pårørende til personer med demens

Koordinerende tiltak har liten eller ingen effekt på livskvalitet hos personer med demens, men kan gi bedre livskvalitet hos pårørende. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av koordinerende tiltak for personer med demens sammenliknet med kontrollgruppe. Koordinerende tiltak er en plan for organisering og koordinering av tiltak for å møte behovene til den enkelte med demens. Kontrollgruppen fikk standard behandling eller var på venteliste.

Forfatterne fant at:

- Koordinerende tiltak i kommunen har liten eller ingen effekt på livskvalitet hos personer med demens (stor tillit til resultatet)
- Koordinerende tiltak i kommunen har muligens liten eller ingen effekt på antall innleg-

gelser på institusjon (liten tillit til resultatet)

- Koordinerende tiltak i kommunen har trolig liten eller ingen effekt på antall sykehusinnleggelser (middels tillit til resultatet)
- Koordinerende tiltak i kommunen har trolig liten eller ingen effekt på antall dødsfall (middels tillit til resultatet)
- Koordinerende tiltak i kommunen har trolig en liten positiv effekt på pårørendes livskvalitet (middels tillit til resultatet)
- Koordinerende tiltak i kommunen har muligens liten eller ingen effekt på pårørendes omsorgsbyrde (liten tillit til resultatet)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk

i aktuelle forskningsdatabaser i desember 2013 og fant 13 studier med til sammen 9615 personer som de inkluderte i oversikten. I studiene ble ulike koordinerende tiltak i kommunen undersøkt. Koordinerende tiltak er en plan for organisering og koordinering av tiltak for å møte behovene til den enkelte personen med demens.

Tiltakene bestod av ulike elementer, men de fleste inneholdt vurdering av behov, bruk av omsorgsplan, tildeling av sosial-, omsorg- og helsetjenester, støtte og rådgivning og opplæring av pårørende. Personene i studiene hadde ulik grad av demens, men de fleste personene med demens hadde mild eller moderat grad. Tiltakene ble gitt av ulike profesjoner som sykepleiere, sosionomer og ergoterapeuter. I de fleste studiene ble det utført hjemmebesøk og oppfølging via telefon. To av studiene var utført i Finland, én i Nederland, én i Storbritannia og de andre studiene var fra



USA, Canada og Asia. Ingen studier var utført i Norge og overføringsverdien til norske forhold er usikker.

Cochrane-forfatterne utførte en subgruppeanalyse med fem studier, til sammen 464 deltagere, hvor ett av formålene med de koordinerende tiltakene var å utsette innleggelse i institusjon. Resultatet viste at personene i tiltaksgruppen hadde mindre risiko for å bli innlagt i institusjon (OR

0,29 (95 prosent KI (0,15 til 0,55)).

REFERANSER

Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, Orrell M. Case management approaches to home support for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345.pub2.

Skrevet av Kristin K. Dahm og Therese K. Dalsbø, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Marit Leegaard**, redaktør i Sykepleien Forskning og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Bruk av sansehager og utemiljø på sykehjem

Ledere og ansatte ved norske sykehjem har svært positive oppfatninger om bruk av sansehager. Denne studien fant at både sansehager og utemiljøet generelt var i bruk året rundt, og aller mest av eldre pasienter med demens som vandrer alene.

Forskning har vist at sykehjemspasienter har lavere livskvalitet enn eldre pasienter som fortsatt kan bo hjemme, og utemiljøet kan spille en rolle for deres generelle livskvalitet. Flere studier rapporterer at naturopplevelser er gunstige for pasienter som lider av demens. Utviklingen av sansehager refererer til ideen om at hagen kan stimulere

sansene; syn, hørsel, lukt og berøring. Engasjement og stimulering med naturopplevelser kan også redusere symptomer som vandring og uro hos pasienter med demenssykdommer.

Studien ble designet som en tverrsnittundersøkelse, og data ble samlet inn med nettbaserte spørreskjemaer: ett for ledere og ett for andre ansatte ved norske sykehjem. Begge instrumentene kartla generell klinisk bruk av utemiljø ved sykehjem både med og uten sansehage.

121 ledere av totalt 488 svarte på spørreskjema via e-post, og dette ga en svarprosent på 25 prosent. Svarprosent blant ansatte kunne ikke estimeres siden den var avhengig av at lederne distribuerte undersøkelsen videre, og disse svarene skulle samtidig være anonyme. Svarene ble analysert med deskriptiv statistikk.

62 prosent av sykehjemmene

hadde sansehage, og halvparten av sykehjem uten hadde planer om å etablere en slik hage. Tilrettelagte sansehager får pasientene til å være ute og gir inspirasjon til ulike emner for kommunikasjon. De legger også til rette for privat samvær mellom demente pasienter og deres pårørende. For bedre klinisk bruk av sansehager og utemiljø generelt, anbefaler forskerne mer systematiske vurderinger av beboernes interesser og opplevelser når de oppholder seg utendørs. De anbefaler også utdanningsprogrammer for ledere og ansatte i bruk av utemiljø for eldre pasienter.

REFERANSE

Gonzales MT og Kirkevold, M. Clinical Use of Sensory Gardens and Outdoor Environments in Norwegian Nursing Homes: A Cross-Sectional E-mail Survey. *Issues in Mental Health Nursing*, 2015;36:35-43 DOI: 10.3109/01612840.2014.932872

KOMMENTAR

Studien viser hvor viktig det er for eldre pasienter med demens å kunne vandre i en tilrettelagt hage som gir positive naturopplevelser. Ansatte ved norske sykehjem er svært positive til bruk av utemiljø og de som ikke har sansehage ønsker å få det etablert.

Smertebehandling av de unge gamle og eldste gamle pasientene

Smerte er et vanlig symptom hos gamle pasienter mot slutten av livet. Lite forskning har evaluert smertebehandling blant de eldste døende pasientene innlagt på sykehus. Målet med denne studien var å sammenlikne hvordan smerteegenskaper blir dokumentert av helsepersonell for de unge gamle (65-84 år) og de eldste gamle (85-100 år) pasientene mot slutten av livet. For-

skerne ønsket også å finne ut hvilke typer analgetika som ble administrert de siste tre dagene i livet. Dette er en retrospektiv sammenliknende tverrsnittsstudie. Studien inkluderte 190 pasienter fra et norsk sykehus; 101 unge gamle pasienter og 89 eldste gamle pasienter. Data ble hentet fra elektroniske pasientjournaler og smerteegenskaper og analgetika ble registrert ved hjelp

av instrumentet Resident Assessment Instrument for Palliative Care. Ingen signifikante forskjeller ble funnet mellom hvordan smerte ble registret hos de unge gamle og de eldste gamle pasientene, og begge pasientgrupper hadde samme smertenivå de siste tre dagene av livet. Smerteintensitet dokumenteres generelt for dårlig i de elektroniske pasient-

> 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 marit.leegaard@sykepleien.no

Selvmordstanker i alderdommen

Eldre personer med alvorlig depresjon trenger hjelp til å komme ut av en vanskelig livssituasjon. Det er et presserende behov for mer kunnskap så vi kan forebygge selvmord hos deprimerede eldre personer. De sliter ofte med en emosjonell smerte som kan oppleves som uutholdelig.

Depresjon har gjentatte ganger vist seg å være en risikofaktor for selvmord, spesielt når det blir kombinert med en gjennomgripende følelse av håpløshet. Eldre personer med depresjon og suicidal tanker trenger tettere hjelp og oppfølging fra et tverrfaglig helse-team i kommunehelsetjenesten. Målet med denne oppfølgingsstudien var å evaluere hvordan deprimerede eldre personer hadde opplevd selvmordstanker og forsøk på selvmord. Data ble samlet inn ved hjelp av individuelle dybdeintervjuer med ni informanter som bor i to ulike helsedistrikter i Norge. Deltakerne var to menn og sju kvinner som ble valgt

ut fra en større gruppe personer med depresjoner og/eller bipolare lidelser. Et kriterium var at personen skulle hatt tanker om selvmord. Intervjuene ble gjennomført hjemme hos deltakerne, eller på kontoret til en av forskerne, og hadde en varighet på 60 til 120 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert. En hermeneutisk analyse ble utført gjennom flere faser for å finne mønstre og underliggende meninger i den transkriberte teksten, og alle forskerne var involvert i prosessen. Studiens hovedfunn var at deltakerne opplevde sine selvmordstanker som å vandre rundt i en sirkel, og at livet ikke endret seg til det bedre. Følgende to undertemaer kom frem i analysen: Å være alene uten mening i livet og slite med å oppnå forsoning. En viktig implikasjon fra denne studien er at ansatte i psykisk helsevern ser behovet for å utvikle en suicidal pasients evne til å forme og ta kontroll over eget liv. Helsevesenet må

være forpliktet til å utarbeide planer og strategier som kan hjelpe suicidal eldre personer så de unngår den negative opplevelsen av meningsløshet.

REFERANSE

Holm AL, Lyberg A, Berggren I, Åström S, Severinsson E. Going around in a Circle: A Norwegian Study of Suicidal Experiences in Old Age. Nursing research and Practice. Volume 2014, Article ID 734635

Ansatte i kommunehelsetjenesten har store utfordringer foran seg med å hjelpe eldre deprimerede pasienter fra selvmordstanker. Studien har samlet inn data fra en sårbar gruppe og viser hvilken vanskelig livssituasjon mange eldre pasienter med depresjon befinner seg i. Vi trenger mer kunnskap for å forebygge selvmord i denne pasientgruppen.

KOMMENTAR

journalene. De fleste pasientene fikk adekvat smertebehandling, men de unge gamle pasientene fikk mer paracetamol kombinert med kodein enn de eldste gamle. Studien viser at sykehus bør registrere smerte hos eldre døende pasienter mer systematisk med validerede instrumenter. Da vil smertelindringen kunne bli bedre også for de aller eldste pasientene.

REFERANSE

Steindal SA, Schou Bredal I, Hylen Ranhoff A, Wergeland Sørbye L, Lerdal A. The last three days of life: a comparison of pain management in the young old and the oldest old hospitalized patients using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. International Journal of Older People Nursing. 2014. Doi: 10.1111/opn.12076

Pasientene lever stadig lengre, men studien bekrefter at helsepersonell fortsatt behandler de over 85 med mindre sterke analgetika de siste dagene av livet. Derfor er det viktig å dokumentere smertebehandlingen pasientene får med gode instrumenter så de eldste pasientene kan få god nok smertelindrende behandling før de dør på sykehus.

KOMMENTAR



TRENGER HJEMMESYKEPLEIEN MER KOMPETANSE?



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det er bekymring for kompetansenivået i kommunehelsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Det foreligger få empiriske studier av reformen og hvordan kompetanseutfordringene er håndtert.

Hensikt: Å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen.

Metode: To fokusgruppeintervjuer med til sammen elleve sykepleiere, og to individuelle intervjuer med kommunale ledere. Alle informan-

tene var ansatt i samme kommune.

Resultat: Utskrivningsklare pasienter oppleves som sykere og mer tidkrevende enn tidligere, men sykepleierne registrerte ingen økning av kompetansekrevede oppgaver. Sykepleiekompetansen ble opplevd som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. Samarbeidet mellom ansatte med ulik kompetanse var utfordrende, og sykepleierne opplevde det som vanskelig å få brukt sin kompetanse på rett sted, til rett tid. I tillegg eksisterte det ulik forståelse av hjemmesykepleiens målsettinger og utfordringer.

Konklusjon: For å skape det nødvendige handlingsrommet som sykepleierne etterlyser, må de økonomiske rammene økes. God sykepleiekompetanse alene er ikke nok når kvaliteten på tjenesten baserer seg på en gjensidig avhengighet mellom mange ansatte. Kompetansen i hjemmesykepleien må styrkes i alle ledd fordi vi kan forvente en utvikling med flere kompetansekrevede oppgaver. Implementering av samhandlingsreformen og dens idégrunnlag forutsetter en felles forståelse av målsettinger og utfordringer.

ENGLISH SUMMARY

Nursing competence in home care nursing – in the right place at the right time?

Background: Following the implementation of the Coordination reform, there has been concern about levels of competence in community health services. There have been few empirical studies on the reform and on how concerns regarding competence are dealt with.

Objective: The aim of our study is to develop a greater understanding regarding the need for competence in home care following the implementation of the Reform.

Method: Two focus group interviews

with 11 nurses and two individual interviews with municipal managers, all employed in the same municipality.

Result: Even if discharged patients were more sick and in need for more help than before, the nurses found that they were still able to take care of patients in an effective manner. The nurses' competence was found to be adequate, though not sufficient. Cooperation between nurses and lower-skilled staff was described as a challenge. The way home care was organised resulted in some frustration among the nurses, who felt that their competence was not being utilised in the right place at the right time. There seemed to be a diversity of opinion among partici-

pants when it came to understanding the aims and challenges that home care nursing is facing.

Conclusion: Competence in home care nursing needs to be developed and strengthened. This means an increased budget, more skilled employees, and organisational routines that make cooperation easier and the use of nurses' competence more targeted. To develop a shared understanding of the Coordination Reform and its aims and challenges among all staff should be an integral part of the agenda for managers.

Keywords: Coordination Reform, competence in nursing, home care, qualitative research

» Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?

Forfattere: Kjersti Haugen Norheim og Lisbeth Thoresen

NØKKELORD

- Samhandlingsreformen
- Sykepleiekompetanse
- Hjemmesykepleien
- Kvalitativ studie

INTRODUKSJON

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene påtar seg et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Reformen har blant annet ført til at hjemmesykepleien må ta imot utskrivningsklare pasienter med betydelige og sammensatte behov for, videre behandling, pleie og omsorg (1–3). Selv om det er påvist en tydelig vekst i antall ansatte i kommunale hjemmetjenester (3), er det fortsatt uavklart om kommunene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å håndtere de nye utfordringene.

De siste 20 årene har det foregått en gradvis nedbygging av institusjonstilbud i kommunene, samtidig som bruken av hjemmetjenester har økt (4–6). Utviklingen i Norge samsvarer med helsereformer i en rekke europeiske land (7,8). Evaluering av reformen viser at utskrivningsklare pasienter øker i antall, de skrives ut tidligere

fra sykehuset, og er sykere ved utskrivning (1). I tillegg plasseres ansvaret for forebygging, tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering hos kommunehelsetjenesten (9). Det er med andre ord et betydelig helse- og sykepleiefaglig kompetansebehov i kommunene og ikke minst i hjemmesykepleien.

Sykepleiekompetanse kan forstås på mange måter, og Bing-Jonsson (10) viser til ulike forskningstradisjoner. Kompetanse kan forstås som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper; aspekter som er innvevd i hverandre (ibid.). Samtidig er kompetansen også kontekstuell (10–12), i betydningen «at den bare gir mening i en sammenheng og i forhold til noe, for eksempel en bestemt oppgave, funksjon eller yrkesrolle» (13). Pasientgruppen i hjemmesykepleien er sammensatt med hensyn til alder, etnisitet, diagnose og sosiale forhold (14), og flere studier konkluderer med at en sykepleier i hjemmesykepleien må ha bred kompetanse (10,15). Sykepleieren jobber ofte alene og med problemstillinger som krever god medisinsk kunnskap og vurderings- og beslutningsevne. Sykepleieren må kunne observere, identifisere og evaluere ulike situasjoner, og

iverksette tiltak for å møte pasientens behov.

Tidligere studier har avdekket store strukturelle utfordringer i kommunehelsetjenesten; mangel på ansatte med fagkompetanse (16–18), manglende personkontinuitet i pasientarbeidet (14), tidspress og stramme økonomiske rammer (19–21). Dette er i tråd med vår forståelse av hjemmesykepleien som et åpent system (22). Denne organisasjonsteoretiske tilnærmingen innebærer en forståelse av at organisasjonen og dens praksis og målsettinger påvirkes utenfra, at organisasjonen er avhengig av eksterne ressurser og at organisasjonen

Hva tilfører artikkelen?

Sykepleierne som deltok i studien opplever at kompetansen ikke brukes på rett sted til rett tid. Oppgaver som dekker de daglige grunnleggende behovene prioriteres, mens kliniske vurderinger, helsefremmende og forebyggende arbeid blir nedprioritert.

Mer om forfatterne:

Kjersti Haugen Norheim er fagutviklingssykepleier i Hjemmetjenesten i Horten kommune. Lisbeth Thoresen er førsteamanuensis ved Avdeling for helsefag, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Kontakt: kjersti.norheim@horten.kommune.no.

kan forsøke å mestre sine omgivelser gjennom strategiske valg og bevisst organisasjonsutforming (22).

Samhandlingsreformen er fortsatt ung og foreløpig er det gjort få empiriske studier og vurderinger av den. Hensikten med vår studie er å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen. Problemstillingen var: Hvordan oppleves behovet for kompetanseheving i hjemmesykepleien av sykepleiere og deres ledere etter innføring av samhandlingsreformen?

METODE

Studien ble gjennomført i en bykommune på Østlandet med cirka 26 000 innbyggere (23). Vi benyttet et kvalitativt forskningsdesign, med to fokusgrupper med sykepleiere fra hjemmesykepleien (24), samt to individuelle semistrukturerte intervjuer med den kommunale ledelsen (25). Intervjuformen var fleksibel og muliggjorde oppfølgings spørsmål for dybde og forståelse (ibid.). Fokusgruppe er

Utvalgskriteriene for deltagelse i fokusgruppene var: 1) sykepleiere, med eller uten videreutdanning, 2) frivillig deltagelse, 3) ansatt i hjemmesykepleien – også før samhandlingsreformen ble iverksatt. Det ble rekruttert elleve sykepleiere, en mann og resten kvinner, i ulike alder. Fire av disse samtykket omgående, resten av rekrutteringen skjedde via avdelingslederne, som tok direkte kontakt med sykepleiere som arbeidet de dagene fokusgruppene var planlagt. Halvparten hadde videreutdanning og tre hadde ansvar for bestemte sykepleiefaglige tilleggsoppgaver. Arbeids erfaringen var fra 1,5 til 25 år i hjemmesykepleien.

Enhetsleder for hjemmetjenesten og kommunalsjefen for helse og velferd samtykket begge til intervju.

Datainnsamling

De to fokusgruppene besto av henholdsvis fem og seks sykepleiere, og ble gjennomført på arbeidsstedet. Førsteforfatter gjennomførte fokusgruppene, som begge varte litt over en

direkte til de deltakerne som var minst aktive.

Intervjuene med enhetsleder og kommunalsjef ble gjennomført på deres kontorer og varte i henholdsvis 50 og 70 minutter. Intervjuguiden besto av tre åpne spørsmål, samt oppfølgings spørsmål. Første del omhandlet samhandlingsreformens vektlegging av kompetanseheving i kommunehelsetjenesten. Informantene ble oppfordret til å beskrive hvordan de forsto begrepet kompetanseheving og hvilke eventuelle planer som eksisterte for å heve kompetansen. Deretter ble begge bedt om å beskrive utfordringene med å imøtekomme kravene til økt kompetanse i hjemmesykepleien. Fokusgruppene og intervjuene ble gjennomført i desember og januar 2012/2013, tatt opp på bånd og transkribert av førsteforfatter.

Analysen

I arbeidet med analysen av materialet har vi fulgt en firetrinns analysemetode, kalt systematisk kondensering (26). Det første trinnet innebar en systematisk gjennomlesning av alle intervjuene for å få et helhetsinntrykk. I denne fasen var det viktig å arbeide aktivt for å legge egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side. Ifølge Malterud er dette en forutsetning for å kunne stille seg åpen for inntrykk som materialet kan formidle (26). Trinn to innebar å identifisere meningsbærende enheter gjennom å skille relevant tekst fra irrelevant, ut fra ambisjonen om å svare på studiens problemstillinger. Disse ble deretter kodet og sortert i ulike grupper. De meningsbærende enhetene ble finlest på nytt og vurdert opp imot den opprinnelige transkripsjonen. I trinn tre ble hver kodegruppe ytterli-

” Pasienten var dårligere enn de meldte fra spesialisthelsetjenesten.

hensiktsmessig når formålet er å samtale om et tema som forskeren har bestemt. I en fokusgruppe skapes rom for å høre andres synspunkter og forståelse som vanligvis ikke uttales eksplisitt (24).

Informantene

Informantene mottok en forespørsel med en presentasjon av tema og formålet med studien, metoden, samt informasjon om frivillig deltagelse og anonymisering.

time. Det var utviklet en veiledende intervjuguide med fem åpne spørsmål, samt enkelte oppfølgings spørsmål. Første del av samtalen omhandlet endringer i sykepleiernes arbeidsoppgaver, rutiner eller faglige utfordringer etter innføringen av samhandlingsreformen. Deretter beskrev sykepleierne sin opplevelse av behovet for kompetanseheving. Alle sykepleierne i første fokusgruppe var aktive i samtalen, men ikke i fokusgruppe to. Oppfølgings spørsmål ble rettet

gere delt inn i subgrupper som bidro til å vise ulike nyanser i datamaterialet. Dette resulterte i flere temaer som ble arbeidet med enkeltvis. Avslutningsvis ble trinn fire gjennomført ved å utarbeide en analytisk tekst for hvert tema.

Etikk og personvern

Det ble gitt tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Anonymisering av informantene (27), og særlig lederne, var en forskningsetisk utfordring fordi førsteforfatter var ansatt i den aktuelle kommunen (28). I forespørselen om deltakelse til intervju opplyste vi lederne om dette, og om at anonymisering skulle skje ved kun å referere til informantens yrkestittel i det ferdige arbeidet. Lederne samtykket til publisering av studien. Sykepleierne i fokusgruppene ble anonymisert i transkriberingen, men innenfor organisasjonen var det kjent hvem som deltok i undersøkelsen. Sykepleierne valgte likevel å delta. I presentasjon av studien har vi utelatt sitater og kjennetegn ved sykepleierne som kan føre til gjenkjennelse.

RESULTATER

Sykere og mer tidkrevende pasienter?

Informantene hadde ulike erfaringer med hensyn til endringer i sykepleierens oppgaver etter samhandlingsreformen. Enhetsleder og et fåtall av sykepleierne opplevde ingen endringer, mens flesteparten av sykepleierne hevdet at utskrivningsklare pasienter var: «sykere», «mer tidkrevende enn tidligere» eller «at pasienten var dårligere enn de meldte fra spesialisthelsetjenesten». Noen opplevde også en økende restriktiv holdning blant fastleger og legevaktleger til

innleggelse i spesialisthelsetjenesten. En sykepleier uttrykte: «Det er vanskelig å legge dem inn. Vi mener de er for dårlige og ser en endring, men så er det vanskeligere, både via legevakt og lege, å få lagt dem inn». Sykepleieren opplevde en forventning til at hjemmesykepleien hadde både kompetanse og kapasitet til å ivareta pasienter med utfordrende medisinske tilstander.

Individuell og kollektiv kompetanse

Når det gjaldt kompetansebehovet, snakket informantene både om behovet for individuell sykepleiekompetanse og den kollektive kompetansen. Informantene beskrev den gjensidige avhengigheten mellom de mange ansatte i turnus, som skulle ivareta pasienter med komplekse sykdomsbilder: «En får liksom ikke følelsen av å gjøre en veldig god jobb, fordi at selv om noen har satt i gang et godt tiltak så blir det ikke fulgt opp. (Alle nikket.) Vet ikke om det er fordi vi er så mange eller om det er fordi det er for lite kompetanse, at man burde vært flere fagfolk da, at det er det som gjør at man ikke forstår viktigheten av tiltakene [...] ikke så mye assistenter og vikarer». Den gjensidige avhengigheten kommer tydelig fram. Individuell kompetanse er ikke tilstrekkelig. Sykepleierne hadde ikke mulighet til å besøke alle pasientene hver dag. De var avhengige av at tiltak ble fulgt opp av andre, og at endringer i pasientens helsetilstand ble oppdaget og rapportert av disse.

Fire temaer som omhandlet individuell og kollektiv kompetanse ble tematisert:

1. Tilfredsstillende sykepleie-

kompetanse. Informantene var relativt samstemte i at sykepleierne i hjemmesykepleien samlet sett hadde nok kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov. Kommunalsjefen ønsket flere sykepleiere som bidro med kompetanse for å styrke tjenesten: «Men de individuelle utøverne på sykepleiersida opplever jeg som kompetente». Sykepleierne ønsket seg mer kompetanse på flere områder, men mente de hadde tilstrekkelig kompetanse til å håndtere utfordringene så langt.

2. Sykepleiekompetanse handler om mangfold. Det var stor uenighet blant sykepleierne i den ene fokusgruppen om omfanget av utfordrende sykepleieoppgaver. Noen satte likhetstegn mellom «trivielle oppgaver» og «kjedelig arbeidsdag». En sykepleier uttalte: «Det kan sikkert variere fra sone til sone, for jeg opplever at det er kjedelig! Vi har liksom ikke noen utfordringer». Andre syntes de hadde mange utfordrende oppgaver. Det ble nevnt ferdigheter som stell og håndtering av Venous Access Port (VAP) og Sentralt venekateter (SVK). Avanserte prosedyrer ble framhevet som utfordrende sykepleieoppgaver. Dette utløste en diskusjon om hva sykepleieoppgaver er, og konklusjonen i gruppen viste til mangfoldet i arbeidsoppgavene. Sårstell, observasjoner, ernæring, ivaretagelse av personlig hygiene, medisinsk teknisk utstyr, dokumentasjon, forebyggende arbeid, veiledning og klinisk vurderingsevne ble trukket frem.

3. Øke den kollektive kompetansen. Enhetsleder fortalte om arbeidet med å rekruttere fagpersonell, samt motivere ufaglærte til å starte på utdanning. Enhetslederen ønsket mer tid

til kurs og internundervisning, men stramme økonomiske rammer gjorde at man fokuserte på drift. «Altså, vi skal jo spare så mye att det knipes jo inn over alt og det også fører til at mye av fagligheten blir borte. Det er ikke fokus på fag og utvikling, det er fokus bare på rein drift. Og det er det vi blir målt på.» Flere av sykepleierne ønsket faglig påfyll gjennom kurs eller undervisning, uten at dette ble relatert til samhandlingsreformen. De ønsket «å friske opp

Strukturelle begrensninger

Sykepleierne beskrev handlingsrommet for bruk av egen kompetanse som begrenset av tidspress, manglende ressurser og uhen-siktsmessig arbeidsfordeling. En sykepleier sa: «Vi snakker om ressursmangel, vi snakker om at vi ikke har tid til å gjøre de oppgavene som det faktisk kreves kompetanse til, også er det en sånn arbeidsfordeling!» Sykepleierne skilte altså mellom hva de anser som oppgaver alle kan gjøre og hva som krever

DISKUSJON

Metodologiske betraktninger

Resultatene fra studien må tolkes med forsiktighet, siden de baseres på erfaringer fra ansatte i kun én mellomstor kommune. Utvalget er derfor ikke representativt for alle hjemmesykepleietjenester i norske kommuner. Samtidig representerer informantene i denne studien en variasjon innenfor alder, arbeidserfaring og kompetanse. Av den grunn kan og bør deres erfaringer diskuteres i forhold til andre hjemmesykepleietjenester. Et viktig korrigerende perspektiv, som mangler i denne studien, er pasientenes og pårørendes erfaringer med og synspunkter på sykepleiernes kompetanse.

En refleksjon over på hvilke måter forskerens posisjon, perspektiv og tilstedeværelse påvirker forskningsprosessen, styrker forskningsresultatene troverdighet (26, 29). Før vår studie startet hadde første-forfatter jobbet i den aktuelle kommunen i et halvt år med administrative oppgaver og fagutvikling. Førsteforfatters stilling, kjennskap til kommunen og relasjon til informanter, har preget valg av forsknings-spørsmål, gjennomføring av intervjuer, analysen og presentasjon av funn. Samtidig har kjennskap til forskningsfeltet bidratt til en unik innsikt som gjorde det mulig å identifisere mønstre og kompleksitet som var mindre synlig for en utenforstående (31). Førsteforfatters grep for å styrke påliteligheten gjennom hele forskningsprosessen har vært å øke bevisstheten rundt egen forskerrolle og forforståelse. Samt bruk av teori og annen forskning forsøkt å skape avstand til og perspektivere materialet.

” Individuell kompetanse er ikke tilstrekkelig.

det gamle, gjerne kurser eller hospitere på sykehuset en uke». Områdene «rus og psykiatri, geriatri og sårbehandling» ble nevnt spesifikt. Flere av sykepleierne var opptatt av hvordan kommunen skulle øke de ufaglærtes kompetanse, og én stilte spørsmålet: «Hvordan øke ufaglærtes kompetanse når de ikke har noe grunnleggende kunnskap å bygge videre på?»

4. *Kompetanse som holdning.* Kommunalsjefen var opptatt av at kompetansebehovet var noe mer enn behov for tekniske ferdigheter – at det også handlet om innstillinger og holdninger til pasientens bistandsbehov. Kommunalsjefen uttrykte at hjemmesykepleien hadde en tendens til å overta oppgaver som pasientene kunne klare selv: «Så det med å la folk få kunne klare seg selv lengst mulig, det er en del av samhandlingsreformens credo. Og da trur jeg ikke man trenger mer tekniske ferdigheter, men man trenger en forståelse ... Kompetanse har med innstilling og holdninger å gjøre også». Her pekte kommunalsjefen på at den kollektive forståelsen bør endres.

sykepleiefaglig kompetanse. En sykepleier påpekte: «Møte med samhandlingsreformen, rett kompetanse på rett sted til rett tid [...] Det er liksom en tankevekker når du går ut og varmer Fjordland når du har gått tre år på høyskolen og videreutdanning og har masse kompetanse fra før av. Så da har du faktisk kompetanse til å varme den Fjordlanden».

Sykepleierne uttrykte betydelig misnøye med hvordan de fikk brukt sin kompetanse. Brannslukningsarbeid ble deres hovedoppgave, framfor å bruke tiden på faglige kliniske vurderinger og iverksetting av forebyggende tiltak: «Nei, her er det ikke bare å ta en stiks når pasienten er forvirra og så ferdig med det, ikke noe utslag eller noen ting, da er vi ferdig med det. Pasienten er fortsatt forvirra – hvorfor er pasienten forvirra?». Forhold utenfor sykepleiernes kontroll, som tidspress, uhen-siktsmessig arbeidsfordeling og flere tilleggsoppgaver, vil kunne forstås som strukturelle begrensninger for sykepleiernes bruk av egen kompetanse.

Gjensidig avhengighet

I likhet med tidligere studier (1–3), viser våre funn at utskrivningsklare pasienter blir tatt imot raskere i kommunen, og de er sykere enn tidligere. Dette var et av flere forventete resultater av samhandlingsreformen og har skapt bekymring for om sykepleiekompetansen ute i kommunehelsetjenesten er tilstrekkelig (32). Som analysen viser er informantene relativt samstemte i, at på tross av en viss økning av sykere og mer tidkrevende pasienter, har sykepleierne tilstrekkelig kompetanse. Utfordringen for sykepleierne er at god individuell sykepleiefaglig kompetanse ikke er nok når kvaliteten på tjenesten baserer seg på gjensidig avhengighet og samarbeid. Flere ansatte mangler formell kompetanse. Man vil ikke nødvendigvis etablere kompetent og felles forståelse selv om sykepleier gir utfyllende opplysninger om observasjoner og hvordan tiltak skal følges opp.

Flere studier viser til den bredden i kompetanse som en sykepleier i hjemmesykepleien må ha (10,15). Gjevjon har et interessant poeng når hun hevder at sykepleiere gjerne framstiller relasjonen til pasienten som det mest sentrale i sykepleiefaget, og på den måten bidrar til å underkommunisere kompleksiteten og de krevende oppgavene sykepleiere skal forholde seg til. Dette kan være med på å skape en forståelse i samfunnet om at sykepleie er noe alle kan gjøre (33).

Idealer i endring?

Sykepleierne i vår studie opplever ingen økning av kompetansekrevende oppgaver ett år etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er interessant å se våre funn i lys av utviklingen i England, USA og Australia,

hvor de i flere tiår har utdannet sykepleiere med avansert klinisk kompetanseprofil (34). I Danmark har forandringer i oppgavefordelingen ført til flere og nye kliniske oppgaver, mer ambulansetjeneste og mer diagnose-spesifikke oppgaver i hjemmesykepleien (35). Mye tyder på at det også i Norge vil komme en tydeligere oppgavefordeling, der sykepleieoppgavene i større grad blir mer spesialisert og rettet mot diagnoser (36). Mens de tradisjonelle pleie- og omsorgsoppgavene vil ivaretas av andre yrkesgrupper. Særlig interessant blir det å se denne arbeidsfordelingen i lys av idealet om helhetlig sykepleie (37). Et slikt ideal vil nødvendigvis utfordres hvis sykepleierne i første rekke skal utføre isolerte sykepleieoppgaver.

Politiske ambisjoner

Et annet vesentlig funn er sykepleiernes opplevelse av at kompetansen ikke brukes på rett sted til rett tid. Dette gjenfinner vi i Tønnessens studie, som viser at lav bemanning og stor arbeidsmengde gjør at sykepleierne må prioritere hardt mellom pasienter og oppgaver, og at kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet blir dårligere (19). Kravet

det uoverstigelige gapet mellom tilgjengelige ressurser og politiske målsettinger i pleie- og omsorgstjenestene (19,21,38). Dette viser også hvordan muligheten til å nå organisasjonens mål begrenses av ytre faktorer som ressurstilgang, både økonomisk og i form av profesjonell kompetanse (22).

Det er interessant at innstillinger og holdninger til pasienters bistandsbehov løftes fram når sykepleiernes kompetanse tematiseres. Det ser ikke ut til at det eksisterer en felles forståelse av hvilke krav og utfordringer hjemmesykepleien står ovenfor. Her eksisterer det et spenningsforhold mellom de ambisjonene ledelsen har på vegne av nasjonale politiske målsettinger – og sykepleiernes pressede arbeidssituasjon. Lederne stiller spørsmål ved sykepleiernes fokus, mens sykepleierne etterlyser handlingsrom.

KONKLUSJON

Et år etter innføringen av samhandlingsreformen var det ingen merkbar økning i kompetansekrevende oppgaver. Informantene var relativt samstemte i at sykepleierne samlet sett hadde nok kompetanse.

” Det er ikke fokus på fag og utvikling, det er fokus bare på rein drift.

til prioritering av arbeidsoppgaver kommer tydelig frem også i vår studie. Oppgaver som dekker de daglige grunnleggende behovene prioriteres, kliniske vurderinger, helsefremmende og forebyggende arbeid blir nedprioritert. Stramme økonomiske rammer gjør det utfordrende å skape rom for fag og utvikling. Dette funnet samsvarer med flere andre studier som har vist

Utfordringen, som spesielt sykepleierne framhevet, var at god sykepleiefaglig kompetanse ikke er nok når kvaliteten på tjenesten baserer seg på gjensidig avhengighet mellom de mange ansatte. Kompetansen må derfor styrkes i alle ledd og de økonomiske rammene må økes for å kunne skape det handlingsrommet som sykepleierne etterlyser. I tillegg forutsetter implemente-

ring av samhandlingsreformen og dens idégrunnlag en felles forståelse av målsettinger og utfordringer.

Vi ser behovet for at flere lignende studier utføres i kom-

munehelsetjenesten nå som erfaringene og konsekvensene av samhandlingsreformen begynner å gjøre seg gjeldende. Når vi ser på utviklingen i andre europeiske land er det sannsynlig at

hjemmesykepleien etter hvert vil møte krav om å håndtere flere nye klinisk avanserte oppgaver. Dette indikerer at utfordringene som denne artikkelen løfter frem blir ytterligere aktualisert.

REFERANSER

- Grimsmo A.** Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*. 2013;2:148–55.
- Helsedirektoratet.** Samhandlingsstatistikk 2011–2012. 2013 [01.05.2014]; <http://www.helsedirektoratet.no>.
- Helsedirektoratet.** Samhandlingsstatistikk 2012–2013. 2014 [01.05.2014]; <http://www.helsedirektoratet.no>.
- Hofseth C, Norvoll R, Unimed S.** Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Trondheim: Sintef Unimed, 2003.
- Kalseth B, Midttun L, Paulsen B, Nygård L, Helse S.** Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten: – oppgaveutvikling og samspill. Trondheim: Sintef Helse, 2004.
- Gautun H, Hermansen Å.** Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. 2011 [01.05.2014]; Available from: <http://www.nsf.no>.
- Hermansen Å.** Pleie- og omsorgssektoren i de nordiske land. 2011 [30.10.2014]; <http://www.fafo.no>.
- World Health Organization.** Home care in Europe. The solid facts. <http://www.euro.who.int/>; Università Commerciale. Luigi Bocconi, 2008.
- St. meld. 47** (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
- Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C.** Competence in advanced older people nursing: development of «Nursing older people – Competence evaluation tool». *International Journal of Older People Nursing*. 2013;10:59–72.
- Eraut M.** Developing professional knowledge and competence. London, UK: Falmer Press; 1994.
- Cowan DT, Norman I, Coopamah VP.** Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. *Nurse Education Today*. 2005;25:355–62.
- Fjørtoft A-K.** Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
- Gjevjon ER.** Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin. [Doktoravhandling]: Universitetet i Oslo; 2014.
- Melin-Johansson C, Axelsson B, Gaston Johansson F, Danielsson E.** Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative home care team. *Eur J Cancer Care*. 2010;2:243–50.
- Norsk Sykepleierforbund.** I effektiviseringsnavn ... 2012 [30.09.2014]; Available from: <http://www.nsf.no>.
- Meld. St. 25** (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
- Helsedirektoratet.** Årsrapport 2010 – Omsorgsplan 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
- Tønnessen S.** The challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service [Doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
- Vike H.** Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet. Oslo: Akribes a.s.; 2004.
- Vabø M.** Hva er nok?: om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 1998.
- Djupvik AR, Eikås M.** Organisert velferd: organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar. Oslo: Samlaget; 2010.
- Norheim KH.** Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – strukturenes innvirkning på bruk av egen kompetanse. 2013.
- Halkier B, Gjerpe K.** Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
- Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
- Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
- Alver BG.** Ansvar for den enkelte. 2009 [29.10.2014]; <http://www.etikkom.no>.
- Nilssen VL.** Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
- Finlay L.** «Outing» the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*. 2002;12(4): 531–45.
- Bazeley P.** Qualitative data analysis: practical strategies. London: Sage; 2013.
- Patton MQ.** Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2002.
- Opsahl G, Solvoll B-A, Granum V.** Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien Forskning*. 2012;100: 60–3.
- Gjevjon E.** Et ideal i utakt?: Sykepleien.no; 2012 [23.05.2014]; <http://www.sykepleien.no>.
- Pulcini J, Loke AY, Gul R, Jelice M.** An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practise and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42: 31–9.
- Vinge S, Kilsmark J.** Hjemmesykepleiens oppgaver i utvikling. *Dansk Sundhedsinstitutt*; 2009 DSI-prosjekt nr. 2670.
- Grimsmo A.** Veien frem til helhetlig pasientforløp. 2012 [04.03.2013]; <http://www.nhn.no>.
- Norsk Sykepleierforbund.** Yrkeseiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011.
- Vike H, Bakken R, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R.** Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002.

Nye oppgaver

› Samhandlingsreformen har medført økt behov for bemanning med sykepleiekompetanse.



Line Stenerud

Virksomhetsleder for Hjemmetjenesten i Ski kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Innføring av Samhandlingsreformen utfordrer uten tvil kompetansen i hjemmesykepleien, men er vi klar over hva kompetansebehovet er?

Artikkelen «Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?» omhandler kompetansebehovet i hjemmesykepleien, og Kjersti Haugen Norheim og Lisbeth Thoresen presenterer funn fra to fokusgruppeintervjuer, der de ønsker å få svar på om ansatte og ledere i en bykommune opplevde endrete kompetanse krav etter innføring av Samhandlingsreformen. Ett år etter innføringen opplevde sykepleierne liten endring i kompetansekrevene oppgaver, og mente de hadde tilstrekkelig kompetanse. Dette til tross for at de oppga at de utskrivningsklare pasientene var sykere og mer tidkrevende.

Vår erfaring i samme tidsrom er sammenfallende. Selv om pasientene var dårligere ved utskrivning, var oppgavene kjente og kompetansebehovet endret seg lite av den grunn. Det som derimot endret seg, var en sterk vekst i antall brukere som ble utskrevet fra sykehus med behov for hjelp hjemme. Omfanget av oppgavene, spesielt kveld og helg, førte til behov for økt bemanning og da med sykepleiekompetanse. Artikkeleforfatterne sine betraktninger omkring kapasitet og organisering er således interessante sett i forhold til behov for kompetanse i hjemmesykepleien.

Studien er gjennomført relativt kort tid etter innføring av Samhandlingsreformen da oppmerksomheten i vesentlig grad var rettet mot behandling, utskrivning og medfinansiering.

Forventninger om økt satsing på forebygging og rehabilitering, fordrer nye måter å arbeide på i hjemmesykepleie – deriblant mulig endret kompetansebehov. Artikkeleforfatterne trekker også fram at det i studien eksisterte en ulik forståelse av hvilke målsettinger og utfordringer hjemmesykepleien sto ovenfor.

Det er nå tre år siden Samhandlingsreformen ble implementert, og man kan stille spørsmålet om sykepleierne og deres ledere har samme erfaring i dag som da studien ble gjennomført.

Praksiskommentaren er skrevet i samarbeid med Mona C. Wiger, virksomhetsleder for Samhandlingsenheten, Ski kommune.

Les artikkelen på side 14





Arkivfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Samhandlingsreformens krav og målsettinger om redusert liggetid for eldre pasienter på somatiske sykehus har aktualisert utfordringen om å rekruttere tilstrekkelig fagutdannet personell til den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

Hensikt: Formålet med artikkelen er å empirisk teste følgende hypotese: I kommuner med en økning i andelen sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2010–2013 har somatiske pasienter 80 år og eldre fått redusert antall liggedøgn i sykehus.

Metode: I analysen benyttes «fixed effects»-modell i kombinasjon med multipel lineær regresjonsanalyse, basert på et paneldatasett som omfatter 427 norske kommuner for årene 2010–2013.

Resultat: Analysen viser at somatiske pasienter 80 år og eldre har hatt en nedgang i antall liggedøgn i sykehus i perioden 2010–2013. I analysen forklares denne nedgangen som en effekt av innføringen av Samhandlingsreformen, endringer i andel reinnleggelser, andel brukere med omfattende bistandsbehov og andel døde. Verken en

økning i andel sykepleier årsverk eller tilpasninger i tjenestetilbudet har hatt effekt på liggetiden i perioden. Artikkelens hypotese får dermed ikke støtte.

Konklusjon: Selv om vi ikke finner støtte for vår hypotese i denne studien virker det rimelig å anta at en økning i andel sykepleierårsverk og endringer i tjenestetilbudet vil være av betydning for liggetiden til pasienter 80 år og eldre på lengre sikt. Økt kompetanse vil høyst sannsynlig være viktig for å få ned andel reinnleggelser og dermed liggetiden til denne pasientgruppen.

ENGLISH SUMMARY

Reduced length of hospital stays for elderly patients

Background: The Coordination Reform has requirements and objectives with regard to reducing the length of hospital stays for elderly patients; this has highlighted the challenge of recruiting enough skilled personnel to the municipal care sector.

Objective: The aim of the article is to empirically test the following hypothesis: Somatic patients above the age of 80 spend fewer nights in state hospitals if they live in a municipality that had increased the number of nurse FTEs between 2010 and 2013.

Method: This paper applies a fixed effects model in combination with

multiple linear regression analysis, based on a panel data set that includes 427 Norwegian municipalities throughout the years 2010–2013.

Result: The analysis shows that there was a decrease in the number of nights spent in hospitals for somatic patients aged 80 and over between 2010 and 2013. This decrease must be understood as an effect of the Coordination Reform, changes in the number of re-commitments, proportion of service users with extensive care needs in the municipality, and the proportion who died during this period. Increases in the proportion of nurse FTEs and changes in the services offered do not appear to have independent effects on the outcome variable.

The hypothesis is, therefore, not supported.

Conclusion: Even though we do not find support for our hypothesis in this analysis, it seems plausible that an increase in the proportion of nurse FTEs and, together with the changes in the services provided, will affect the number of nights the oldest patients spend in state hospitals over time. Increasing skills and competence in the services is likely to affect the proportion of re-admissions, and, consequently, also the total time spent in hospitals among this group of patients.

Keywords: nurse FTEs, patients ready for discharge, Coordination reform, elderly

REFORMEFFEKT: » Redusert liggetid blant de eldste

Forfattere: Åsmund Hermansen og
Anne Skevik Grødem

NØKKELORD

- Samhandling
- Sykepleie
- Eldre
- Kommunehelsetjeneste

INNLEDNING

Overføringen av ansvar fra stat til kommuner er en av de klareste trendene i helse- og omsorgspolitikken de siste tiårene. Det har vært et ideal at flest mulig skal få best mulig tjenester der de bor, og at tjenestene skal leveres av hjemkommunene. Dette prinsippet ble implementert for eldre på 1980-tallet, da sykehjemmene ble overført til kommunene i 1988, og for mennesker med utviklingshemming tidlig på 1990-tallet, da de statlige institusjonene ble lagt ned og beboerne tilbakeført til hjemkommunene. De mange opptrappingsplanene og handlingsplanene for rusomsorgen og omsorgen for mennesker med psykiske lidelser plasserer også ansvaret klart i kommunene (1).

Samhandlingsreformen, som ble vedtatt på våren i 2010 og implementert fra 1. januar 2012, kan ses på som den foreløpig siste reformen etter dette prinsippet. En av de sentrale målset-

tingene med denne reformen er å dempe veksten i sykehussektoren ved gradvis å rendyrke spesialisthelsetjenestene ved sykehusene. Samtidig skal kommunehelsetjenesten settes i stand til å påta seg større helsefaglige og pleiemessige oppgaver. Kommunene er pålagt et medfinansieringsansvar. Dette innebærer at de må bidra til å dekke kostnadene som påløper sykehusene i den tiden utskrivningsklare pasienter blir liggende på somatiske sykehus på grunn av manglende kapasitet i kommunale tjenester. Intensjonen er at dette skal gi kommunene et sterkt økonomisk insentiv til å innrette pleie- og omsorgstjenestene slik at de er i stand til å motta utskrivningsklare pasienter for videre behandling. Det kommunale medfinansieringsansvaret omfatter i første omgang pasienter som skrives ut fra medisinske avdelinger, hvor en majoritet av pasienter er eldre (2).

Dette nye ansvarsforholdet mellom stat og kommune på helse- og omsorgsfeltet stiller nye krav til kommunene. Endringen i terminologi fra ferdigbehandlet til utskrivningsklar forutsetter at pasienten kan få videre behandling i kommunene. Kommunene har fått behandlingsansvar, ikke bare pleieansvar. Dette stiller også

nye krav til kompetanse i kommunene. Kommunene må ha tilgang til personell som kan gi et forsvarlig medisinsk tilbud til pasienter som vurderes som utskrivningsklare i spesialisthelsetjenesten (3).

I denne artikkelen undersøker vi betydningen av kompetanse på kommunenivå for implementeringen av Samhandlingsreformen for de aller eldste. Mer presist ser vi på forholdet mellom endring i liggedøgn på sykehus og andelen sykepleierårsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i perioden 2010 til 2013. Formålet med denne artikkelen er å gi en empirisk testing av følgende hypotese:

Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser at kortere liggetid blant eldre i sykehus først og fremst er en effekt av Samhandlingsreformen, og ikke av økt sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenesten.

Mer om forfatterne:

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

I kommuner med en økning i andelen sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2010 til 2013 har somatiske pasienter 80 år og eldre fått redusert antall liggedøgn i sykehus.

De aller eldste pasientene er særlig interessante i denne sammenhengen fordi bruken av pleie- og omsorgstjenester er høy i denne gruppa. Tall for 2007 viser at pasienter 80 år og eldre forbrukte 16,4 prosent av alle liggedøgn ved norske sykehus, selv om aldersgruppen som

dringene i pleie- og omsorgssektoren (1) framholdt regjeringen Stoltenberg II at den største utfordringen de nærmeste tiårene vil være å rekruttere tilstrekkelig fagutdannet personell. I pleie- og omsorgstjenesten utgjør personellet den grunnleggende ressursen. Alle tjenester som ytes, består av menneskelig innsats. Samspillet mellom ulikt personell, og mellom personell og brukere, legger grunnlaget for god omsorg. At personellet spiller en så avgjørende og sen-

riter rekruttering av fagutdannete med høyere utdanning til pleie- og omsorgssektoren. Videre svarte 76 prosent at de ville avsette midler til kompetanseheving av egne ansatte (9). En undersøkelse fra 2007 avdekket imidlertid at bare hver femte kommune som deltok i undersøkelsen hadde utarbeidet en plan for rekruttering til pleie- og omsorgssektoren. To av fem kommuner hadde planer om å lage en slik plan. Litt under halvparten av kommunene oppga å ha et samarbeid med utdanningsinstitusjoner for sykepleiere, mens halvparten oppga at de hadde problemer med å rekruttere sykepleiere. To av fem kommuner oppga også at de manglet kompetente søkere til sine stillinger (10).

På tross av målsettingen om å rekruttere flere fagutdannede med høyere utdanning hos et flertall av norske kommuner, kan det se ut til at mange kommuner har store utfordringer. En viktig årsak kan være den utbredte bruken av deltid i pleie- og omsorgssektoren (11). Når det gjelder sykepleierstillinger uttrykte hele 60 prosent av kommunene i undersøkelsen fra 2007 at det var for mange deltidsstillinger. Imidlertid var det bare 8 prosent som hadde fastsatt et mål for å øke andelen heltidsstillinger i sine kompetanseplaner (10). Rekruttering av flere med høyere utdanning til pleie- og omsorgssektoren vil være en sentral problemstilling for norske kommuner de neste 20–30 årene. Kompetanseutvikling og rekruttering er ingen ny problemstilling i pleie- og omsorgssektoren. Dette har vedvart over år gjennom ulike sosialpolitiske reformer og som følge av økt kommunalt ansvar

” Eldre over 80 år er altså en voksende gruppe med høyt forbruk av helsetjenester.

helhet bare utgjorde 4,6 prosent av befolkningen (4). Dette er også en befolkningsgruppe som antas å vokse på sikt: mellom 2020 og 2035 er det anslått at antallet vil øke med 7 prosent i året (5). Eldre over 80 år er altså en voksende gruppe med høyt forbruk av helsetjenester. Dermed er de en viktig gruppe å fokusere på når vi vil vurdere praksis i kjølvannet av Samhandlingsreformen. Mennesker i denne aldersgruppa har ofte sammensatte helselidelser, og det kan kreve betydelig kompetanse å yte dem god omsorg.

Kompetanse er nøkkelordet i denne artikkelen. Behovet for kompetanseoppbygging i pleie- og omsorgstjenestene har vært tema i flere studier og politiske dokumenter, som vi viser i neste avsnitt. Deretter presenteres metoden som benyttes for å teste artikkelens hypotese, før resultatene presenteres. Artikkelen avsluttes med en konklusjon og forslag til videre forskning.

BAKGRUNN

I sin stortingsmelding om utfor-

tral rolle for de tjenestene som ytes, gjør omsorgstjenestene svært sårbare for svingninger i personelldekningen og personellens kompetanse (2,6,7).

I en undersøkelse gjennomført i forbindelse med evalueringen av Kompetanseløftet 2015 i 2010 uttrykte et flertall; 62 prosent av norske kommuner, at stadig nye statlige arbeidsoppgaver gjør det vanskelig å planlegge rekrutteringen. Dette var 21 prosentpoeng flere enn i 2008. Forskerne bak evalueringen understreker at selv om det ikke er mulig å fastslå hva som ligger bak denne endringen basert på de benyttete data, er det nærliggende å peke på Samhandlingsreformen (8). I intervjuer med ledere i kommunal pleie og omsorg, trekkes utdanning og kompetanseheving frem som en forutsetning for å kunne håndtere de kommende utfordringene knyttet til Samhandlingsreformen (8).

I en spørreundersøkelse gjennomført i 2009 blant norske kommuner oppga nesten ni av ti, 88 prosent, at de ville prio-

Tabell 1: Gjennomsnittlig andel sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren og antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre på nasjonalt nivå i perioden 2010 til 2013

År	2010	2011	2012	2013	Endring 2010–2013
Andel sykepleierårsverk	21,15 %	21,56 %	22,15 %	22,53 %	+ 1,38
Antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år+	3,94	3,87	3,47	3,33	- 0,61

for nye brukergrupper (11).

Hypotesen om at en økning i andelen sykepleierårsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene reduserer liggetiden i sykehus, virker umiddelbart plausibel. God tilgjengelighet på høy kompetent personell vil bedre mulighetene til å ta imot nylig utskrevne pasienter på kort varsel, og reduserer behovet for overlegg. Samhandlingsreformen har endret arbeidsdelingen mellom statlige helseforetak og kommunale tjenester. Det er trolig for tidlig å si noe om hvilke effekter reformen har hatt på kommunale pleie- og omsorgstjenester, og ikke minst hvilken effekt reformen vil ha på behovet for kompetanseoppbygging i kommunene. Det er imidlertid, ved hjelp av foreliggende data, mulig å undersøke hvilken effekt en økning i andel sykepleierårsverk i kommunal pleie og omsorg har hatt på liggetiden i somatiske sykehus på kort sikt. I denne artikkelen vil det si i perioden umiddelbart før og rett etter Samhandlingsreformen ble innført med full styrke. Gitt at Samhandlingsreformen er såpass ny, foreligger det ingen representative statistiske analyser for samtlige norske kommuner, som gjør det mulig å gi et generelt bilde på effekten av en økning i andelen sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren på liggetiden til somatiske pasienter 80 år og eldre i perioden 2010 til 2013.

Slik det framkommer i tabell 1, har det på nasjonalt nivå

vært en gjennomsnittlig økning i andelen sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden som undersøkes. Derimot har det vært en nedgang i gjennomsnittlig antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre. Utover å undersøke betydningen av endringer i andelen sykepleierårsverk i pleie og omsorg, analyserer vi også effekten av innføringen av Samhandlingsreformen på liggetiden til pasienter 80 år og eldre. Det bør imidlertid understrekes at vi i denne artikkelen kun undersøker effekter over en periode på

ende av registerdata fra NPR (Norsk Pasientregister) og KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) for årene 2010, 2011, 2012 og 2013. Registerdataene fra NPR er offentlig tilgjengelig gjennom Helsedirektoratet og er publisert i sammenheng med innføringen og gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Disse dataene inneholder blant annet opplysninger om antall pasienter 80 år og eldre i somatiske sykehus og liggetid for denne pasientgruppen fordelt på kommunenivå. KOSTRA er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon

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

fire år, fra 2010 til 2013, to år før og to år etter innføringen av Samhandlingsreformen. Analysene gir derfor innsikt i den kortsiktige effekten av en økning i andelen sykepleierårsverk. Men de kan ikke si noe om utviklingen på lang sikt når Samhandlingsreformen har fått virke over et lengre tidsperspektiv og norske kommuner har fått mer tid på å tilpasse seg reformen med hensyn til kompetansesammensettning og tjenestetilbud.

DATA OG METODE

Data

Analysen som gjennomføres er basert på et paneldatasett bestå-

om kommunal virksomhet, og dataene er offentlig tilgjengelige gjennom Statistisk sentralbyrå. Disse dataene gir informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenestoområder blant norske kommuner. I alt inkluderes 427 kommuner (grupper) og 1697 observasjonspunkter per kommune (observasjoner) i analysen.

Avhengige og uavhengige variabler

Den avhengige variabelen i analysen er antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre (X1). Antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient

80 år og eldre er operasjonalisert ved å dele antall liggedøgn totalt for somatiske pasienter 80 år og eldre på antall somatiske pasienter 80 år og eldre for hver enkelt kommune. I analysen som gjennomføres i denne artikkelen måler den avhengige variabel endringer i antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre innen norske kommuner i perioden 2010 til 2013.

For å måle andel sykepleier årsverk i pleie- og omsorgssek-

fraværet i sektoren inkluderes andel årsverk legemeldt sykefravær i pleie og omsorg (X4). Denne variabelen er operasjonalisert ved å dele antall årsverk legemeldt sykefravær i pleie og omsorg på antall brukerrettete årsverk i pleie og omsorg.

For å kontrollere for betydningen av utviklingen i volumet av antall institusjonsplasser og bruken av disse, inkluderes dekningsgraden av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og

inkluderes andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år (X9) for å kontrollere for utviklingen i omfanget av yngre brukere. Variabelen er operasjonalisert ved å dele antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år på antall innbyggere under 67 år.

For å kontrollere for utviklingen i demografiske og sosio-økonomiske forhold, samt utviklingen i bosettingsmønstre, inkluderes andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre (X10), andel døde i løpet av året (X11) og reiseavstand til kommunesenter (X12). Andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre er operasjonalisert ved å dele antall aleneboende innbyggere 80 år og eldre på antall innbyggere 80 år og eldre. Videre er andel døde i løpet av året operasjonalisert ved å dele antall døde i løpet av året totalt på antall innbyggere totalt. Dette gir et mål på den totale dødeligheten, som ikke er standardisert ut fra alders- eller kjønns sammensetningen i den enkelte kommune. Dødelighet vil variere med alders- eller kjønns sammensetningen i kommunen. En sammenlikning på tvers av kommuner ville derfor gjort en slik standardisering påkrevet. I denne analysen ønsker vi imidlertid å undersøke betydningen av endringer i dødelighet innen samme kommune over tid og velger derfor å benytte dette målet. Reiseavstand til kommunesenter er målt som gjennomsnittlig reiseavstand i minutter per innbygger til kommunesenteret.

Langsiktig gjeld per innbygger i 1000 kroner (X13) og frie inntekter per innbygger i 1000 kroner (X14) inkluderes i analysen for å kontrollere for kommunens økonomiske

” Utdanning og kompetanseheving er forutsetning for å kunne håndtere de kommende utfordringene knyttet til Samhandlingsreformen.

toren inkluderes andel sykepleierårsverk i pleie og omsorg (X2). Variabelen er operasjonalisert ved å dele antall avtalte sykepleierårsverk på antall avtalte brukerrettete årsverk i pleie og omsorg totalt. I analysen estimeres effekten av en økning i andel sykepleierårsverk i pleie og omsorg på endringer i antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre innen norske kommuner i perioden 2010 til 2013.

For å kontrollere for ulike forhold i den enkelte kommune som kan påvirke endringer i antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre (X1) i perioden 2010 til 2013 inkluderes en rekke kontrollvariabler i modellen. Brukerrettete årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (X3) inkluderes for å kontrollere for endringer i den totale bemanningen i sektoren. Variabelen er operasjonalisert ved å dele antall brukerrettete årsverk i pleie og omsorg på antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester. For å kontrollere for endringer i syke-

eldre (X5) og andel døgn korttids plasser (X6). Førstnevnte er operasjonalisert ved å dele antall beboer på institusjon 80 år og eldre på antall innbyggere 80 år og eldre. Sistnevnte er operasjonalisert ved å dele antall døgn tidsbegrenset opphold i institusjon på antall døgn i institusjon totalt. Videre kontrolleres det for dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (X7) i analysen. Denne variabelen er operasjonalisert ved å dele antall mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre på antall innbyggere 80 år og eldre.

Brukergrunnlaget legger viktige rammer for utformingen av tjenestetilbudet i pleie- og omsorgssektoren i den enkelte kommune. For å kontrollere for utviklingen i brukergrunnlaget, inkluderes andel mottakere med omfattende bistandsbehov (X8). Variablene er operasjonalisert ved å dele antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov på antall mottaker av pleie- og omsorgstjenester totalt. Videre

handlingsrom. Sammenhengen mellom kommunestørrelse og inntektsnivå gjør at det spesielt er de minste kommunene som har mest ressurser per innbygger, og dermed muligheten til å tilby innbyggerne et godt utbygd tilbud innen pleie- og omsorgssektoren (12). Den bivariate korrelasjonen mellom kommunestørrelse (målt som antall innbyggere) og frie inntekter per innbygger var i 2010 på $-0,822$ (Pearsons r). Variabelen inkluderes derfor også i analysen for å kunne kontrollere for endringer i antall innbyggere.

Andel reinnleggelser inkluderes for å kontrollere for endringer i andel reinnleggelser over tid (X15) i perioden 2010 til 2013. Variabelen kan gi et mål på kommunenes evne til å ta imot utskrevne pasienter fra somatiske sykehus. Variabelen er operasjonalisert ved å dele antall reinnleggelser på antall somatiske pasienter 80 år og eldre for hver enkelt kommune.

For å kontrollere for den nedgående trenden i liggetiden i perioden, slik den er illustrert i tabell 1, og effekten av innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, inkluderer års-dummyer for år 2011, år 2012 og år 2013 i analysen. År 2010 utgjør referanseåret i analysen.

Metode

For å teste artikkelens hypotese benyttes paneldata metoden «fixed effects»-modell i kombinasjon med multiplert lineær regresjonsanalyse. Fordelen med å bruke fixed effects er at de kontrollerer bort all tidsuavhengig uobserverbar heterogenitet som kan være korrelert med de uavhengige variablene og dermed gi over-/underestimerte koeffisienter (bias) (13–15). Fixed effects benytter kun variasjon innen

samme enhet (kommune) over tid og gir derfor robuste estimater på effekten av endringer i ulike uavhengige variabler på ulike utfall (13–15). Denne modellen gir dermed muligheten til å estimere effekten av endringer andel sykepleierårsverk har på antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre i perioden 2010 til 2013, kontrollert for andre forklaringsvariabler og tidsuavhengig uobserverbar heterogenitet.

RESULTATER

Tabell 2 viser oppbyggingen av analysen i tre trinn: modell 1 viser den bivariate sammenhengen mellom andel sykepleierårsverk og liggetid for de eldste pasientene, som er negativ. Sammenhengen er fortsatt negativ og signifikant når vi kontrollerer for alle de andre kontrollvariablene bortsett fra år (modell 2). Kontrollerer vi for tid og innføringen av Samhandlingsreformen forsvinner imidlertid effekten av sykepleierårsverk (modell 3). Vi kan dermed heller ikke konkludere med at en økning i andelen sykepleierårsverk har bidratt til reduksjonen i liggetiden i perioden 2010 til 2013. Artikkelens hypotese får dermed ikke støtte.

Blant de forklaringsvariablene som er inkludert i denne analysen forklares nedgangen i lig-

etter innføringen av Samhandlingsreformen. Analysene viser at heller ikke en økning i dekningsgraden av hjemmetjenester eller dekningsgraden av institusjonsplasser, årsverk per bruker eller i frie inntekter per innbygger har bidratt til reduksjonen i liggetiden for pasienter 80 år og eldre i perioden 2010 til 2013.

Det må understrekes at vi i denne artikkelen undersøker et relativt kort tidsspenn. Det trengs et lengre tidsperspektiv for å si noe om de mer varige effektene av Samhandlingsreformen, endringer i kompetansesammensetningen og tjenestetilbudet for liggetiden til pasienter 80 år og eldre. De fire årene vi har undersøkt i denne artikkelen, hvor to år før og to år var etter innføringen av reformen, gir kun et bilde på effekter av endringer i et kort perspektiv. Det virker rimelig å anta at en økning i andelen sykepleierårsverk og tilpasninger i tjenestetilbudet vil ha en effekt på lengre sikt når norske kommuner har hatt lengre tid på å tilpasse pleie- og omsorgstjenestene basert på erfaringer med reformen.

Betydningen av andel reinnleggelser for liggetid til pasienter 80 år og eldre består etter kontroll for år. Studier viser at de økonomiske insentivstrukturene innebygd i Samhandlingsrefor-

” ” Kompetanse er en forutsetning for å møte Samhandlingsreformens krav og målsettinger om redusert liggetid.

getid i all hovedsak av en effekt av Samhandlingsreformen. Når reformåret 2012 og det påfølgende året 2013 sammenliknes med 2010 og 2011, vises en klar og signifikant nedgang i liggetiden for pasienter 80 år og eldre

men, i mange tilfelle bidrar til for raske utskrivelser fra somatiske sykehus for å redusere antall liggedøgn. I de tilfeller der kommunene mangler evne til å ta imot disse pasientene, fører dette til en økning i antallet reinnleggelser

Tabell 2: Effekten av en økning i andel sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren på antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre i perioden 2010 til 2013

	Bivariate korrelasjoner	Modell 1 B (p) (95% Konf. int.)	Modell 2 B (p) (95% Konf. int.)	Modell 3 B (p) (95% Konf. int.)
Konstant		4,8301 (0,000) [4,347 5,313]	5,1083 (0,000) [3,864 6,351]	3,1979 (0,000) [1,825 4,571]
Andel sykepleierårsverk (X2) Avtalte årsverk i pleie og omsorg	-0,1893	-0,0538 (0,000) [-0,075-0,031]	-0,0219 (0,046) [-0,0435 - 0,0003]	-0,0089 (0,415) [-0,0304 0,0125]
Brukerrettete årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester (X3) Avtalte årsverk i pleie og omsorg 0,0768	0,0768		-0,1490 (0,601) [-0,7082 0,4101]	0,0395 (0,888) [-0,5114 0,5905]
Legemeldt sykefravær i pleie- og omsorg (X4) Avtalte årsverk i pleie og omsorg	0,0885		0,0075 (0,535) [-0,0162 0,0312]	0,0094 (0,430) [-0,0140 0,0329]
Dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere 80 år og eldre (X5)	-0,0909		0,0060 (0,513) [-0,0121 0,0243]	0,0017 (0,849) [-0,0161 0,0196]
Andel døgn korttidsplasser (X6)	0,0169		-0,0025 (0,462) [-0,0092 0,0042]	-0,0013 (0,685) [-0,0080 0,0053]
Dekningsgrad av hjemmetjenester for innbyggere 80 år og eldre (X7)	0,0463		0,0000 (0,991) [-0,0109 0,0110]	0,0012 (0,819) [-0,0095 0,0120]
Andel mottakere med omfattende bistandsbehov (X8)	0,0392		0,0107 (0,128) [-0,0030 0,0245]	0,0137 (0,048) [0,0001 0,0272]
Andel mottakere av hjemmetjenester under 67 år (X9)	-0,1242		-0,0005 (0,993) [-0,1157 0,1147]	0,0359 (0,535) [-0,0777 0,1495]
Andel aleneboende innbyggere 80 år og eldre (X10)	0,0093		-0,0005 (0,630) [-0,0029 0,0017]	-0,0002 (0,856) [-0,0025 0,0020]
Andel døde i løpet av året (X11)	-0,0511		0,3511 (0,002) [0,1303 0,5719]	0,2972 (0,007) [0,0803 0,5140]
Reiseavstand til kommunesenter (X12) Minutter per innbygger	0,0224		-0,0390 (0,387) [-0,1275 0,0494]	-0,0421 (0,341) [-0,1288 0,0445]
Langsiktig gjeld per innbygger (i 1000 kroner) (X13)	-0,1677		0,0010 (0,474) [-0,0018 0,0038]	0,0022 (0,129) [-0,0006 0,0051]
Frie inntekter pr. innbygger (i 1000 kroner) (X14)	-0,2062		-0,0440 (0,000) [-0,0553 -0,0326]	-0,0145 (0,107) [-0,0321 0,0031]
Andel reinnleggelser (X15)	0,2830		0,638 (0,000) [0,4700 0,8074]	0,644 (0,000) [0,4788 0,8093]

År 2010 – referanseår

Tabell 2 fortsetter her:

	Bivariate korrelasjoner	Modell 1 B (p) (95% Konf. int.)	Modell 2 B (p) (95% Konf. int.)	Modell 3 B (p) (95% Konf. int.)
År 2011	0,1090			-0,0298 (0,703) (-0,1833 0,1237)
År 2012 – Samhandlingsreformen innføres	-0,0943			-0,4031 (0,000) (-0,5988 -0,2073)
År 2013	-0,1636			-0,5384 (0,000) (-0,7618 -0,3150)
Antall observasjoner		1700	1697	1697
Antall grupper		427	427	427
R ² innen gruppe		0,02	0,14	0,18

og at pasientene blir sendt frem og tilbake mellom sykehus og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (16–18). Det virker rimelig å anta at en tilpasning av kompetansesammensetningen og tjenestetilbudet på lengre sikt vil være viktig for å redusere antallet reinnleggelser, og derigjennom redusere liggetiden til pasienter 80 år og eldre. Det at mange kommuner er opptatte av å øke kompetansen i tjenestene tyder på at kommunene er oppmerksomme på denne utfordringen (8–10).

Også økningen i andelen mottakere med omfattende bistandsbehov har ført til en økning i liggetiden til pasienter 80 år og eldre, og denne består når det kontrolleres for innføringen av Samhandlingsreformen i modell 3. Denne effekten viser at kommuner som opplever en økning i andelen mottakere med omfattende bistandsbehov i mindre grad er i stand til å motta somatiske pasienter 80 år og eldre fra sykehus.

Videre har andel døde i løpet

av året en signifikant og positiv effekt. Denne effekten oppstår hovedsakelig fordi dødeligheten generelt er høy i den aldersgruppen vi ser på her. Effekten reflekterer trolig at det aller siste sykehusoppholdet, da tilbakeføring til kommunen ikke er aktuelt, i snitt er noe lengre.

KONKLUSJON

Innføringen av Samhandlingsreformen har aktualisert spørsmålet om behovet for flere med sykepleierkompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene for å sikre en god pasientstrøm og dermed bidra

nale pleie- og omsorgssektoren på antall liggedøgn i somatiske sykehus per pasient 80 år og eldre. Ledere i kommunal pleie og omsorg trekker fram, som tidligere nevnt, at utdanning og kompetanseheving er en forutsetning for å kunne håndtere de kommende utfordringene knyttet til Samhandlingsreformen (8). Imidlertid finner vi i denne artikkelen ikke støtte for vår hypotese om at i kommuner med en økning i andelen sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2010 til 2013 har somatiske pasienter 80 år og eldre fått redusert antall lig-

” Det trengs et lengre tidsperspektiv for å si noe om de mer varige effektene av Samhandlingsreformen.

til redusert liggetid for eldre pasienter på somatiske sykehus. I denne artikkelen estimeres for første gang i en norsk sammenheng effekten av andel sykepleierårsverk i den kommu-

gedøgn i sykehus. Kommunene ser ut til på kort sikt å ha tilpasset seg Samhandlingsreformen ved å ta imot flere pasienter med utgangspunkt i det tjenestetilbudet de har. Samlet sett

har verken tilpasninger i kompetansesammensetningen eller tjenestetilbudet blant norske kommuner hatt noen effekt på nedgangen i liggetid i perioden 2010 til 2013. I denne analysen forklares den observerte nedgang som en effekt av innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, samt endringer i andel brukere med omfattende bistandsbehov, andel reinnleggelser og andel døde i løpet av året.

Slik vi påpekte innledningsvis er det trolig for tidlig å si noe om hvilke effekter reformen har hatt på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Ikke minst er det tidlig å si hvilken effekt reformen vil ha på behovet for kompetanseoppbygging i kommunene. Den gjennomsnittlige økningen i andelen sykepleierårsverk i pleie og omsorg har da også kun vært på 1,38 prosentpoeng i perio-

den vi har undersøkt. Bevaring og økning av andelen sykepleierårsverk i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, og tilpasninger i tjenestetilbudet på lengre sikt, synes å være en viktig forutsetning for å redusere liggetiden for eldre pasienter. En økning av kompetansen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene vil kunne være spesielt viktig for å redusere antall reinnleggelser. Kompetanseøkning er også viktig for å håndtere økninger i antallet mottakere med omfattende bistandsbehov. Analysene i denne artikkelen viser helt klart at disse to forholdene er av betydning for liggetiden blant de eldste.

I denne artikkelen undersøkes kun effekten av endringer i den totale andel sykepleierårsverk innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren i en

begrenset periode. En mulighet for kommende forskning vil kunne være å undersøke betydningene av ulike typer spesialisering innen sykepleierprofesjonen og ikke minst samspillet mellom ulike profesjoner. Videre vil det være mulig å utvide panelet med flere observasjonstidspunkter når flere år med data blir tilgjengelig. Demed vil man kunne undersøke eventuelle endringer i effekten av andel sykepleierårsverk og tilpasninger i tjenestetilbudet når Samhandlingsreformen har fått virke over et lengre tidsspenn. På lengre sikt virker det rimelig å anta at kompetanse er en forutsetning for å møte Samhandlingsreformens krav og målsettinger om redusert liggetid, og dermed kompetanse på samhandling. Denne artikkelen har bidratt med å belyse de kortsiktige effektene.

REFERANSER

- 1. St.meld. nr. 25 (2005-2006).** Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
- 2. Hermansen Å, Grødem AS.** Organisert for samhandling? Sykepleien forskning, 2013;13:354-361.
- 3. Gautun H, Grøden AS, Hermansen Å.** Prioriteringsutfordringer mellom yngre og eldre brukere. Forskningsstiftelsen Fafo. 2013.
- 4. St.meld. 47. Samhandlingsreformen (2008-2009).** Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- 5. Meld. St. 29 (2012-2013).** Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- 6. St.meld. nr. 13 (2011-2012).** «Utdanning for velferd – Samspill i praksis». Kunnskapsdepartementet. Oslo.
- 7. Hermansen Å.** Personell og yrkesfordeling innen pleie- og omsorgssektoren. Forskningsstiftelsen Fafo. 2011.
- 8. Tjerbo T, Aamodt PO, Stigen IM, Helgesen M, Næss T, Arnesen CÅ, Høst H, Frølich N.** Bemanning av pleie- og

omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015. NIBR-rapport 2012:3.

- 9. Disch PG, Vetvik E.** Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet. Omsorgsplanlegging i norske kommuner. Status i 2009 – utfordringer mot 2015. Porsgrunn: Senter for omsorgsforskning Sør. Rapport nr. 1/2009. 2009.
- 10. Ytrehus S, Nuland BR.** Gull eller gråstein – Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Forskningsstiftelsen Fafo. 2007.
- 11. Høst H.** Kunnskapsstatus vedrørende rekruttering og utdanning til pleie- og omsorgstjenestene i nordiske land. Notat 4-2006. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- 12. Rattsø J, Sørensen RJ.** Kommunen som serviceprodusent/tjenesteyter: Hva forteller norsk kommuneforskning om kommunesektorens effektivitet? I Baldersheim H, Kleven T, Rattsø J (red.). Kommuntalt selvstyre i velferdsstaten Oslo: Tano. 1997.
- 13. Angrist JD, Pischke JS.** Mostly

harmless econometrics: An empiricist's companion. Princeton: Princeton University Press. 2008.

- 14. Wooldridge, J. M.** Fixed-effects and related estimators for correlated random-coefficient and treatment-effect panel data models. Review of Economics and Statistics, 2005;87:385-90.
- 15. Wooldridge, J. M.** Introductory econometrics: A modern approach. Mason, OH: Thomson/South-Western. 2009.
- 16. Romøren, TI.** Samhandlingsreformen. Et kritisk blikk på en helsereform. Nordisk sykeplejeforskning 2011;1: 82-8.
- 17. Romøren TI, Torjesen DO, Landmark BF.** Promoting coordination in Norwegian health care. International Journal of Integrated Care 2011;11.
- 18. Torjesen DO, Vabø SI.** Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I: Vabø M, Vabø, SI (red.). Velferdens organisering. Oslo: Universitetsforlaget. 2014.

Les kommentaren på side 33 >>

Flere utskrivningsklare pasienter

► Samhandlingsreformen forutsetter godt tverrfaglig samarbeid for å løse oppgavene den medfører.



Mona Christine Wiger
Virksomhetsleder for Samhandlings-
enheten, Ski kommune

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Vil kompetansen i hjemmesykepleien redusere liggetid i sykehus blant de eldste? Eller er det andre faktorer som styrer utskrivingshastigheten?

Artikkelen til Hermansen og Grødem baserer seg på en empirisk testing av følgende hypotese: I kommuner med en økning av andelen sykepleieårsverk i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2010 til 2013 har somatiske pasienter 80 år og eldre fått redusert liggedøgn i sykehus. Hypotesen fikk ikke støtte, men artikkelen tar opp sentrale spørsmål knyttet til samspillet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste. Hvordan skal kommunene sikre tilstrekkelig kompetanse for å overta nye oppgaver fra sykehusene, spesielt i forhold til de eldste?

Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet 2010–2013, og omfatter dermed kun det året samhandlingsreformen ble innført. I praksis opplevde vi at det i denne perioden ble fokusert på kortere liggetid på sykehuset

og overliggerdøgn, samt kommunens plikt til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Dette året var ikke samarbeidsrutiner mellom kommune og sykehus godt etablert slik det er i dag.

Vi erfarer at antallet utskrivningsklare pasienter er doblet i løpet av de siste tre årene. Dette stiller krav til fleksibilitet og tilpassning i hjemmesykepleien. I stor grad er det sykehuset som definerer at pasienter er utskrivningsklare, og kommunen kan i liten grad påvirke utskrivningstidspunkt. Som artikkelen påpeker, ser det ut til at kommunen på kort sikt har tilpasset seg samhandlingsreformen ved å ta imot flere pasienter med det tjenestetilbudet de har.

Artikkelen har kun sett på effekten av endringer i den totale andel sykepleieårsverk i en begrenset periode. Vår erfaring støtter forslaget til artikkelforfatterne om at det i videre forskning vil være av betydning å undersøke både spesialisering innen sykepleierprofesjonen og samspill

let mellom de ulike profesjonene. Fra praksis erfarer vi at et godt samarbeid mellom ulike enheter og profesjoner i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er en forutsetning for å kunne løse oppgaver på en tilfredsstillende måte når pasienter skrives raskere ut fra sykehus. Godt tverrfaglig samarbeid er også medvirkende til kompetansedeling og utvikling. Ringvirkningen av raskere utskrivning medfører også et sterkere press på mottaksavdeling, korttidsopphold og rehabiliteringsplassene i de kommunale institusjonene. Dette fordrer ny kompetanse hos de ansatte både i hjemmesykepleien og i institusjoner til å utvikle gode pasientforløp og å ha økt fokus på rehabilitering.

Kommentaren er skrevet i samarbeid med Line Stenerud, virksomhetsleder for Hjemmetjenesten i Ski kommune.

Les artikkelen på side 24





Arkivfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ved Ålesund sjukehus ble det i 2011 gjennomført en studie som viste at to tredjedeler av pasientene hadde uoverensstemmelser mellom dokumentert og faktisk bruk av legemidler ved innleggelse. Med bakgrunn i disse resultatene ble det i 2012 bestemt å innføre legemiddelsamstemming utført av opplært helsepersonell på sengepost.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av dette nye tiltaket i kirurgisk klinikk.

Metode: Studien ble utført som en prospektiv kontrollert studie hvor man sammenliknet kvalitet på legemiddelinformasjon før og etter innføring av legemiddelsamstemming. Kvalitetsindikator var uoverensstemmelser mellom best mulig legemiddelliste innhentet av farmasøyt og legemiddellisten på kurven. Metode for å komme frem til best mulig legemiddelliste ble hentet fra modellen for Integrated Medicines Management (IMM).

Resultat: 191 pasienter ble rekruttert til studien; 77 til kontroll og 114

til intervensjon. Blant de 114 pasientene i intervensjonsgruppen ble det avdekket 51 uoverensstemmelser, mens det for de 77 pasientene i kontrollgruppen ble avdekket 93 uoverensstemmelser. Andel pasienter med minst én uoverensstemmelse ble redusert fra 52,0 prosent i kontrollgruppen til 25,4 prosent i intervensjonsgruppen.

Konklusjon: Legemiddelsamstemming utført av sykepleiere på kirurgisk sengepost førte til forbedret kvalitet på legemiddelinformasjon ved innleggelse på Ålesund sjukehus.

ENGLISH SUMMARY

Medication reconciliation – an effective measure

Background: In 2011 we conducted a study at Ålesund hospital which revealed that two thirds of the patients had discrepancies between documented and actual medication history at admission. Based on these results, medication reconciliation performed by trained health care personnel was introduced in 2012.

Objective: The purpose of this study was to investigate the effect of this new procedure in the surgical clinic.

Method: The study was conducted as a prospective controlled study. The quality of medication histories before and after implementation of medication reconciliation was compared. The endpoint was discrepancies between best possible medication history obtained from the pharmacist and the medication list recorded in accordance with the ward procedures. The method used to collect best possible medication history was derived from the Integrated Medicines Management (IMM) model.

Result: 191 patients were enrolled in the study (77 control group,

114 intervention group). Among the 114 patients in the intervention group we discovered 51 discrepancies, whereas, for the 77 patients in the control group, we identified 93 discrepancies. The proportion of patients with discrepancies was reduced from 52.0 % to 25.4 %.

Conclusion: Medication reconciliation performed by nurses in the surgical ward improved the quality of patients' medication histories on admission to Ålesund hospital.

Keywords: Medication reconciliation, action research, controlled studies, quality, prevention

LEGEMIDDELSAMSTEMMING:

» Et tiltak som virker

Forfattere: Jes Gitz Holler, Kari Sletten Helgesen, Magne Aarset og Anne-Lise Sagen Major

NØKKELORD

- Legemidler
- Aksjonsforskning
- Kontrollerte studier
- Kvalitet
- Forebygging

BAKGRUNN

Det foreligger omfattende dokumentasjon på at feil bruk av legemidler medfører et betydelig antall pasientskader og påfører samfunnet store utgifter. Mye av dette skyldes manglende oversikt over pasienters legemiddelbruk ved skifte av omsorgsnivå (1–6). I perioden 2008–2011 ble 7756 meldinger om uønskete hendelser registrert av Statens helsetilsyn. 14 prosent av disse hendelsene var knyttet til legemiddelfeil (5). I strukturert journalgjennomgang ved bruk av Global Trigger Tool (GTT) (7,8) ble det i 2010 og 2011 avdekket at det var legemiddelskader som var den hyppigste årsaken til

pasientskader ved Ålesund Sjukehus (upublisert). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp skal bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering (9). Riktig legemiddelbruk innebærer at legen stiller riktig diagnose og forordner rett virkestoff, styrke, dosering og formulering. Det innebærer også at pasienten, eller den som har ansvar for pasienten, har forstått hvordan legemidlene skal brukes og deretter bruker disse riktig. Forordning av legemidler tar utgangspunkt i pasientens liste over legemidler i bruk. Den norske pasientsikkerhetskampanje «I trygge hender» har i tillegg til andre viktige områder valgt å fokusere på samstemming av legemiddellister for å redusere pasientskader. Med utgangspunkt i WHO's definisjon for samstemming av legemiddellister har man laget en norsk definisjon: «Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasi-

entens aktuelle legemiddelbruk» (10,11).

Ved Helse Møre og Romsdal har det siden 2009 vært arbeidet aktivt med utvikling av tiltak for å bedre utveksling av legemiddelinformasjon ved innleggelse i sykehuset. I 2011 ble en prosedyre for opptak av legemiddelanamnese innført og

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at det er mulig å få ned antall feil i pasientenes legemiddellister ved innleggelse, ved å jobbe systematisk med innhenting av legemiddelinformasjon.

Mer om forfatterne:

Jes Gitz Holler er cand.pharm., PhD og avdelingsleder ved Sykehusapotekene i Midt-Norge HF. Kari Sletten Helgesen er avdelingsjef ved operasjonsavdeling, Klinikk for kirurgi, Ålesund Sjukehus. Magne Aarset er cand.real. og førsteamanuensis ved Avdeling for maritim teknologi og operasjoner, Høgskolen i Ålesund. Anne-Lise Sagen Major er cand.pharm., PhD og forsknings og utviklingsjef ved Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og postdoktor, NTNU. Kontaktperson: jes.gitz.holler@sykehusapoteket.no.

det ble gjennomført en deskriptiv studie hvor man kartla kvaliteten på legemiddelanamnesen for akutt innlagte medisinske pasienter etter implementering av prosedyren og opplæ-

oppfylte ikke forventningene man hadde ved innføring av prosedyren (6). Med bakgrunn i disse resultatene ble det i 2012 innført et nytt tiltak, nemlig legemiddelsamstemming utført

Sjukehus, Klinikk for Kirurgi i perioden juni 2012–april 2013. Avdelingene som var med i prosjektet var, kirurgisk sengepost 1 og 2 samt ortopedisk avdeling. Kirurgisk sengepost 1 omfatter avdelinger for Kar-Thorax, ØNH, gynekologi, urologi og øye. Kirurgisk sengepost 2 omfatter Bryst/enderkrin kirurgi, Generell kirurgi og Gastrokirurgi.

” Riktig legemiddelbruk innebærer at legen stiller riktig diagnose og forordner rett virkestoff, styrke, dosering og formulering.

ringstiltak. Studien avdekte at to tredjedeler av pasientene hadde minst én uoverensstemmelse mellom dokumentert og faktisk bruk av legemidler ved innleggelse. En av fire pasienter hadde minst én klinisk relevant slik uoverensstemmelse. Dette

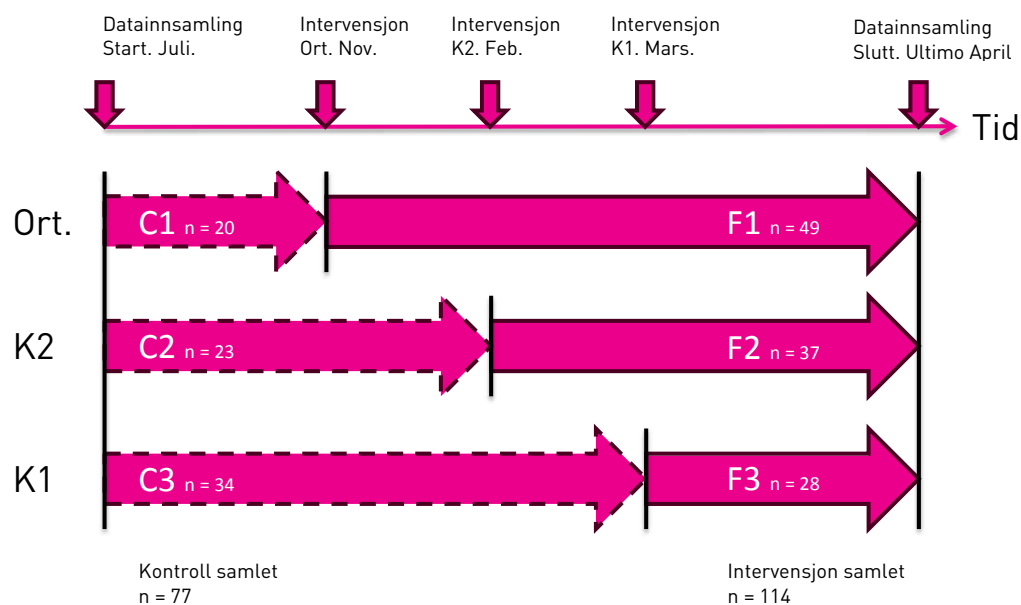
av opplært helsepersonell på sengepost. Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av dette tiltaket i kirurgisk klinikk.

MATERIALE OG METODE

Studien ble utført ved Ålesund

Kirurgisk klinikk ved Ålesund Sjukehus hadde ikke fokusert spesielt på samstemming av legemiddellister tidligere. Det nye tiltaket besto i at sykepleier på sengepost skulle ha ansvar for innhenting og samstemming av legemiddelinformasjon. Samstemming skulle gjennomføres

Figur 1: Studiedesign.



Ort. ortopedisk sengepost, K2, kirurgisk sengepost 2, K1, kirurgisk sengepost 1. C1 kontrollgruppe ortopedisk sengepost, C2 kontrollgruppe kirurgisk sengepost 2, C3 kontrollgruppe kirurgisk sengepost 1. F1 intervensjonsgruppe ortopedisk sengepost, F2 intervensjonsgruppe kirurgisk sengepost 2, F3 intervensjonsgruppe kirurgisk sengepost 1.

som et standardisert pasientintervju og/eller ved å innhente informasjon fra en eller flere relevante kilder, som pårørende, hjemmesykepleie, sykehjem, tidligere epikriser, fastlege eller apotek. Dette foregikk gjennom såkalte «implementeringsprosjekter» som besto i at hver avdeling definerte arbeidsflyt og ansvar. Sykepleiere mottok en times undervisning i prosedyren «Samstemming av legemiddelliste» (Helse Møre og Romsdal EQS ID 18470) som beskriver hvordan legemiddelsamstemming skal gjennomføres og dokumenteres. Undervisningen ble utarbeidet og gjennomført av farmasøyt som også var til stede i avdelingen og fulgte opp sykepleierne i intervensjonsgruppen. Det ble rutinemessig gitt tilbakemelding til sengepostpersonalet på andel samstemte pasienter. «Implementeringsprosjektet»

ble gjennomført på forskjellig tidspunkter i de forskjellige sengepostene (se figur 1). Studien ble utført som en prospektiv kontrollert studie og rekruttering av pasienter foregikk fortløpende fra alle tre sengeposter fra og med juli 2012. Det var ingen spesielle inklusjons- og eksklusjonskriterier og antall

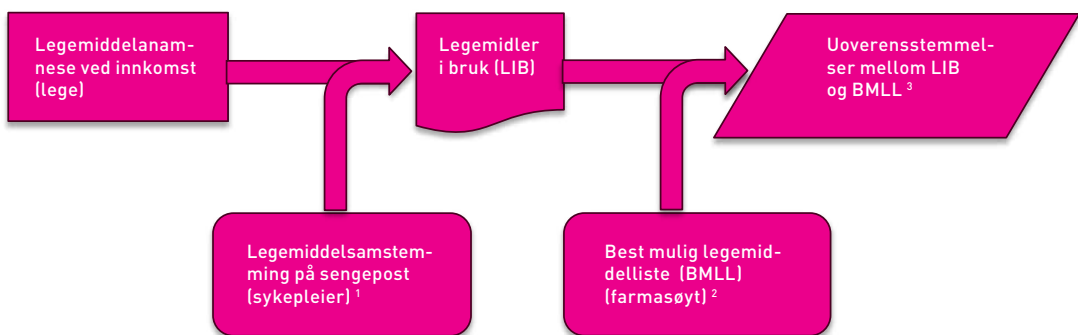
nomført (intervensjonsgruppe) med kvalitet på legemiddelinformasjon hos pasienter som ble behandlet i avdelingen før intervensjonen var gjennomført (kontrollgruppe). Både akutt og elektivt innlagte pasienter ble inkludert. Kvalitet av legemiddelinformasjon ble uttrykt i antall uoverensstemmelser mel-

” Forordning av legemidler tar utgangspunkt i pasientens liste over legemidler i bruk.

inkluderte pasienter begrenset seg til kapasitet og tilstedeværelse for farmasøyten som var ansvarlig for rekrutteringen. Antall innlagte pasienter som ikke ble inkludert i studien ble ikke registrert. Vi sammenliknet kvalitet på legemiddelinformasjon hos pasienter som ble behandlet i avdelingen etter at intervensjonen var gjen-

lom best mulig legemiddelliste (BMLL) innhentet av farmasøyt og legemiddellisten på kurven registrert av innleggende lege og eventuelt samstemt av sykepleier på sengepost (heretter benevnt Legemidler i bruk (LIB)) (se figur 2). Metode for å komme frem til BMLL ble hentet fra modellen for Integrated Medicines Management

Figur 2: Kvalitetsmåling av legemiddelinformasjon fremstilt skjematisk



¹ Kontrollgruppe: Ikke spesielt fokus på legemiddelsamstemming. Intervensjonsgruppe: Implementeringsprosjekt hvor sykepleier hadde ansvar for innhenting og samstemming av legemiddelinformasjon. ² Metode for å komme frem til best mulig legemiddelliste ble hentet fra den midt-norske modellen for Integrated Medicines Management (IMM). ³ Mål på kvalitet av legemiddelinformasjon (endepunkt i studien).

(IMM). Modellen er utviklet ved Queens University of Belfast, Nord-Irland i begynnelsen av 2000-tallet og har etterfølgende blitt utbredt til flere land (6,12–16).

Pasientkarakteristika som alder, kjønn og antall legemidler ved innleggelse (ifølge BMLL) ble innsamlet. Legemiddelkarakteristika som ble innsamlet var navn, formulering, styrke og dose. Uoverensstemmelser mellom BMLL og LIB ble klassifisert retrospektiv i kategoriene:

1. Legemiddel er med i LIB, men pasienten bruker det ikke.
2. Legemiddel er ikke med i LIB, men pasienten bruker det.
3. Avvikende styrke
4. Avvik administrasjonsform
5. Avvikende dosering

(Se tabell 1 og 2.) I tillegg ble det registrert om pasienten brukte preparater som ikke var en del av ATC-systemet, herunder kosttilskudd og naturlegemidler.

Statistiske analyser og databehandling

Innsamlet data ble registrert i Microsoft Excel. Deskriptive verdier som middelerdi, standardavvik med mer ble utregnet i Excel. For å teste om det var signifikant forskjell (med signifikansnivå lik 5 prosent) i antall uoverensstemmelser mellom kontrollgruppen og intervensjonsgruppen ble det utført t-tester med mulig ulik varians i IBM SPSS Statistics Version 21.

Etikk

Studien ble lagt frem for regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og meldt til Helse Møre

og Romsdals personvernombud. REK fant at studien bar preg av å være en kvalitetssikringsstudie og dermed utenfor deres mandat. Personvernombudet hadde ingen innvendinger mot studien.

RESULTATER

191 pasienter ble rekruttert til studien (77 i kontrollgruppen og 114 i intervensjonsgruppen). For 60 pasienter i kontrollgruppen (77,9 prosent) og 74 pasienter i intervensjonsgruppen (64,9 prosent) var det mulig å gjennomføre et pasientintervju ved innhenting av BMLL. Resterende pasienters legemiddelinformasjon ble innhentet ved hjelp av skriftlig informasjon fra fastlege, hjemmetjeneste, pleiehjem eller multidoseliste og/eller intervju med pårørende. Det var ikke signifikant forskjell på alder, kjønn

Tabell 1. Pasientkarakteristika

	Kontroll (n = 77)	Intervensjon (n = 114)	p-verdier
Alder, gjennomsnitt (SD)	65 [19,8]	63 [18,5]	0,519
Kjønn, % kvinner	51	48	0,746
Antall legemidler ved innleggelse. Median (Gjennomsnitt)	4,0 [5,61]	4,0 [5,60]	0,984

SD: Standard avvik. Preparater uten ATC-kode er IKKE inkludert i denne tabellen.

Tabell 2. Forskjellen i uoverensstemmelser mellom BMLL innhentet ved farmasøyt og LIB liste i h.hv. kontrollgruppe og intervensjonsgruppe

	Kontrollgruppe(n=77)	Intervensjonsgruppe (n=114)	p-verdier
Uoverensstemmelser per pasient median/gjennomsnitt (antall)	1/1,21 (93)	0/0,45 (51)	0,000/0,001
Antall pasienter med uoverensstemmelser	40	29	0,000
Antall pasienter med uoverensstemmelser i %	52	25,4	0,000

og antall legemidler i kontroll og intervensjonsgruppen. Oversikt over pasientkarakteristika er angitt i tabell 1.

Blant de 114 pasientene i intervensjonsgruppen ble det identifisert 51 uoverensstemmelser mellom BMLL og LIB. Det tilsvarende tallet var 93 for de 77 pasientene i kontrollgruppen. Gjennomsnittlig og median antall uoverensstemmelser per pasient ble redusert fra henholdsvis 1,21 og 1 i kontrollgruppen til 0,45 og 0 i intervensjonsgruppen. Antall pasienter med minst 1 uoverensstemmelse ble redusert fra 52,0 prosent til 25,4 prosent (se tabell 2).

Den vanligste typen uoverensstemmelse var at legemiddelet var utelatt fra LIB og avvikende dosering i begge gruppene. Man fant en signifikant reduksjon i intervensjonsgruppen for alle typer uoverensstemmelser bortsett fra for typene «avvikende administrasjonsform» hvor det ikke fantes uoverensstemmelser og «legemiddel er med i LIB, men pasient bruker det ikke» (se tabell 3). I tillegg til disse

uoverensstemmelsene ble det i kontrollgruppen avdekket at pasientene til sammen sto på 24 preparater uten ATC-kode. Tilsvarende tall for intervensjonsgruppen var 30 (se tabell 3).

Vi fant flest uoverensstemmelser blant legemidler i ATC-gruppe A og N. Antall uoverensstemmelser fordelt på de fem hyppigst representerte undergruppene var som følger: A02 (midler mot syrerelaterte lidelser), A03 (midler mot gastrointestinale lidelser), A06 (midler mot forstoppelse), N02 (analgetika) og N05 (psykoleptika).

for Kirurgisk sengepost 1 fra 1,21 til 0,43 ($p=0,03$). Implementeringsprosjektet førte til at samstemming ble dokumentert for 60 prosent av pasientene sammenliknet med 1 prosent i kontrollgruppen.

DISKUSJON

Før implementering av legemiddelsamstemming på sengepost hadde 52,0 prosent av de inkluderte pasientene minst én uoverensstemmelse mellom LIB og BMLL ved innleggelse. Dette er i samsvar med det flere andre har funnet (6,17-19).

Andel pasienter med minst

” Andel pasienter med minst én uoverensstemmelse ble redusert fra 52,0 prosent til 25,4 prosent etter «implementeringsprosjektet».

Delte man opp datamaterialet og så på sengepostene separat, fant man at ortopedisk sengepost reduserte gjennomsnittlig antall uoverensstemmelser per pasient fra 1,7 til 0,37 ($p=0,02$). Tilsvarende tall for Kirurgisk sengepost 2 var fra 0,78 til 0,57 ($p=0,46$) og

én uoverensstemmelse ble redusert fra 52,0 prosent til 25,4 prosent ($p=0,000$) etter «implementeringsprosjektet». Tidligere studier har vist lignende reduksjoner der omfattende implementering av legemiddelsamstemming med undervisning og oppfølging

Tabell 3. Uoverensstemmelser per pasient fordelt på type uoverensstemmelser.

	Kontrollgruppe (n = 77)	Intervensjonsgruppe (n = 114)	p-verdier
Legemiddel er med i LIB, men pasient bruker det ikke	0,03 (2)	0,04 (5)	0,707
Legemiddel er ikke med i LIB, men pasient bruker det	0,78 (60)	0,22 (25)	0,001
Avvikende styrke	0,13 (10)	0,02 (2)	0,044
Avvikende administrasjonsform	0,0 (0)	0,0 (0)	
Avvikende dosering	0,27 (21)	0,17 (19)	0,001
SUM	1,21 (93)	0,45 (51)	0,001

Tall i parentes angir det samlede antall uoverensstemmelser av denne typen i gruppen.

halvte insidensen av uoverensstemmelser (17, 20). Farmasøyt var til stede i avdelingen i begge periodene, men fokuserte mer på å følge opp sykepleierne gjennom motivasjon og tilbakemeldinger i intervensjonsgruppen. Det er vanskelig å si hvor stor del av effekten observert i intervensjonsgruppen som skyldes akkurat denne oppfølgingen og i hvilken grad dette kan tilordnes Hawthorne-effekten (21). Intervensjonen i denne studien besto av flere elementer; nye arbeidsprosesser, undervisning, oppfølging av farmasøyt, og vi kan ikke fastslå hva hvert enkelt av disse elementene hadde å si for resultatene. Man kan anta at det med innføring av legemiddelsamstemming ble brukt mer tid og ressurser på å avdekke pasientenes legemiddelbruk i intervensjonsgruppen. Det er på denne måten innført et ekstra ledd, en kvalitetssikring.

Om man ser nærmere på typer uoverensstemmelser, ser man en reduksjon i alle typer, bortsett fra for typene «avvikende administrasjonsform» hvor det ikke fantes uoverensstemmelser og «legemiddel

samt N02 og N05 tilsvarende legemidler av typen: Midler mot syrerelaterte lidelser, midler mot gastrointestinale lidelser og midler mot forstoppelse, samt henholdsvis analgetika og psykoleptika. Det at vi fant flere uoverensstemmelser for legemidler som brukes mot mageproblemer, smerter og søvn-/uroproblematikk kan skyldes at slike legemidler ofte brukes ved behov og at pasientene glemmer å opplyse om dette dersom de ikke blir spurt spesifikt.

Det er viktig å påpeke at det i tillegg til de registrerte uoverensstemmelsene ble identifisert 54 preparater som ikke var en del av ATC-systemet. Dette omhandlet naturlegemidler og kosttilskudd. De fleste av disse var diverse multivitaminer og omega-3-preparater som kapsler eller flytende tran. Det fantes også kompliserte regimer med forskjellige preparater av planteekstrakter og «eksotiske midler» fra utlandet kjøpt på ferie eller over nettet. Bruken av kosttilskudd og naturlegemidler omfatter en gråsoner som blir lite vektlagt. Vi mener det er viktig å registrere også disse i legemiddelanamnesen, spesielt

punktet ved denne sengeposten var bedre enn ved de to andre. Vi har ikke undersøkt hva forskjellene i baseline mellom sengepostene beror på. En forklaring kan være at sengeposten hadde spesielt dedikert personal og/eller ledelse som fokuserte på legemidler før selve implementeringsprosjektet. En kvalitativ studie utført ved Ålesund sjukehus som omhandler legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming, pekte spesielt på kommunikasjon, ansvarsfordeling, tid og ressurser som viktige momenter for å implementere samstemming (24). Forskjellene mellom sengepostene som ble observert i denne studien bør belyses nærmere i det videre arbeidet med forbedring av prosedyrene.

Oss bekjent er dette første gang man setter innhentning av legemiddelinformasjon i system ved at man gir sykepleiere på sengepost ansvar for legemiddelsamstemming. Det er viktig å påpeke at ansvaret som ligger i dette ikke har noe med forskrivning av legemidler å gjøre. Andre metoder hvor man bruker farmasøyt til samstemming har vært prøvd ut andre steder med gode resultater og erfaring fra medisinsk avdeling med klinisk farmasi tilsier også at dette fungerer bra (25). Ved klinikk for kirurgi har man av flere grunner valgt at sykepleiere skal ha denne oppgaven. Først og fremst er tilgangen på farmasøyt svært begrenset. Sykepleiere er til stede i sengeposten og har mye pasientkontakt, noe som gir gode forutsetninger for å snakke med pasientene om legemidlene. I prosjektperioden opplevde man likevel motstand fra sykepleierne mot at de skulle utføre samstemming. I tillegg var det skepsis mot å

” Sykepleiere er til stede i sengeposten og har mye pasientkontakt, noe som gir gode forutsetninger for å snakke med pasientene om legemidlene.

med i LIB, men pasient bruker det ikke». De fem uoverensstemmelsene man så i intervensjonsgruppen for denne siste typen skyldtes én pasient hvor legemiddelsamstemming ikke var dokumentert som utført. Uoverensstemmelser var overrepresentert i ATC-gruppene A og N, spesifikt A02, A03 og A06,

med tanke på økt netthandel og egenomsorg (22,23).

Både ortopedisk sengepost og kirurgisk sengepost 1 viste en signifikant reduksjon i gjennomsnittlig antall uoverensstemmelser per pasient. Det at man ikke så en slik reduksjon ved kirurgisk sengepost 2 mener vi skyldes at utgangs-

dokumentere at samstemming var gjennomført, noe som kan skyldes usikkerhet forbundet med ansvaret som lå i dette. Den forholdsvis lave andelen dokumentert samstemte pasienter (60 prosent) i intervensjonsgruppen kunne derfor i realiteten være høyere.

Man kan diskutere om sykepleiere har nødvendige ressurser og kompetanse til å utføre legemiddelsamstemming. Den kvalitative studien utført ved Ålesund Sjukehus som omhandlet legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming viste at verken leger eller sykepleiere mener de har tid til å påta seg en ny arbeidsoppgave. Samtidig viste den at sykepleiere mener farmasøyter er bedre kvalifisert til å utføre samstemming (24). Det at vi i denne studien fortsatt finner uoverensstemmelser mellom LIB og BMLL i intervensjonsgruppen kan tolkes som at farmasøyter er bedre til samstemming enn sykepleiere. En annen forklaring kan være at pasientene kommer med flere opplysninger andre gangen de blir intervjuet om legemidlene sine. I tillegg finnes det mange andre organisatoriske elementer som kan bidra til dette resultatet. En randomisert kontrollert studie utført ved Universitetssykehuset i Tromsø viste ingen signifikant forskjell i antall uoverensstemmelser fanget opp av henholdsvis sykepleiere og farmasøyter (26). Sykepleiere og farmasøyter hadde i denne studien fått samme opplæring og fulgte samme prosedyre, i motsetning til vår studie hvor sykepleierne kun fikk én time undervisning og jobbet etter en forenklet prosedyre for legemiddelsamstemming.

Det er vanskelig å estimere kostnader, men arbeidet med å kvalitetssikre legemiddellistene ble gjort i vanlig arbeidstid. I

Sverige har det vist seg kostnadsbesparende å bruke farmasøyter i klinikken (27). Andre publikasjoner har vist at legemiddelsamstemming reduserer arbeid forbundet med forordning og utskrivning og at dette videre bidrar til tidsbesparelse for leger og sykepleiere senere i forløpet (27–29).

” Man kan diskutere om sykepleiere har nødvendige ressurser og kompetanse til å utføre legemiddelsamstemming.

Selv om vi i denne studien ikke har undersøkt den direkte betydningen av færre uoverensstemmelser i medisinalistene for pasientene, er det ikke tvil om at prosesser som bidrar til reduksjon i legemiddelfeil også bidrar til økt pasientsikkerhet.

Studien har flere potensielle begrensninger. Det ikke-randomiserte, ikke-blindete designet kan ha introdusert utilsiktet seleksjonsbias. For eksempel kan man tenke seg at ferieavvikling i juli i mottakelsen på Ålesund sjukehus førte til at pasientene fikk et dårligere opptak av legemiddelanamnese. Dette kan igjen ha ført til økt forekomst av uoverensstemmelser i kontrollgruppen. Turnusleger har hovedansvaret for opptak av legemiddelanamnese. Et nytt kull med turnusleger vil derfor på samme måte ha mye å si for kvaliteten av legemiddelanamnesen. Man kan både tenke seg forbedret kvalitet på grunn av nylig opplæring i prosedyren eller forringet kvalitet på grunn av lite erfaring. Nye turnusleger starter opp i august og januar. På grunn av vår design med ulike tidspunkt for intervensjon i de ulike avdelingene vil man få en fordeling

av slike tilfeller i begge gruppene. Fordi pasientinkluderingen var avhengig av studiefarmasøytens kapasitet og tilstedeværelse vil dette potensielt kunne ha påvirket seleksjonen. Det at vi ikke registrerte pasienter som ikke ble inkludert i studien gjør at det er vanskelig å si noe om dette i ettertid.

Men det var ingen ekstreme situasjoner i de månedene studien pågikk som skulle tilsi at dette var et problem. Det er en svakhet at vi ikke kan si nøyaktig hva som førte til forbedring idet intervensjonen var så kompleks. Studien ble utført i den kliniske hverdagen i klinikk for kirurgi og resultatene kan derfor heller ikke generaliseres til alle typer avdelinger. Metoden som ble brukt til å samle inn data er standardisert og har blitt brukt på flere typer pasienter ved flere avdelinger i Norge og Sverige. Farmasøyten som samlet inn data hadde også gjennomgått dokumentert opplæring. Vi kan likevel ikke være helt sikre på at informasjon om pasientens legemiddelbruk, som ble samlet inn som «best mulig legemiddelliste», alltid var korrekt. Dette kan både ha overestimert og underestimert uoverensstemmelsene i begge gruppene.

KONKLUSJON

Legemiddelsamstemming utført av sykepleiere på kirurgisk sengepost førte til forbedret kvalitet på legemiddelinformasjon ved innleggelse ved Ålesund sjukehus. Studien viser at det er mulig å

få ned antall feil i pasientenes legemiddellister ved innleggelse ved å jobbe systematisk med innhenting av legemiddelinformasjon. Dette ble oppnådd ved å gi

sykepleiere på sengepostene opplæring i og ansvar for legemiddelsamstemming, samtidig som de fikk oppfølging av farmasøyt. Innhenting av korrekt legemid-

delinformasjon ved innleggelse i sykehus er en kompleks prosess som krever tydelig ansvarsfordeling og ledelsesforankring for å lykkes.

REFERANSER

1. **How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation.** Cambridge, MA. Institute for Healthcare Improvement (www.ihc.org); 2011.
2. **Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al.** Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med.* 2010;25:441-7.
3. **Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etechells EE.** Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *Cmaj.* 2005;173:510-5.
4. **Maintz J, Bartels P, Bek T, Møller Pedersen K, Krøll V, Rhode P.** Kvalitetsutvikling i praksis. København: Munksgaard; 2011.
5. **Helsetilsyn S.** Rapport fra Helsetilsynet. 2012.
6. **Sunde Fagervoll K-A, Lim S, Dyb Liaaen E, Müller Seljeseth Y, Holst L, Sagen Major A-L.** Kvalitet av legemiddelanamnese opptatt ved innleggelse på sykehus. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.* 2013;10:38-42.
7. **Adler L, Denham CR, McKeever M, Purinton R, Guilloteau F, Moorhead JD, et al.** Global Trigger Tool: Implementation Basics. *Journal of Patient Safety.* 2008;4:245-9.
8. **Classen DC, Lloyd RC, Provost L, Griffin FA, Resar R.** Development and Evaluation of the Institute for Healthcare Improvement Global Trigger Tool. *Journal of Patient Safety.* 2008;4:169-77.
9. **Forskrift om legemiddelhåndtering av virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.** www.lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320. [Nedlastet: 22.01.2014].
10. **WHO.** Action on Patient Safety (High 5s) – Medication Reconciliation, Volume 1. www.high5s.org; WHO Collaborating Centre for Patient Safety; 2010.
11. **www.pasientsikkerhetsprogrammet.no.** Norsk definisjon for samstemming av legemiddellister. 2013 [Oppdatert 23.04.2013, lastet ned: 2014 18.01.2014]; Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>.
12. **Scullin C, Hogg A, Luo R, Scott MG, McElnay JC.** Integrated medicines management – can routine implementation improve quality? *J Eval Clin Pract.* 2012;18:807-15.
13. **Hellstrom LM, Bondesson A, Hoglund P, Eriksson T.** Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol.* 2012;12:9.
14. **Scullin C, Scott MG, Hogg A, McElnay JC.** An innovative approach to integrated medicines management. *J Eval Clin Pract.* 2007 Oct; 13:781-8.
15. **Bergkvist A, Midlov P, Hoglund P, Larsson L, Eriksson T.** A multi-intervention approach on drug therapy can lead to a more appropriate drug use in the elderly. *LIMM-Landskrona Integrated Medicines Management.* *J Eval Clin Pract.* 2009 Aug;15:660-7.
16. **Sagen Major A.** IMM-modellen til Norge. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.* 2012;1:12-4.
17. **Chan AH, Garratt E, Lawrence B, Turnbull N, Pratapsingh P, Black PN.** Effect of education on the recording of medicines on admission to hospital. *J Gen Intern Med.* 2010 Jun;25:537-42.
18. **Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al.** Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005 Feb 28;165:424-9.
19. **Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A.** The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *Br J Clin Pharmacol.* 2000 Jun; 49: 597-603.
20. **Murphy EM, Oxencis CJ, Klauck JA, Meyer DA, Zimmerman JM.** Medication reconciliation at an academic medical center: implementation of a comprehensive program from admission to discharge. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66:2126-31.
21. **McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P.** The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol.* [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U. S. Gov't]. 2007;7:30.
22. **Glintborg B, Andersen SE, Spang-Hanssen E, Dalhoff K.** Disregarded use of herbal medical products and dietary supplements among surgical and medical patients as estimated by home inspection and interview. *Pharmacoeconomics and drug safety.* 2005;14:639-45.
23. **Glintborg B, Andersen SK, Poulsen HE.** Prescription data improve the medication history in primary care. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:164-8.
24. **Kleppe T.** Legemiddelanamnese og legemiddelsamstemming ved Ålesund sjukehus: Universitet i Bergen; 2013.
25. **Shekelle P, Wachter R, Pronovost P, Schoelles K, McDonald K, Dy S, et al.** Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Evidence Report No. 211. Rockville, MD: AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality 2013.
26. **Aag T.** Legemiddelsamstemming ved innleggelse på hjertemedisinsk sengepost: Universitetet i Oslo; 2013.
27. **Ghatnekar O, Bondesson A, Persson U, Eriksson T.** Health economic evaluation of the Lund Integrated Medicines Management Model (LIMM) in elderly patients admitted to hospital. *BMJ Open.* 2013;3(1).
28. **Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK.** Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004;30:5-14.
29. **Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al.** A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Annals of internal medicine.* 2009;150:178-87.

Viktig studie

> Samstemming av medisinlister er livsviktig.



Ingri Østensen

Prosjektleder for legemiddelgjennomgang i boliger og hjemmetjenester i Oslo kommune, ansatt ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo

Det stilles strenge krav om å gi riktig medisin, styrke og dose til rett tid til pasienten. Ifølge Stortingsmelding 18: riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmetjenesten, er medisinlisten ikke helt korrekt for 50–90 prosent av pasientene. Dette gjør det skremmende å være utfører, især når vi er bevisste på problemet. I artikkelen «Fakta om feillegemiddelbruk» i Apotekforeningens tidsskrift 1-2014, kan vi lese at minst 1000 pasienter dør årlig av feilmedisinering i Norge. Det er derfor et viktig arbeid Holler et al. har gjort på Ålesund sykehus. De har sett om medisinlisten blir mer korrekt når sykepleiere blir kurset i hva de skal se etter, og spørre om, for å få samlet inn riktig legemiddelinformasjon. Sykepleierne har fått systematisk ansvar for samstemming, og økt opplæring i studien. På den ene avdelingen hadde ledelsen og personalet gode rutiner fra før, noe som ga mer korrekte medisinlister. Dette samsvarer med det vi ser i praksis i hjemmetjenester i Oslo og Bærum.

Multidosebruk har gitt sykepleiere i Norge nye utfordringer. De bruker mindre tid på å dosere og reflektere over medikamentbruken, men lener seg mer på foreskriver og apotek. Det er derfor viktig at samstemming problematiseres og at studier som dette blir gjennomført og publisert. Farmasøyter har spisskompetanse, og bør lære opp sykepleiere til bli gode på legemiddelanamneser. De sitter også på verdifull kompetanse som har vist seg nyttig for fastleger som har brukt dem som sparringpartnere ved legemiddelgjennomgang.

Man kan drøfte hvem skal ha ansvaret for samstemming og betale regningen. Er det legen som faktisk ordinerer medisinen, sykepleier eller innleid farmasøyt, som også i Holler og medforfatteres undersøkelse viser seg å tilføre ytterligere korrigeringer på medisinlisten? Det vil være samfunnsøkonomisk og helsebesparende å få redusert pasientskader knyttet til feil legemiddelbruk. I dag koster feil og uheldig legemiddelbruk Norge 490 000 liggedøgn og cirka 2 milliarder kroner (2). Samtidig er

det ressurs- og tidkrevende å innhente informasjon fra helseaktører, apotek, pasient og pårørende for å få korrekt medisinliste, noe studien også viser. Danmark har valgt å ha en elektronisk medisinliste som alle forholder seg til, mens de arbeider med å få resten av helseinformasjonen samkjørt. Så sant den legemiddellisten er korrekt må det medføre besparelser for millioner av kroner. I Norge er det flere prosjekter på gang for at det i fremtiden skal bli en felles elektronisk medisinliste. Et av disse er « En innbygger – en journal» lansert av Jonas Gahr Støre i 2012. Det tar tid å få dette på plass mellom de ulike EPJ-er og helseaktører. I mellomtiden må vi støtte viktig arbeid med å samstemme medisinlister, få gode prosedyrer og belyse verdien av dette, som i Hollers studie. Dette krever politisk vilje og ledelsesforankring, noe som blir synliggjort både i studien og i Pasientsikkerhetsprogrammet som er initiert av Helsedirektoratet.

Les artikkelen på side 34





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Å utveksle helseinformasjon elektronisk mellom hjemmetjenester og fastleger, er ett nytt tiltak for å bedre samhandlingen i helsetjenestene i Norge. Målet med studien var å utforske hjemmetjenestenes og fastlegenes forventninger til og erfaringer med hvordan innføring av e-meldinger påvirker kvaliteten på tjenesten og samhandlingen rundt felles pasienter.

Metode: Kvalitativ studie med indi-

viduelle intervju og gruppeintervjuer med ni ansatte i hjemmetjenestene og ti fastleger.

Resultat: Informantene både forventet og opplevde at e-meldingene bidro til tettere samhandling dem imellom. E-meldinger hadde en positiv effekt på kvaliteten på informasjonen, og spesielt for avklaringer rundt medisinbruk. Fordi ikke alle tok i bruk e-meldinger samtidig, førte dette imidlertid til en del

utrygghet i innføringsfasen. Noen fastleger uttrykte stor skepsis til e-meldinger.

Konklusjon: Studien viser at tidlige brukere av e-meldinger opplever at den styrker samhandlingen mellom helsetjenestene og dermed bidrar til tjenester av høyere kvalitet. I videre arbeid med utbredelse av e-meldinger bør det tas høyde for en viss vegring mot å ta dem i bruk, særlig hos grupper av fastleger.

ENGLISH SUMMARY

Expectations and experiences with electronic messaging between home health care services and GPs: An interview study.

Background: Exchange of electronic health information between general practitioners (GPs) and home health care services, e-messages are a new means of improving interaction across health care services.

Objective: The aim of this study was to explore the expectations to and experiences on how the introduction of e-messages affected the quality

of service and interaction regarding shared patients between GPs and home health care services.

Method: A qualitative study with semi-structured individual interviews and focus group interviews with 9 employees in the home health care services and 10 GPs.

Result: Respondents both expected and experienced that e-messages contributed to closer interaction. Electronic message exchange had a positive effect on the quality of information and especially for clari-

fications on medicine use. However, because not everyone started using e-messages simultaneously, this led to some initial confusion during the implementation phase.

Conclusion: This study shows that early users perceive that electronic messaging improves collaboration, and may consequently lead to higher quality services. In further work on the diffusion of e-messages it should be taken into consideration that there might be some reluctance among groups of GPs to use them.

» Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger

Forfattere: Klara Borgen, Line Melby, Ragnhild Hellesø og Aslak Steinsbekk

NØKKEWORD

- Samhandling
- Fastlege
- Hjemmesykepleie
- Kommunehelsetjenesten

INTRODUKSJON

Fragmentert informasjonsoverføring, dårlig koordinering og uklar ansvars- og rollefordeling er av de største utfordringene i helsevesenet (1,2). Internasjonale studier viser at rett informasjon til rett tid medvirker til god kvalitet i utøvelsen av helsetjenestene (3), og at bedre informasjonsutveksling er nødvendig for å kunne realisere forventet kvalitet, sikkerhet og effektivitet (4). I tillegg må man jobbe med organisatoriske spørsmål knyttet til strategier, handlingsplaner og finansiering for å få realisert den potensielle gevinsten som ligger i det å ta i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) (5).

Meldingsutveksling er i dag

den viktigste elektroniske kommunikasjonsformen mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren (6). Elektronisk meldingsutveksling baserer seg på utveksling av et sett meldinger mellom aktørene, der noen er standardiserte mens andre åpner opp for løpende dialog. Meldingene er integrert i de respektive aktørenes pasientjournalprogrammer. Eksempel på elektroniske meldinger (e-meldinger) er: Helseopplysninger til lege, forespørsel og svar på forespørsel, legemiddelopplysninger og orientering om tjenestetilbud (7). Målsettingen med e-meldingene er å legge til rette for bedre samhandling, effektivisere og kvalitetssikre informasjonsoverføring og kommunikasjonen, frigjøre tid til mer direkte pasientarbeid, samt å øke sikkerheten og kvaliteten på tjenestene (8).

Meldingstjenesten ble utviklet gjennom ELIN-k prosjektet (elektronisk informasjonsutveksling i pleie – og omsorgstjenesten i kommunene) i et samarbeid mellom Kommu-

nenes Sentralforbund (KS), og Norsk Sykepleierforbund (9), og var forankret i myndighetenes samspillsstrategi (10). Implementeringen er forankret i et nasjonalt program, Meldingsløftet i kommunene, med egen handlingsplan. Strategien

Hva tilfører studien?

Denne studien viser at e-meldinger kan bidra til mer direkte kontakt mellom hjemmetjenesten og fastlegen, og at dette bedret kvaliteten på informasjonen og reduserte problemer, spesielt rundt medisinhandling.

Mer om forfatterne:

Klara Borgen er ergoterapeut med master i klinisk helsevitenskap. Hun er ansatt som rådgiver i Rådmannens fagstab, Helse og velferd, Trondheim kommune. Line Melby er dr.polit. i sosiologi og forsker ved institutt for helse og samfunn, UiO. Ragnhild Hellesø er førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, UiO. Aslak Steinsbekk er cand.polit, PhD i klinisk medisin og professor ved institutt for Samfunnsmedisin, NTNU. Kontaktperson: klara.borgen@trondheim.kommune.no.

er å bistå utvalgte kommuner i implementeringen slik at de igjen kan dele sine erfaringer til andre kommuner (11). Per oktober 2013 hadde 54 prosent av kommunene tatt i bruk e-meldinger i kommunikasjonen med fastlegen, mens 58 prosent av fastlegene brukte e-meldinger i sin kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenestene (12).

Til tross for at elektronisk meldingsutveksling i dag er forholdsvis utbredt er det fortsatt begrenset med forskning på området. Flertallet av studier som har undersøkt elektronisk samhandling i helsesektoren, har handlet om samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (13,14). Det finnes likevel noen studier som har sett på hvordan hjemmetje-

nesten og fastleger samhandler og kommuniserer elektronisk. Generelt viser disse studiene at innføring av e-meldinger fører til økt kommunikasjon mellom fastleger og hjemmetjenesten og bedre tilgjengelighet til hverandre (15,16). For å kunne utnytte potensialet i elektronisk samhandling må aktørene også arbeide med faglige spørsmål og organisatoriske rutiner samtidig som man innfører meldingsutveksling (15,17).

Hensikten med denne studien var å utforske hjemmetjenestens og fastlegens forventninger til, og erfaringer med, e-meldinger.

MATERIALE OG METODE

Settingen for studien var at Trondheim kommune var pilotkommune for å teste ut

e-meldinger i kommunikasjonen mellom hjemmetjenesten og fastleger. Utgangspunktet var at noen legekontorer og hjemmetjenester som tilhørte disse, tilsammen tre stykker, hadde meldt interesse for å delta. Det var kun legekantorene, fagledere og en sykepleier ved hver hjemmetjeneste som skulle ha en rolle i innføringsprosjektet frem til rutineene var prøvd ut.

Det ble gjennomført en kvalitativ studie, med en kombinasjon av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Datainnsamlingen foregikk våren og høsten 2011. Studien hørte ikke inn under helseforskningslovens virkeområde, og det var derfor ikke nødvendig å søke om godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Det ble ikke opprettet personregister da informantene var ansatte i Trondheim kommune og fastleger med avtale med kommunen, og dermed kunne kontaktes gjennom arbeidsgiver. Alle informantene var informert om studien og samtykket skriftlig til deltakelse.

Informantene ble strategisk valgt ut for å få et så bredt perspektiv som mulig på både forventninger og erfaringer. Totalt ble 19 personer intervjuet (se tabell 1). Disse omfattet ledere, fagledere og utøvende sykepleiere fra hjemmetjenesten, samt fastleger. Det ble gjennomført både individuelle intervjuer og intervjuer i grupper om forventninger før implementering av e-meldingene og erfaringer cirka fire måneder etter implementeringen. Hensikten med å intervjuer i grupper var å stimulere til mest mulig diskusjon og refleksjon (se tabell 1 og 2).

Informantene til forventningsintervjuet med fastlegene

Tabell 1. Oversikt over informanter og hvilke intervju de deltok i (N=19).

Type intervju	Hjemmetjenester		Fastleger	
	Kvinne (N=7)	Mann (N=2)	Kvinne (N=4)	Mann (N=6)
Forventning	7	2	1	2
Erfaring	4		3	5
Deltok i begge	4			1

Tabell 2. Oversikt over informanter fordelt på individuelt og gruppeintervju (N=19)

Type intervju	Hjemmetjenester		Fastleger	
	Kvinne (N=7)	Mann (N=2)	Kvinne (N=4)	Mann (N=6)
Individuelle forventninger	4	2	1	2
Gruppeintervju forventninger	3			
Individuelt erfaringer				1
Gruppeintervju erfaring	4		3	4

ble rekruttert blant fastleger som tidligere hadde utvist interesse for å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling gjennom ulike møtefora og annet engasjement. Fem fastleger fikk en skriftlig invitasjon om å delta og med tilbud om å bruke av legenes kommunale arbeidstid til intervjuene. Bare tre responderte positivt. Til erfaringsintervjuet ble det gjennomført et individuelt intervju. De andre til gruppeintervjuet ble rekruttert gjennom en såkalt «smågruppe» av fastleger som møtes månedlig for kompetanseheving. En av fastlegene fra forventningsintervjuet ordnet dette. Hele gruppen, som inkluderte både fastleger med og uten erfaring fra meldingsutveksling, stilte seg disponibel for intervju. Dette ble derfor et gruppeintervju med blanding av forventnings- og erfaringstilbakemeldinger.

Fra hjemme tjenesten ble alle de ansatte som var involvert i oppstart av elektronisk meldingsutveksling i de tre hjemmetjenesteenheter invitert; leder, fagleder og en sykepleier fra hver enhet. Alle responderte positivt og deltok i forventningsintervjuet, og bidro til å få en variasjon i faglig og administrativt perspektiv. Ansatte i den ene hjemmetjenesteenheten ble intervjuet i gruppe av praktiske grunner, og fordi det ga en oversikt over forventninger fra flere nivåer samtidig. Informantene i de to andre hjemmetjenesteenhetene ble intervjuet individuelt for å kunne gå mer i dybden på de ulike fagrollene, blant annet fordi det framkom i gruppeintervjuet at forventningene var ulike avhengig av rolle. I erfaringsintervjuene valgte vi å bruke ett felles gruppeintervju kun for dem som hadde praktisk

erfaring med bruk av e-meldingene fra alle hjemmetjenesteenhetene. Dette ble gjort for å få til diskusjon mellom deltakerne om deres erfaringer. Lederne ble ikke invitert i erfaringsintervjuet da de ikke hadde slik praktisk erfaring.

Førsteforfatter gjennomførte alle intervjuene alene. De individuelle intervjuene

med den elektroniske meldingsutvekslingen?». I tillegg til de samme punktene som i forventningsintervjuet ble det spurt om endring i kvaliteten på informasjonen og i samhandlingsmønstret dem imellom da det var på disse områdene det framkom mest forventninger om at det ville skje endringer.

Intervjuene ble tatt opp på

” Målsettingen med e-meldingene er å legge til rette for bedre samhandling.

ble gjennomført på de ulike arbeidsplassene, mens gruppeintervjuet med hjemmetjenestene ble gjennomført i et kommunalt møtelokale. Gruppeintervjuet med fastlegene ble gjennomført på spiserommet på et legesenter. Intervjuene varte mellom 60 og 180 minutter.

Ved gjennomføring av intervjuene ble det brukt semistrukturerte intervjuguider. Disse var basert på foreliggende litteratur om samhandling og kommunikasjon i helsesektoren og diskusjoner med fagpersoner. Intervjuene var også basert på førsteforfatterens egne erfaringer som rådgiver i kommunen og engasjement i innføring og utvikling av elektronisk samhandling i Trondheim kommune. I forventningsintervjuene ble det fokusert på samhandling og informasjonsutveksling. Hovedspørsmålet var: «Hvilke forventninger har du/dere til innføringen av elektronisk meldingsutveksling?». I tillegg ble det spurt om informasjonssikkerhet, roller og ansvar, medisinadministrering og samhandling hvis informantene ikke selv berørte disse punktene. I erfaringsintervjuet var hovedspørsmålet: «Hvilke erfaringer har du/dere

bånd, transkribert og analysert fortløpende etter gjennomføring. Båndene ble slettet etter transkribering, og alt skriftlig materiale ble anonymisert. Materialet ble analysert gjennom bruk av systematisk tekstkondensering fortløpende med en databasert tversgående tilnærming (18). Førsteforfatter sto for hovedarbeidet med analysene og diskuterte denne fortløpende med sisteforfatter. Øvrige medforfattere ga innspill til og validerte den endelige analysen som presenteres her.

RESULTATER

Oppsummert viste analysen at de som hadde tatt i bruk e-meldinger opplevde endret samhandlingsmønster med hyppigere kontakt og raskere avklaringer, samt bedre kvalitet på informasjonen de utvekslet. Fastleger som ikke hadde tatt i bruk e-meldingene, og som deltok i erfaringsintervjuet, viste en vegring mot å ta i bruk meldingene. De mente dette ville medføre merarbeid for dem. Både ansatte i hjemmetjenesten og fastleger opplevde en viss utrygghet i forhold til bruken av e-meldingene, spesielt fordi det manglet automatisk tilbakemelding på at de var mottatt og

ville følges opp. Tabell 3 sammenfatter funnene organisert i de fire hovedtemaene som ble identifisert (se tabell 3).

1. Endring i samhandlingsmønsteret og arbeidshverdagen

Både hjemmetjenestene og fastlegene forventet endring i samhandlingsmønsteret seg imellom ved å skulle gå fra telefonbruk via legesekretær til mer direkte dialog med e-meldinger. Begge partene erfarte da også mer jevnlig kontakt og mer effektiv bruk av arbeidstiden: «Jeg syns kontakten med legene har forandret seg mye det siste halvåret, de siste månedene. Før var det slik at du fikk aldri snakket med legene. Du fikk aldri kontakt. Nå er det nesten på minuttet du får svar. Det er helt utrolig!» (fagleder).

Hjemmetjenesten opplevde seg selv som mer profesjonell og at de ble mer hørt. Dette mente

de skyldtes at bruk av e-meldinger førte til en mer gjennomtenkt måte å formulere seg på overfor legene, og at legene dermed responderte oftere. Hjemmetjenestene erfarte også at e-meldingene fjernet legesekretærene som mellomledd i samhandlingen med fastlegene. Slik fikk de, i motsetning til tidligere, en direkte kommunikasjon med fastlegene. Hjemmetjenestene opplevde også at fastlegens rolle ble tydeligere og mer ansvarliggjort ved bruk av e-meldinger: «Vi føler at vi gjør en bedre jobb og at også andre ser hva vi gjør og at vi blir bedre fagarbeidere» (sykepleier).

Fastlegene erfarte at de gjennom e-meldingene mye raskere nådde den personen de skulle, mens de gjennom telefonen ofte måtte prøve to–tre ganger før de traff rett person. Fastlegene opplevde at de slapp mange telefoner under konsultasjo-

nene, og at de bedre kunne styre tida si med å svare skriftlig på e-meldinger mellom konsultasjonene.

2. Bedre kvalitet på informasjonen

Hjemmetjenesten fortalte i forventningsintervjuene at de forventet informasjon av høyere kvalitet, samt å bruke mindre tid på å kontrollere informasjon, etter innføring av e-meldinger. Fastlegene forventet også høyere kvalitet på informasjonen, men de var opptatt av at hjemmetjenesten måtte fortsette med kontroll av medisinnopplysninger for å kvalitets sikre at pasienten fikk riktig medisin. I erfaringsintervjuene kom det fram at både hjemmetjenestene og fastleger faktisk opplevde at kvaliteten på informasjonen ble bedre etter at de tok i bruk e-meldinger. Informasjonen som ble utvekslet via e-melding ble beskrevet å handle om: nye legemidler, avklaringer om medisinbruk, endring i dosering, justering av blodfortynnende legemidler, formidling av konsultasjonsnotat og behov for observasjoner. Før brukte hjemmetjenestene mye tid på kontroll og avklaring med fastlegene om informasjonen de hadde var riktig. Gjennom e-meldingen fikk de avklaringene fortløpende og kunne rydde unna feilene mye raskere enn før. Dette førte til en tryggere arbeidssituasjon for hjemmetjenestene og sikrere pasientbehandling: «Det jeg ser er veldig bra, er flyten av medisinformasjon. Bare ta noe så enkelt som Marevan, at vi kan faktisk sende; nå er det tatt ny INR og be om svar, det er mye sikrere å få svaret skriftlig» (fagleder).

Både hjemmetjenestene og

Tabell 3. Skjematisk oversikt over hovedfunn.

(1) Endringer i samhandlingsmønsteret og i arbeidshverdagen

- Mer direkte dialog
- Mer jevnlig kontakt
- Tydeligere roller og ansvar
- Mer effektiv bruk av arbeidstiden
- Likere rutiner i samhandlingen mellom hjemmetjenestene og fastlegene

(2) Bedre opplevd kvalitet på informasjonen

- Mindre tid på kontroll av medisinformasjon for hjemmetjenesten
- Mindre venting på avklaring av medisinformasjon for hjemmetjenesten
- Økt tillit til informasjonen hos begge
- Tryggere arbeidssituasjon for hjemmetjenesten
- Økt medvirkning i samhandlingen av fastlegen
- Mer oversikt for fastlegen
- Mer riktig informasjon til rett tid
- Bedre kvalitet på tjenesten for pasientene

(3) Opplevde utfordringer med bruk av e-meldinger

- Utrygghet på teknisk funksjon
- Liten forståelse av systemet og hvordan det fungerte
- Uklart hvem som benyttet meldingene

(4) Vegring mot å ta i bruk e-meldinger

- Vil ikke endre etablerte rutiner
- Vil videreføre dialogen med hjemmetjenesten gjennom legesekretærene

fastlegene bekreftet mer involvering fra fastlegene. «Med e-meldingene er det lettere å være tettere på hverandre, spesielt i forhold til brukere med høyt blodtrykk og mange prøvesvar. Jeg så at det sparte meg for mye tid og hjemmetjenesten har fått greie beskjeder hele veien» (fastlege).

3. Utfordringer med bruk av e-meldingene

Etter innføring – når man hadde gjort seg noen erfaringer – så informantene likevel flere utfordringer med e-meldingssystemet. Den største utfordringen, ifølge både fastleger og sykepleiere, var at man ikke fikk bekreftelse på om meldingene kom frem eller ble fulgt opp. Noen hjemmetjenester hadde fast rutine på at de svarte på alle meldinger at de var mottatt, mens andre ikke hadde det. En fastlege fortalte at når han sendte melding til hjemmetjenesten, ba han legesekretæren ringe opp i tillegg.

Manglende oversikt over hvem som brukte e-meldingene var også en utfordring. Hjemmetjenesten hadde oversikt over hvilke legesentre som var koblet på løsningen. Likevel visste de ikke om alle legene faktisk benyttet meldingene, fordi det var opp til hver enkelt lege om han eller hun ville ta dem i bruk. Noen hjemmetjenester valgte ikke å starte å sende e-meldinger før de hadde mottatt en fra fastlegen som de kunne svare på. Andre hjemmetjenester sendte e-meldinger likevel fordi de visste at kommunen overvåket om meldingene ble lest. «Så lenge alle legene ved et legekontoir ikke bruker e-meldingene så kvier vi oss for å sende meldinger» (sykepleier).

4. Vegring mot å ta i bruk e-meldingene

I forventningsintervjuene hadde ingen av informantene tydelige negative forventninger. Fastlegene som deltok i erfaringsintervjuet uten å ha erfaring uttrykte vegring mot å ta i bruk meldingene da de hadde for lite innsikt i betydningen av dem. De trodde dette var noe kommunen hadde funnet på, og en fastlege likte lite at noen andre prøvde å påvirke hans praktiske arbeidsdag. Under gruppeintervjuet med legene prøvde flere av de med erfaring å synliggjøre gevinsten og egen motivasjon for dem som vegret seg uten at det hadde noe påvirkning på forståelsen der og da. Her gjengis en dialog mellom tre fastleger:

Fastlege 1: «Jeg ser ikke hva det er som blir bedre med e-meldinger, vi kan jo svare på telefonen slik vi gjør i dag, jeg tror

tæren, og hun sender over ny dosering til hjemmetjenesten. Kan sekretæren sende doseringen på e-meldingen?»

Fastlege 2: «Hos oss legger legesekretæren inn melding på kalenderen som telefonkonsultasjon når prøveresultatene foreligger, jeg logger meg inn på pasienten, doserer, det blir journalført og sendes over med e-melding til hjemmetjenesten med en gang. Pasienten er jo ikke der, jeg skriver det inn selv og det hele tar fem sekunder.»

Fastlege 3: «For meg personlig blir dette merarbeid, alt dette kan sekretæren gjøre, e-meldingen går inn til legen og jeg gjør ikke dette i dag.»

Fastlege 2: «Det er lettere å trykke på send enn å ta telefonen.»

Hjemmetjenestene var meget fornøyd med å ta i bruk e-mel-

” I oktober 2013 hadde 54 prosent av kommunene tatt i bruk e-meldinger i kommunikasjonen med fastlegen.

de bare vil dirigere våre arbeidsrutiner. Når det gjelder INR så er det jo legesekretærene som sørger for dette».

Fastlege 2: «Hvordan dosere du INR?»

Fastlege 1: «Det gjør jeg når jeg går mellom venterom og kontoret, jeg stikker innom labben og leser av målingene og kvitterer på et ark der.»

Fastlege 2: «Skriver du ikke i journalen?»

Fastlege 1: «Nei, det gjør sekre-

tingene og hadde flere eksempler på gevinster både hos seg selv som fagutøvere og pasienter: «Det fungerer bra når det fungerer! Vi hadde en pasient som slapp ukentlige oppmøter med veiing hos fastlegen, da vi veide ham og sendte over data på e-meldinger og fikk justert medisinen etter det» (sykepleier).

DISKUSJON

Hjemmetjenesten og fastlegene både forventet og erfarte at e-meldingene bidro til tettere samhandling dem imellom. I tillegg viste det seg at e-mel-

dingene også ga den forventede positive effekten på kvaliteten på informasjonen, spesielt i forhold til medisiner. Samtidig antyder funnene behov for god informasjon, opplæring om nytten og bruken av e-meldingene til fastlegene, da det kom fram at noen av dem hadde en viss vegring mot å ta systemet i bruk. De største utfordringene var usikkerhet knyttet til rutinene for bruk av e-meldingene.

Funnene i studien viste at

ikke hadde full oversikt over medisininformasjonen til pasientene (20,21). Andre har også funnet at det er lettere for hjemmetjenestene å få oppdatert informasjon om pasientenes legemidler når samhandlingen blir bedret (22). Når ansatte i hjemmetjenesten og fastleger kan kommunisere via e-meldinger, gir det grunnlag for å reflektere over pasientens situasjon og gi et mer kvalifisert og gjennomtenkt svar. I en travel

- Vektlegge implementering av rutiner lokalt slik at brukerne opplever kommunikasjons-systemet som trygt, nyttig og hensiktsmessig i det daglige samarbeidet.

- En strategi i forhold til fastleger som vegrer seg og ikke tar i bruk e-meldingene.

- Framskaffe kunnskap om hvilken konsekvens utfordringene som er identifisert i denne studien vil ha for muligheten til å ta ut potensialet som ligger i e-meldingene.

- Samle inn data om hvilken betydning innføring av e-meldinger har for pasientenes opplevelse av kvalitet og kontinuitet.

” Både ansatte i hjemmetjenesten og fastleger opplevde en viss utrygghet i forhold til bruken av e-meldingene.

samhandlingsmønsteret mellom hjemmetjenesten og fastlegene endret seg. Det har tidligere vært uttrykt bekymring for fastlegenes rolle som koordinatører overfor pasientene. Dette er begrunnet med at han eller hun fokuserer på den medisinske behandlingen og mangler helhetsblikket for hva som skal til for at kronisk syke og eldre skal mestre egen hverdag (19). I vår studie fant vi at e-meldingene ga fastlegene en ny mulighet til å ta en mer aktiv rolle og et større koordineringsansvar fordi de lettere får tilgang til relevant informasjon fra hjemmetjenestene.

Begge informantgruppene opplevde at e-meldingene førte til at informasjonen ble mer presis, lesbar, og mer tilgjengelig, noe som gjorde informasjonen mer pålitelig. Erfaringene med at e-meldingene bedret kvaliteten på informasjonen støttes også i en studie fra Stavanger om samhandling mellom helsepersonell i sykehus og kommunen (17). Studien støtter tidligere funn om at fastlegene

hverdag gir ikke telefon en slik mulighet. Dessuten er skriftlig informasjon delbar med andre som har med pasienten å gjøre i motsetning til muntlig informasjonsoverføring.

Myndighetenes mål er at bruken av e-meldinger skal bidra til mer effektive og sikrere tjenester i helhetlige pasientforløp (23). De utfordringene som framkom i denne studien var: Manglende tilbakemelding om at e-meldingene var lest, manglende oversikt over hvem som brukte e-melding og manglende forståelse for eller innsikt i systemet og intensjonen bak e-meldingene. Dette er relevant for videre utvikling og implementering av e-meldingene. Basert på funnene i denne studien og annen litteratur, vil vi trekke fram noen forhold som må vektlegges i videre arbeid for at helsepersonell skal ta i bruk og ha nytte av e-meldingene:

- Rask utbredelse av e-meldinger slik at helsepersonell ikke må forholde seg til mange, og til dels uklare kommunikasjonsmåter.

Styrken med denne studien er at den gir kunnskap fra en tidlig fase av implementering av e-meldinger og at den bidrar med kunnskap på et nytt område hvor det foreligger få studier. Den gjenspeiler usikkerheten hos ansatte som skal ta i bruk nye verktøy og faktorene som påvirker denne usikkerheten og forsterker den. Det er en styrke at fastlegene representerte mange legesentere i byen.

En svakhet var at informantene hadde kort erfaring med bruken av e-meldingene og at de trolig var ekstra motiverte til å ta tak i de problemer de opplevde, siden de var førstebrukere. Dette kan gi et mer optimistisk bilde enn det som vil være situasjonen ved implementering av e-meldinger i stor skala. Studien kunne også favnet en yrkesgruppe til på legesentrene, da det viste seg at legesekretærene utgjør en viktig rolle i hverdagen til fastlegen. En annen mulig svakhet kan være at førsteforfatter gjennomførte intervjuene og meste-

parten av analysen alene. Dette kan samtidig være en styrke da dette kan gi god oversikt over hele materialet.

At førsteforfatter var kjent for de fleste informantene og tidligere hadde vært engasjert i arbeid med e-meldinger, kan virke både hemmende og fremmede på informantene og informasjonen som kom ut av intervjuene. Av den grunn ble intervjuene gjen-

nomgått for å vurdere om dette kunne ha påvirket intervjuene, hvilket det ikke ble funnet tegn til. Det eneste som kom fram var noen referanser fra informantene om at de kjente til førsteforfatter. Resultatene i denne studien vurderes derfor som valide ved at det kom fram utsagn som uttrykte både manglende forståelse, innsikt, frustrasjon og motstand mot endring, men også

håp for, tro og vilje til endring.

KONKLUSJON

Denne studien viser at e-meldinger kan bidra til mer direkte kontakt mellom hjemmetjenesten og fastlegen. Deltakerne opplevde at den direkte kontakten bedret kvaliteten på informasjonen og reduserte problemer, spesielt rundt medisinbehandling.

REFERANSER

1. Payne S, Kerr C, Hawker S, Hardey M, Powell J. The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and ageing*. 2002;31:107-17.
2. St.meld.nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
3. Stolee P, Steeves B, Glennly C, Filsinger S. The use of electronic health information systems in home care: facilitators and barriers. *Home healthcare nurse*. 2010;28:167-79.
4. Werrett JA, Helm RH, Carnwell R. The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34:629-38.
5. Bergstrom R, Heimly V. Information technology strategies for health and social care in Norway. *International Journal of Circumpolar Health*. 2004;63:336-48.
6. St. meld. 9. En innbygger – en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
7. Helsedirektoratet. Meldingsløftet i kommunene. Handlingsplan. 2011.
8. Prosjektdirektiv ELIN-k. Oslo: 2006.
9. Prosjektbeskrivelse ELIN-k prosjektet. Oslo: 2012.
10. Helsedirektoratet. Samspill 2.0 – Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013 – kortversjon. 2010.
11. Helsedirektoratet. Nasjonalt meldingsløft. Programdirektiv. 2008.

12. Meldingsutbredelse i kommunehelsetjenesten. Kartleggingsrapport Prosjektet Kommunal Utbredelse (KomUt). Trondheim: 2013.
13. Olsen RM, Hellzén O, Skotnes LH, Enmarker I. Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: a case study. *International Journal of Integrated Care*. 2014 (Apr-Jun).
14. Hellesø R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*. 2005;74:960-72.
15. Lyngstad M, Grimsø A, Hofoss D, Hellesø R. Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of clinical nursing*. 2014.
16. Melby L, Hellesø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International journal of medical informatics*. 2014;83:343-53.
17. Melby L, Hellesø R, Wibe T. Electronic discharge reports and information to municipal health services. *Tidsskrift for Den norske legeforening: tidsskrift for praktisk medicin*. 2010;130 (10): 1037-9.
18. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
19. Yang JC, Tomlinson G, Naglie G. Medication lists for elderly patients: clinic-derived versus in-home inspection and interview. *Journal of general internal medicine*. 2001;16:112-5.

20. Jensen SA, Oien T, Jacobsen G, Johnsen R. Erroneous drug charts – a health hazard? *Tidsskrift for Den norske legeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2003;123 (24): 3598-9.
21. Rogstad S, Straand J. Do general practitioners know what medication community nurses give their shared patients? *Tidsskrift for Den norske legeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2004;124: 810-2.
22. Lyngstad M, Melby L, Hellesø R. Standardised electronic information exchange between nurses in home care and GPs – the medication information processes. *Nursing informatics: proceedings of the International Congress on Nursing Informatics*. 2012;2012:253.
23. St.meld.nr. 16. Nasjonal Helse- og omsorgsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2011.

Ser frem til e-meldinger

› Ideelt sett skulle de som samarbeider via e-meldinger fått felles opplæring.



Lilian Raakjær

Ledende fagutviklingssykepleier i hjemmebaserte tjenester, Bekkestua distrikt, Bærum kommune

Borgen og medforfattere har undersøkt forventningene og erfaringene med e-meldinger fra hjemmesykepleiens og fastlegens perspektiv. Viktige funn er at e-meldingene betyr hyppigere kontakt, raskere avklaringer og bedre kvalitet på informasjonen som ble utvekslet. Artikkelen peker også på viktige utfordringer med bruk av e-meldinger i kommunehelsetjenesten.

Etter samhandlingsreformen er hjemmetjenesten arena for mer aktiv behandling og oppfølging fordi pasientene skrives raskere ut fra sykehus. Mange pasienter er multisyke, aleneboende eldre med omfattende bistandsbehov og lange legemiddellister. Helse-situasjonen hos denne pasientgruppen kan endre seg raskt, noe som medfører høyere krav til informasjonsoverføring og samhandling mellom de ulike aktørene.

Samhandlingen består som regel av telefon til fastlegen, via legesekretæren som må avbryte konsultasjon eller hun må be legen ringe tilbake. Dette er tidkrevende for alle parter. Årsak til

kontakten kan være medisinal-klaringer, resepter, spørsmål om hjemmebesøk eller formidling av observasjoner. Hjemmesykepleier samarbeider tett med legen i forhold til medisingjennomganger, kartlegging av kognitiv svikt, samtykkekompetanse og mye mere. Fastlegene får epikrisen en stund etter at pasienten er utskrevet fra sykehus og det er ofte hjemmesykepleier som gjør oppmerksom på at pasienten har vært innlagt og at det er endringer i legemiddellisten.

I en travelt arbeidsdag med store krav til kvalitet og effektivitet er det viktig med rask kontakt og avklaring. Skriftlig informasjon er dessuten delbar og foretrekkes av kvalitetshensyn. Funn i artikkelen viser også at e-meldinger, i motsetning til telefonkontakt, gir grunnlag for mer refleksjon og mer kvalifiserte og gjennomtenkte svar.

I min kommune har vi ikke dokumentasjonssystem som gir mulighet for e-meldinger, men vi ser frem til å få det i nær framtid. Artikkelen er derfor spennende

lesning og gir håp om en bedre kommunikasjon med fastlegene i fremtiden.

Denne artikkelen er relevant for de kommuner som skal innføre ny teknologi og planlegge bruk av e-meldinger. Den påpeker utfordringer i systemet, som at både fastleger og hjemmesykepleiere opplevde en viss utrygghet i forhold til bruken av e-meldinger, spesielt fordi det manglet bekreftelse at meldingen var mottatt.

Funnene i studien peker på at videreutvikling av systemet og implementering av gode rutiner i forkant av innføring av e-melding er avgjørende for å lykkes. Samt en aktiv strategi overfor fastlegene slik at de også ser potensialet i e-meldingssystemet. Ideelt skulle de som samarbeider via e-meldinger få opplæring sammen slik at de har en felles plattform. Da ville de fra starten ha en avklaring rundt bruken.

Les artikkelen på side 44



En helt ny leseopplevelse

LES SYKEPLEIEN
UANSETT HVOR
DU ER!

SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

Opplev Sykepleien på en helt ny måte! Magasinet er nå tilgjengelig som spesialutviklet utgave for nettbrett. Den interaktive utgaven er spekket med flotte bilde-serier som gir en ekstra dimensjon til artiklene fra den trykte utgaven. Last ned Sykepleien på ditt nettbrett, og du kan lese magasinet «offline» uansett hvor du er.

Last ned appen i dag!
GRATIS for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no.



Sykepleien



SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det er ei generell oppfatning blant sjukepleiarar at kreftpasientar sjeldan mottek ei utarbeidd IP. IP kan vere svært viktig for å ivareta pasienten sin brukarmedverknad og oppleving av tryggleik.

Hensikt: Målet med denne studien var å utforske og beskrive hindringar for kvifor ikkje sjukepleiarane utarbeider individuell plan (IP) for

kreftpasientar når desse har behov for samansette tenester.

Metode: Denne studien nyttar metodetriangulering som design.

Resultat: Iblant respondentane var 68 sjukepleiarar og 35 leiurar. Resultatet viste for lite tid til å utarbeide IP, og dette var nemnt som ei hindring hos 44 prosent av deltakarane. Deltakarane rapporterte at

47prosent i mindre grad følte seg trygge nok på arbeidsoppgåva med å utarbeide IP. Blant deltakarane svarte 63 prosent at plikta til å innfri retten til IP måtte bli ein arbeidsinstruks ifrå leiur.

Konklusjon: Instruks til å utarbeide IP og nok tid til utarbeiding av IP, er ein føresetnad for sjukepleiarane til å oppfylle retten til IP for kreftpasientar med behov for samansette tenester.

ENGLISH SUMMARY

Nurse's work with Individual Plan for those with cancer

Background: Among nurses, there was a general opinion that cancer patients are rarely receiving an IP. The IP is very important in achieving the patient's collaboration regarding decision making.

Objective: The aim of this study was to explore and document obstacles regarding why the nurses are not preparing an Individual plan (IP) for cancer patients when

they are in need of multiple services from the health care sector.

Method: This study used a Mixed Methods design.

Results: The respondents comprised of 68 nurses and 35 leaders. Available time for writing up an IP was mentioned as an obstacle among 44 percent of the participants. The results showed that 47 percent were, to a lesser degree, comfortable with the system and capable of working out an IP. Among

the participants, 63 percent answered that the impetus to write up an IP has to be upon instruction from the leader.

Conclusion: Obligation from the leader to complete IPs for cancer patients, and availability of time among the nursing staff to do so, are the necessary conditions to fulfil the right for those with cancer to have their IP.

Keywords: Individual Plan (IP), Training – program, Nurses' work, obligation of work, cancer patients

>> Sjukepleiarens arbeid med individuell plan for kreftramma

Forfatter: Solveig Sægrov

NØKKELOD

- Kreft
- Undervisning
- Sykepleie
- Pasient

INTRODUKSJON

Det er rundt 30 000 personar som får diagnosen kreft kvart år i Noreg (1). Det betyr at det er svært mange som lever med sjukdommen og omtrent 60 prosent av dei som får kreft overlever (2). I ei landsomfattande spørjeundersøking etterlyser kreftpasientar samhandling og informasjon (3). Individuelle planer (IP) er eit viktig reiskap ved vurdering og gjennomføring av ein rehabiliteringsprosess. I 2001 kom det for første gang ein lovfesta rett til IP og retten er ført vidare i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 2011(4). Kommunen skal samarbeide med andre tenesteytarar om plana for å bidra til eit heilskapleg tilbod for den

enkelte. Dersom ein pasient eller ein brukar har behov for tilbod både etter denne lova og spesialisthelsetenestelova eller lov om psykisk helsevern, skal kommunen sørgje for at det blir utarbeidd IP, og at planarbeidet blir koordinert (4).

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 2011 §16 (5) står det slik; pasientens og brukarens rettigheter: «Pasient og brukar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeidd individuell plan», jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (6). Ifølgje desse lovene er det stort fokus på det individuelle, brukarmedverknad, verdigheit, respekt og samhandling med pasient og mellom dei ulike tenestene. I fleire studier er det funne at kreftpasientar etterspør støtte i den vanskelege rekonvalesensperioden etter gjenomgått behandling (7–11). Helsedirektoratet ga i 2012 (12) ut ein rapport som viser at det finst

lite forskningsbasert kunnskap om rehabiliteringsbehov og om samansette tenester for kreftpasientar i Noreg og korleis tenestene er tilpassa pasientane sine behov.

Profesjonell utvikling er nødvendig for å kunne møte dei unike behova til den som treng ei profesjonell hand (13). Forsking viser også at kreftpasientar forventar at kunnskap om kreft og behandling er basis i sjukepleie og tek for gitt at sjukepleiarane har slik kompetanse i tillegg til sjukepleiekompetanse som går på

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at sykepleiere trenger tid og opplæring for å oppfylle kreftpasienters rett til individuell plan.

Mer om forfatteren:

Solveig Sægrov er sjukepleiar, cand. polit. i sjukepleie og førstelektor i sjukepleie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HISF), Institutt for helsefag. Kontakt: solveig.segrov@hisf.no.

mellommenneskelege forhold (14,15). Lærings- og utviklingsmuligheter kan planleggast, men det er dei menneska som deltek i læringsprosessane som i samspel med omgjevnadane sin påverknad avgjer resultatet (16). Det å nytte tidlegare tileigna kunnskap i nye samanhengar kan resultere i ny kunnskap av betydning (17–19). Ifølgje helsepersonellova (20) har sjukepleiar plikt til å delta i arbeidet med IP når ein pasient eller brukar har rett til ei slik plan etter pasient- og brukarrettighetslova (6).

BAKGRUNN

Individuell plan er i dag i liten grad i bruk i kreftomsorga i Noreg. Sjukepleiarane kan gjennom å tileigne seg tilstrekkeleg kunnskap og erfaring stadig auge -si ekspertise i å handtere nye og komplekse situasjonar (21). Slik ekspertise kan vere nyttig i samordning av tenestene til kreftpasientar og er relevant kompetanse ved utarbeiding av IP til kreftpasientane.

” Individuell plan er i dag i liten grad i bruk i kreftomsorga i Noreg.

Hensikta med studien har vore å gjennomføre eit opplæringsprogram i IP og deretter gjere eit fokusgruppeintervju samt ei spørjeundersøking der spørsmålarna har sitt grunnlag i resultatet av intervjuet. På denne måten ville ein finne ut meir om kva som fremjar og kva som hemmar sjukepleiarane si utarbeiding av IP når dei har eit sjølvstendig ansvar for dette. I publiserte resultat ifrå spørjeskjemaundersøkinga har det komme fram kva som fremjar sjukepleiarane si utarbeiding av IP. Dei var positive til IP som verktøy og til å utarbeide IP i

lag med og for ein som har fått diagnosen kreft. Opplæringsprogrammet bidrog til at fleire har fått utarbeidd IP og sjukepleiarane vil i stor grad ha meir kunnskap i å utarbeide IP. Sjukepleiarane meiner at kunnskap er ein føresetnad for å lukkast med å integrere IP i det vanlege arbeidet. I denne artikkelen vil ein få fram kva som kan hemme sjukepleiarane si utarbeiding av IP. Forskingsspørsmålet som blir svart på her er: I kva grad rommar praksis for sjukepleiarane i kommune- og spesialisthelsetenesta arbeidsinstruks, nok tid samt aksept til å bruke tid, samarbeid og tryggleik til å utarbeide IP for kreftpasientar?

METODE

Design

Metodetriangulering vart valt som design for studien. Hensikta med å bruke fleire tilnærmingar for å samle og forklara data om eit fenomen, er å prøve å nærme seg ei brei framstilling av verkelegheita (22). Iføl-

gje Creswell & Clark (23) er det på område som er nytt og mangelfullt beskrive, behov for kvalitativ utforskning som er hypotesegenererande, før meir formell, strukturert metode kan brukast. Designet er explorativt, det vil seie at studien er designa for å utforske dimensjonen av eit fenomen for å utvikle eller forklare hypotesar omkring relasjonar mellom fenomena (22). Den aktuelle studien har eit sekvensielt Mixed methods (MM) design der kvalitative data er samla i første fase og kvantitative data er samla i andre fase (22). Studien har to

ledd: 1) Opplæringsprogram og fokusgruppeintervju som er gjennomført og publisert (24) og 2) Spørjeskjemaundersøking med spørsmål som bygger på erfaringar ifrå opplæringsprogrammet og på resultatet av fokusgruppeintervjuet.

Utval

Utvalet i opplæringsprogrammet var vel 100 sjukepleiarar. Dette bestod av ressursjukepleiarar; sjukepleiarar ifrå alle kommunar i fylket og nokre ifrå sjukehus som har eit spesifikt ansvar knytt til kreftomsorg. Samt sjukepleiarar ifrå sjukehusa i fylket som arbeidde på avdelingar med mange kreftpasientar. Etter opplæringsprogrammet blei det gjort eit strategisk utval av dei sjukepleiarane som hadde delteke i prosjektet og som blei invitert til å vere med på fokusgruppeintervju gjennom sine leiarar.

Utvalet i spørjeskjemaundersøkinga bestod av 103 sjukepleiarar som var ressursjukepleiarar i ulike kommunar i fylket eller sjukepleiarar i sjukehus som hadde eit spesifikt ansvar knytt til kreftomsorg. Då opplæringsprogrammet starta var det ingen av dei som deltok som hadde utarbeidd IP for kreftramtra tidlegare. Etter opplæringsprogrammet blei spørjeskjema delt ut til 104 personar som var til stades på fellessamlinga. Fellessamlinga med fagleg innhald er ei årleg samling som er obligatorisk for ressursjukepleiarar og her blir også leiarar i kreftomsorga invitert med. Alle dei som tok imot spørjeskjema på fellessamlinga (n=104) leverte tilbake skjema i utfylt stand.

Innsamling av data

Opplæringsprogrammet bestod av tre samlingar med sjukepleia-

rar ifrå kommune og sjukehus (24) og var i tråd med veileidar til forskrift om Individuell Plan fra Sosial- og helsedirektoratet (25). To av samlingane var felles medan ei samling var delt i grupper for å fylle ut ei IP etter oppsett case. I alle samlingane var det fokusert på det positive og utfordringane ved IP i opplæringa av eller dialogen med sjukepleiarane. Prosjektleiar stod for opplæringa i samarbeid med medarbeidar ifrå kreftavdeling. Deltakarane i opplæringsprogrammet fekk utdelt spørjeskjema på ei fellessamling, prosjektleiar gav deretter ei kort forklaring til skjema og deltakarane fekk ti minutt på å fylle det ut. To medarbeidarar samla skjema inn og leverte dei til prosjektleiar. Spørjeskjemaet inneheld to bakgrunnsvariablar og 18 spørsmål om innstilling til og utarbeiding av IP. Til slutt i spørjeskjema var det rom for å gi egne kommentarar om kva faktorar som er nødvendige for å kunne fylle ut IP for kreftamma. Spørsmåla var basert på teori og forskning om kreft som sjukdom og bakgrunn for lovgjeving/veileidar for IP. Spørsmåla hadde også sitt utgangspunkt i spørsmål som blei stilte på den første samlinga i opplæringsprogrammet, om det positive og utfordringane ved IP, det som kom fram i diskusjonar og framlegg i opplæringsprogrammet samt fokusgruppeintervjuet. Intervjuet hadde følgjande tema i intervjuguiden: «ansvar», «kompetanse», «lovfesta rett til IP» og «samhandling». Det blei gjennomført ein mindre pilot-test.

Analyse av data

Fokusgruppeintervju. Intervjuet blei teke opp på lydband og blei seinare skrivne ut ord for

Tabell 1: Oversikt over svarfrekvens i prosent for spørsmål i spørjeskjemaet.

Spørsmål	Svaralternativ	Prosent
1. Er friggitt tid på arbeidsplassen ein føresetnad for at kreftpasienten får IP? (n=102)	Ja	45
	Nei	45
	Usikker	10
2. Er det aksept ifrå kollegaer om å bruke tid på IP? (n=102)	I stor grad	51
	I mindre grad	16
	Usikker	33
3. Må plikta til å innfri retten til IP vere eit pålegg? (n = 101)	Ja	63
	Nei	14
	Usikker	23
4. Kjenner sjukepleiarane seg trygge nok i arbeidsoppgåva IP for kreftramma? (n=100)	I stor grad	39
	I mindre grad	48
	I for liten grad	37
5. Er IP for kreftramma ei arbeidsoppgåve på linje med andre arbeidsoppgåver? (n=99)	Ja	18
	Nei	58
	Veit ikkje	19
6. Er det ei større utfordring å utarbeide IP for kreftramma enn for menneske med andre diagnosar? (n=99)	Ja	36
	Nei	40
	Usikker	22
7. Korleis blir samarbeidet mellom sjukehus og kommune oppfatta i forhold til kreftpasientar? (n=101)	Som mykje god	34
	Som godt	62
	Som mindre godt	2

ord. Det blei gjort ein kvalitativ hermeneutisk innhaldsanalyse for å identifisere hovudtema og mønstre mellom tema. *Spørjeskjemaundersøking.*

Statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics 19, vart nytta og deskriptiv analyse blei gjennomført. Totalt var 104 spørjeskjema delte ut og levert tilbake,

og 103 spørjeskjema er med i analysen. Eit skjema blei lagt vekk fordi vedkommande som hadde fylt det ut, hadde skrive på skjema at det var ønskeleg.

ETIKK

Prosjektleiar har presentert prosjektet for Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK). Sidan det var sjukepleiarar som var involverte i prosjektet, var det ikkje nødvendig å søkje om godkjenning. Det er sjukepleiarane i spesialist- og kommunehelsetenesta som skal utarbeide IP og gjennomføre andre tiltak som

pasienten har rett på. Prosjektet og opplæringsprogrammet vart utført i samarbeid med ein kreftseksjon på eit sentralsjukehus og var kjent i sjukehusa og i kommunane i fylket. Spørjeskjema var anonymt og det utfylte og tilbakeleverte skjema blei sett på som informert skriftleg samtykke.

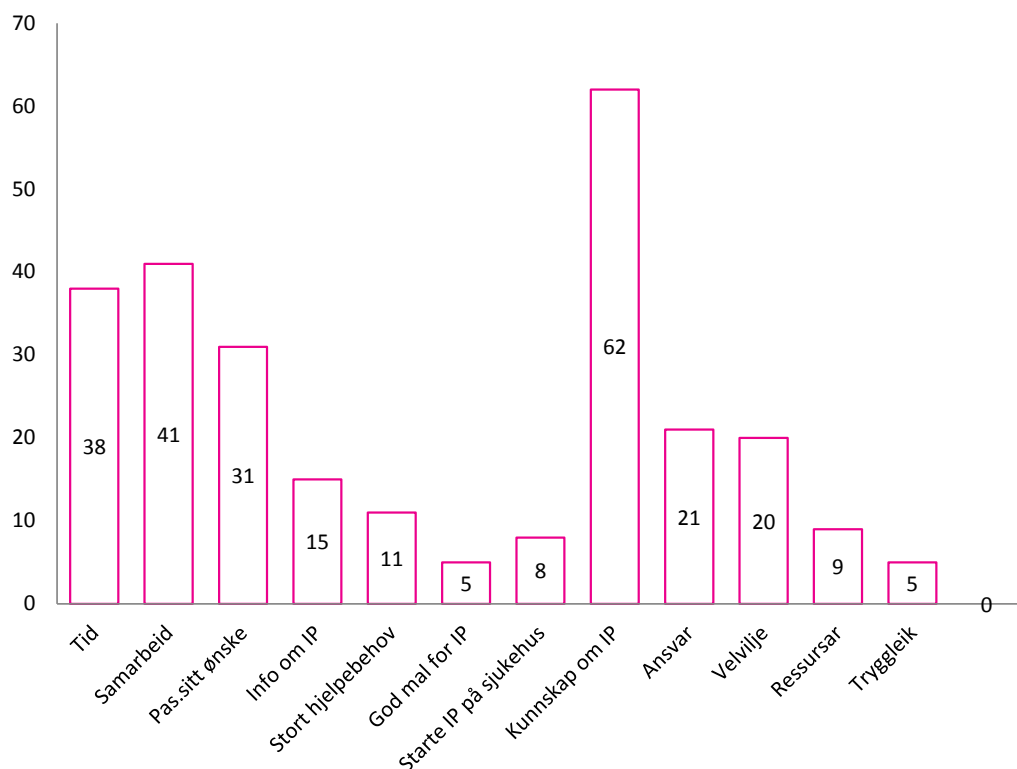
RESULTAT

Fokusgruppeintervjuet

I gruppediskusjonen peikte informantane på at det tok lang tid før dei var klar over at dei hadde ei plikt i forhold til IP. Dei erfarer at dei ikkje

er gode nok til å tilby IP som eit godt verktøy for den det gjeld. Tidsfaktoren er sentral og mangel på IP går ikkje ut over liv og helse. Informantane var klare på at for liten kompetanse er årsaka til at IP ikkje er meir i fokus i praksis. Det er eit vanskeleg verktøy og når det sjeldan blir teke i bruk eller det ikkje er behov for det, så blir sjukepleiarane uttrygge fordi dei ikkje praktiserar. Det er pasientar som har behov for langvarige og koordinerte tenester som kan ha rett til IP og då er samarbeid svært viktig.

Figur 1: Prosent personar som har oppgitt ulike viktige faktorar for å innfri retten til IP



Spørjeskjemaundersøkinga

Resultatet viste at av deltakarane var 68 sjukepleiarar, 30 leiarar som var sjukepleiarar og fem andre leiarar som ikkje var sjukepleiarar, men som var leiarar innafør kreftomsorg. Disse blir slegne saman til 35 leiarar i vidare analyse. I analysen fant ein ingen signifikant forskjell i svara frå sjukepleiarar og leiarar. Dei blir difor slått saman. Av respondentane var det 78 som representerte kommune, 16 representerte sjukehus og tre representerte anna. I analysen fant ein ingen forskjell mellom svara ifrå dei ulike institusjonane; kommune, sjukehus og andre. Dei blir difor slått saman.

På spørsmål om friggitt tid på arbeidsplassen er ein føresetnad for at kreftpasientar får IP var det 44 prosent som svarte ja og like mange som svarte nei (tabell 1). Resultatet viste at 51 prosent meinte det var aksept ifrå kollegaer om å bruke tid på å utarbeide IP til kreftpasientane (tabell 1). Det blei stilt spørsmål om plikta til å innfri retten til IP må vere ein ordre. Her svarte 63 prosent ja, 14 prosent nei og 23 prosent var usikre (tabell 1).

Vidare blei det stilt spørsmål om sjukepleiarane kjenner seg trygge nok i arbeidsoppgåva til å utarbeide IP for kreftramma. Her svarte 48 prosent i mindre grad og 37 prosent i for liten grad (tabell 1). På spørsmål om IP for kreftramma er ei arbeidsoppgåve på linje med andre arbeidsoppgåver svarte 58 prosent ja, 18 prosent nei og resten var usikre (tabell 1). Dei blei og spurt om det er ei større utfordring å utarbeide IP for kreftramma enn for menneske med andre diagnosar. Her svarte 36 prosent ja, 40 prosent nei og 22

prosent var usikre (tabell 1). Av dei som deltok svarte 62 prosent at dei vurderte samarbeidet mellom kommune og sjukehus som godt og 34 prosent som mykje godt (tabell 1).

Respondentane skulle nemne inntil tre faktorar som må vere tilstades for at den lovfesta retten til IP skal bli innfridd, og her var det «kunnskap» om IP-faktoren som toppa med heile 62 prosent svar. Deretter vart det nemt «samarbeid» med 41 prosent svar og «tid til å utarbeide IP» med 38 prosent svar (figur 1).

DISKUSJON

Studien viser i kva grad praksis for sjukepleiarar rommar arbeidsinstruks, tid, aksept, samarbeid og tryggleik til å utarbeide IP for kreftramma, og dette vil bli drøfta vidare.

Det å utarbeide IP tek tid og her viste resultatet at 45 prosent meinte at friggitt tid på arbeidsplassen er ein føresetnad for

skjer uansett uavhengig av IP, og må tenkast litt over hos oss. Dagane går i eitt; du må liksom ta noko først». Kreftramma etterspør støtte i den vanskelege rekonvalesensperioden etter gjennomgått behandling (7–11). Det er ikkje uvanleg å oppfatte rehabilitering som opptrening av fysiske ferdigheiter, der pasienten har håp om å bli heilt som før igjen (26).

Resultatet viste at 51 prosent meinte at det i stor grad var aksept ifrå kollegaer om å bruke tid på IP, 16 prosent meinte det i mindre grad var aksept og heile 33 prosent var usikre. Her er det ganske stor del av respondentane som er usikre, og det kan vere at dei verken har informert, tilbydd eller utarbeidd IP. Heile 63 prosent svarte ja på at plikta til å innfri retten til IP må bli ein ordre. Dette kan tyde på ein fráverande arbeidsinstruks eller at sjukepleiarane ikkje tenkjer på at dei har ei sjølvstendig plikt til

” Sjukepleiarane meiner at kunnskap er ein føresetnad for å lukkast med å integrere IP i det vanlege arbeidet.

at kreftpasientar får IP og like mange meinte det motsette. Her hadde det vore interessant å vite om det er dei som har utarbeidd IP som svarar at friggitt tid er ein føresetnad, eller om det er dei som ikkje har utarbeidd IP. Dette gir ikkje studien svar på. Ein kan også tenke at det å utarbeide IP er ei utfordring i den travle kvardagen på sjukehus og i heimesjukepleia med heilt andre og meir konkrete arbeidsoppgåver. Ein av deltakarane i fokusgruppeintervjuet uttrykte seg slik: «Det er tidkrevjande og det meste av planlegginga

denne type arbeid. I fokusgruppeintervjuet blei det uttrykt slik: «Dette er eit samspel på linje med andre gjeremål. Det å gjere mange arbeidsoppgåver blir endå sett på som viktigare enn samtale med pasienten. Det går på forståing eller gehør for at dette er eit viktig arbeid for pasienten og skal det bli eit godt verktøy som det er tenkt, må det komme i bruk av alle, vere i bruk».

På spørsmålet om sjukepleiarane kjenner seg trygge nok i arbeidsoppgåva å utarbeide IP for kreftramma, så viste resul-

tatet at til saman så var svaret «i mindre grad» og «i for liten grad» heile 85 prosent. Det var ikkje spurt om grunnen til det, så her kan ein tenke seg at det kan vere mangel på generell kunnskap om kreft og behandling eller kunnskap om innhald i IP eller korleis ein fyller ut ein IP. Det kan også vere mangel på tryggleik i å skulle møte kreftpasientar direkte og det å skulle lage ei plan for framtidig hjelp i ein svært vanskeleg livssituasjon. Deltakarane i fokusgruppa uttrykte at kompetanse gir tryggleik. Om ein kan verktøyet godt blir det brukt. Ein kvalitativ studie (27) belyser at sjukepleiarane treng mot til å kunne ta avgjerd i pasientomsorga, og at dei sær-

undersøkinga med over 7000 kreftpasientar (3), der dei etterlyser blant anna samhandling mellom kommune og sjukehus. Ifølgje deltakarane i fokusgruppeintervjuet så er samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetenesta av og til problematisk, men når det gjeld kreftpasientar så har ein god kommunikasjon.

Av dei tre faktorar som vart rapportert å måtte vere til stades for at den lovfesta retten til IP skulle bli innfridd, var «kunnskap» om IP den faktoren som oftast gikk igjen (62 prosent). Deretter kom faktoren «samarbeid» med (41 prosent), og «tid» med (38 prosent). Eksempel på korleis sosiale omgjenvader kan stimulere til profesjonell læring

det vart fokusert på innhaldsvaliditeten. Innhaldsvaliditeten av eit instrument er nødvendigvis basert på skjønn. Det finst ingen fullstendig objektiv metode til å sikre adekvat behandling av innhaldet i eit instrument (30,31,25). Det var enkle og få spørsmål som var utforma på grunnlag av fokusgruppeintervjuet og i tillegg var det høve til å gje sluttkommentar. Spørsmåla blei ståande slik dei var gitt i pilottestinga.

Reliabiliteten til data går på kor stabile og nøyaktige målingane har vore og om same respondent ville svart det same på nytt ved ei ny måling (30,31,25). Opplæringsprogrammet gikk over halvannet år og spørjeskjemaundersøkinga blei gjort åtte månader etterpå. Sidan målingane vart gjort så lenge etterpå, kan ein tenke seg at resultatet ville blitt det same om det blei gjennomført ei ny måling etter 14 dagar. Sluttkommentarane er ein annan faktor i resultatet som kan vise at målingane er stabile. Her skåra «kunnskap» høgst på kva faktorar som må vere tilstades for at den lovfesta retten til IP for kreftramma skal bli innfridd. Dette samsvarar godt med at 95 prosent svarte ja på at opplæring er viktig for at IP skal bli integrert på lik linje med andre arbeidsoppgåver (32). Utvalet i studien var selektert med tanke på at ein ville evaluere opplæringsprogrammet. Det kan vere at ei større gruppe enn dei som deltok i studien ville svart det same, men resultatet kunne også ha blitt eit anna.

KONKLUSJON

Ein føresetnad for at kreftramma får utarbeidd IP er at sjukepleiarane har kunnskap om sjukdommen kreft, behand-

” Dagane går i eitt; du må liksom ta noko først.

leg blir utfordra i situasjonar som angår kommunikasjon med alvorleg sjuke pasientar. Dei fleste respondentane svarte bekreftande på at å utarbeide IP for kreftramma ikkje var ei arbeidsoppgåve på lik linje med andre arbeidsoppgåver i kvar dagen. Resultatet viste også at 37 prosent meinte det var ei stor utfordring å utarbeide IP for kreftramma enn menneske med andre diagnoser, og her var 22 prosent usikre. Det å nytte tidlegare tileigna kunnskap i nye samanhengar kan resultere i ny kunnskap av betydning (17–19).

På spørsmål om samarbeid mellom kommune og sjukehus om kreftpasientar, så vurderte over halvparten dette samarbeidet som godt og 34 prosent vurderte det som mykje godt. Dette er ikkje i samsvar med den landsomfattande spørje-

er om tid til å kunne samhandle i eit profesjonelt fellesskap blir vektlagt, og om deltakarane opplever gjensidig tillit, tryggleik og støtte i kollegasamarbeid (Wadel 29).

Studiens avgrensing

Data blei samla inn med spørjeskjema som var utarbeidd av forskaren, og bør evaluerast i lys av visse avgrensingar. Validiteten av instrumentet vurderer kor nøyaktig den operasjonelle definisjonen av eit omgrep samsvarar med det teoretiske omgrepet ein har som føremål å måle (22). For eksempel indikerer validiteten i kva grad det sjølvrapporterte spørjeskjemaet framstiller det ein har til hensikt at det skal måle. Indre stadfesting kan vere spesielt kraftig og overtalende (22). Ein forskar veileda på utforminga av skjemaet og

ling av denne, samhandling med aktuelle tenester for kreftpasientar, og korleis utforme ein IP, slik at dei kjenner seg trygge i møte med den kreftramma og

i utarbeiding av IP. Ein annan føresetnad for at kreftpasientar skal få oppfylt retten til IP, er at det blir sett av tid til denne arbeidsoppgåva slik at det blir

tryggeleik i kollegiet på at ein skal ta seg tid til dette, samt at sjukepleiarane blir klar over at dei har eit sjølvstendig lovfesta ansvar for å utarbeide IP.

REFERANSER

1. **Kreftregisteret (2011).** Cancer in Norway 2009 Cancer Registry of Norway, Institute of Population-based Cancer Research , Oslo.
2. **Loge JH, Dahl AA, Fosså SD, Kiserud CE.** Kreftoverlever, Ny kunnskap og nye Muligheter i et langtidsperspektiv. 2013; Gyldendal Akademisk, Oslo.
3. **[http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/mangelfull + samhandling +om + kreftpas.](http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/mangelfull+samhandling+om+kreftpas)** (Nedlasta 09.01.13).
4. **Lovdata.** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011 § 1-1, punkt 5. Tilgjengeleg frå: <http://lovdata.no dokument/NL/lov/2011-06-24-30?=&Lov+om+kommunale>. (Lasta ned 24.10.2014)
5. **Lovdata.**Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 2011 § 16. Tilgjengeleg frå: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1556?Q=Forskrift+>. (Lasta ned 24.10.2014).
6. **Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven) 1999, §2-5.**
7. **Winterling J, Sidenvall B, Glimeilius B, Nordin K.** Expectations for the recovery period period after cancer treatment- a qualitative study. *European Journal of Cancer Care* 2009; 18,585-93.
8. **Pattison NA, Doland S, Townsend P, Townsend R.** After critical care: a study to explore Patients' experiences of a follow-up service. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 2122-31.
9. **Wilson K, Pateman B, Beaver K, Luker K.A.** Patient and carer needs following a cancer-related hospital admission: the importance of referral to the district nursing service. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38:245-253
10. **Vivar CG, Mcqueen A.** Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51:520-8.
11. **Mckenzie H, Boughton M, Hayes L, Forsyth S, Davies M, Underwood, E, Mcvey P.** A Sense of security for cancer patients at home: the role of community nurses. University of Sydney. *Journal compilation.* 2007;15: 352-9.
12. **Helsedirektoratet.** Rehabiliterings-tilbudet til pasienter med kreft. Kartlegging og anbefalinger. Rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet. 2012; IS-1976, trykksak@helsedir.no
13. **Benner P, Tanner CA, & Chesla CA.** Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics. 2009; New York: Springer.
14. **Kvåle K, Bondevik M.** Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum.* 2010; 37:4.
15. **Kvåle K, Bondevik M.** What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2008; 22:582-8
16. **Klev R & Levin M.** Forandring som praksis. Endringsledelse gjennom læring og utvikling. 2009; Fagbokforlaget, Bergen.
17. **Benner P & Sutphen M.** Learning Across the Professions: The Clergy, a Case in Point. *Journal of Nursing Education* 2007;46: 103-8.
18. **Hager P & Smith E.** The Inescapability of Significant Contextual Learning in Work Performance. *London Review of Education* 2004;2:33-46.
19. **Hager P & Hodkinson P.** Moving beyond the metaphor of transfer of learning. *British Educational Research Journal* 2009; 35:619-38.
20. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2. Juli 1999; nr 4. (helsepersonelloven). Tilgjengeleg fra: <http://www.Lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>.
21. **Eraut M.** Ekspert and expertise: meanings and perspectives. *Learning in Health & Social Care* 2005; 4:173-9.
22. **Polit DF, Beck TC.** *Nursing Research.* 2012. Lippincott Williams & Wilkins, China.
23. **Cresswell, JW & Plano Clark, VL.** Designing and conducting mixed methods research. 2007. Thousand Oaks, CA: Sage.
24. **Sægrov S.** Implementering av individuell plan (IP) for kreftramma . Vård i Norden, 2012;05:26-30.
25. **Helsedirektoratet.** Veileidar til forskrift om individuell plan 2010.
26. **Rene B.** Rehabilitering og medverknad i eit helsefremmande perspektiv. Ei kasusstudie med 9 pasientar i to ulike rehabiliteringsopplegg. 2010; Mastergrad, Hemil-senteret, Universitetet i Bergen.
27. **Skår R.** Læringsprosessar i sykepleieres læringserfaringer. En studie av sykepleieres læringserfaringer. 2010; Doktorgrad (PhD) Universitetet i Bergen. Noreg.
28. **Sosial- og helsedepartementet** **Stortingsmelding nr.21, 1998-1999** [1998] Ansvar og meistring.
29. **Wadel C.** En lærende organisasjon. Et mellommenneskeleg perspektiv. 2008. Høyskoleforlaget, Kristiansand, Noreg.
30. **Lund T, Haugen R.** Forskningsprosessen. 2006. Unipub AS, Oslo.
31. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2011. Universitetsforlaget, Oslo.
32. **Sægrov S, Kunnskap som ein føresetnad for samhandling i kreftomsorga.**Vård i Norden. 2013;110:33-6.



Foto: © viappy/NTBscanpix

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forebygging står sentralt i norsk helsepolitikk, og observasjonsstudier tyder på at organisert screening har redusert forekomsten av livmorhalskreft i Norge. Samfunnets ressurser er imidlertid knappe.

Hensikt: Vår hensikt var å estimere de årlige kostnadene av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

Metode: Vi beregnet statens direkte utgifter og de årlige samfunnsøkonomiske kostnader av dagens screeningprogram for livmorhalskreft på

grunnlag av opplysninger fra Kreftregisteret om antall utførte undersøkelser under Masseundersøkelsen for livmorhalskreft og enhetskostnadene for disse. De samfunnsøkonomiske enhetskostnadene er basert på ulike beregninger av faktiske kostnader, mens statens utgifter er basert på de ulike takstsystemer.

Resultater: I 2011 ble det utført i alt 360 704 primærscreeningprøver, som med våre beregninger ville medføre 21 783 nye etterundersøkelser. Det ble innsendt biopsier

for omtrent 9000 kvinner, og 3057 kvinner fikk utført konisering. De samlede samfunnsøkonomiske kostnader ved screeningprogrammet var 730 millioner kroner, hvorav 52 prosent utgjorde indirekte kostnader i form av reisekostnader og fravær fra arbeid. Statens direkte utgifter utgjorde 163 millioner kroner.

Konklusjon: Det norske screeningprogrammet for livmorhalskreft har betydelige kostnader, der kvinnens tids- og reisekostnader og legekon-sultasjoner veier mest.

ENGLISH SUMMARY

Costs of the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme

Background: Disease prevention is central to Norwegian health policy. Observational studies suggest that organised screening has reduced the incidence of cervical cancer in Norway. However, societal resources are limited.

Objective: The aim of this study was to estimate the annual costs associated with organised screening for cervical cancer.

Methods: We estimated the govern-

ment's annual direct and societal costs associated with the current screening programme for cervical cancer, based on primary data that reports the number of completed procedures from the Cancer Registry of Norway, and the unit costs of these. Societal unit costs are based on calculations of the actual costs, while government expenditure is based on various fee-for-service tables.

Result: In 2011, a total of 360,704 primary screening tests were performed, that, with our calculations would result in 21,783 new follow-up procedures. Biopsies from around 9,000 women were sent for histopathology, and

3,057 women underwent conization. The total societal cost of the screening programme was NOK730 million, of which 52 % constituted indirect costs in terms of travel costs and work absenteeism. Direct government expenditure amounted to NOK163 million.

Conclusion: There are significant costs associated with the Norwegian screening programme, of which a large portion stems from women's time-and travel costs and consultations.

Key words: cervical cancer, screening, women, costs, cost analysis, HPV, cytology

» Kostnader ved Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Forfattere: Kine Pedersen, Stefan Lönnberg, Gry Baadstrand Skare, Sveinung Wergeland Sørbye, Emily Burger og Ivar Sønbo Kristiansen

NØKKELORD

- Kreft
- Gynekologi
- Undersøkelse
- Kvinner
- Økonomi

INTRODUKSJON

Livmorhalskreft er globalt den fjerde vanligste kreftform blant kvinner (1), mens den er nummer 13 i forekomst i Norge (2). Kreftregisteret registrerte i 2011 302 nye tilfeller av invasiv livmorhalskreft, og samme år døde 66 kvinner av denne kreftformen (2). Livmorhalskreft skyldes infeksjon med humant papillomavirus (HPV). Livstidsrisikoen for å få HPV-infeksjon er anslått til cirka 75 prosent (3), men de fleste tilfeller av HPV-smitte er selveliminerende. De fleste HPV-typer er ufarlige eller framkaller vorter (såkalte lavrisiko HPV), men noen infeksjoner kan gi årsak til celleforandringer og etter hvert utvikling av invasiv kreft. Disse forandringene kan påvises ved celleprøve av livmorhalsen og histologisk undersøkelse (biopsi). Det antas at 12–14 typer av HPV kan forårsake livmor-

halskreft (høyrisiko HPV) (4). Disse virusene forårsaker tilnærmet alle tilfeller av kreft i livmorhalsen (5). HPV forårsaker også vulvovaginal-, penis-, anal- og oropharyngealkreft (6). Det mangler foreløpig representative undersøkelser fra Norge, men det er antatt at prevalensen av HPV-smitte hos kvinner er 20–30 prosent i alderen 25–33 år, men synker til 8–12 prosent i alderen 34–69 år (7).

Masseundersøkelsen for livmorhalskreft ble innført i 1995 og innebærer cytologi-basert screening hvert tredje år for kvinner i alderen 25–69. Dersom celleprøven viser celleforandringer, henvises kvinnen til videre oppfølging, ofte kalt triage. Cytologiske forandringer kan påvises i celleprøve som med stigende alvorlighetsgrad benevnes ASC-US, LSIL, ASC-H eller HSIL (tabell 1). Norske retningslinjer anbefaler at pasienten henvises til koloskopi med biopsi når celleprøven viser ASC-H eller HSIL, eller ved persisterende lavgradige celleforandringer eller HPV-positivitet. Biopsien graderes som normal, CIN1, CIN2, CIN3 eller kreft, der CIN2, CIN3 og invasiv kreft ofte omtales CIN2+ (tabell 1). I nesten alle land tilsier retningslinjene for forebygging av livmorhalskreft at CIN2/3

fjernes ved konisering eller alternativt en ablativ behandling av epitelet i spesielle tilfeller der risikoen for residiv er lav. Rasjonalet for livmorhalskreftscreening er nettopp å forebygge invasiv kreft ved å oppdage og behandle disse høygradige forstadie.

Effekten av cytologiscreening på forekomsten av livmorhalskreft er ikke dokumentert i randomiserte studier, men observasjonsstudier tyder på

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at det norske screeningprogrammet for livmorhalskreft har høye kostnader, men gir likevel verdi for pengene.

Mer om forfatterne:

Kine Pedersen er stipendiat ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO. Stefan Lönnberg er seksjonsleder i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, Kreftregisteret. Gry Baadstrand Skare er spesialrådgiver i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, Kreftregisteret. Sveinung Wergeland Sørbye er overlege ved Avdeling for klinisk patologi, UNN. Emily Burger er postdoktor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO. Ivar Sønbo Kristiansen er professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO. Kontaktperson: kine.pedersen@medisin.uio.no.

Tabell 1: Gradering av cytologi og histologi

Cytologi	
NILM	Negativ for intraepitelial lesjon eller malignitet
ASC-US	Atypiske skvamøse celler av usikker betydning
LSIL	Lavgradig skvamøse intraepitelial lesjon
ASC-H	Atypiske skvamøse celler, kan ikke utelukke HSIL
HSIL	Høygradig skvamøse intraepitelial lesjon
Histologi	
Normal	Uten påviste neoplastiske forandringer
CIN1	Cervical intraepitelial neoplasi grad 1
CIN2	Cervical intraepitelial neoplasi grad 2
CIN3	Cervical intraepitelial neoplasi grad 3
CIN2+	CIN grad 2, 3 eller kreft

en betydelig effekt (8–10). Da Kreftregisteret ble opprettet i 1953, ble det knapt utført cytologiske prøver i Norge, og den aldersjusterte insidens av livmorhalskreft var cirka 15 per 100 000 (11, figur 1). I 2005 var tallet sunket til 8 (12). Manglende oppmøte reduserer imidlertid populasjonseffekten av screening; mer enn halvparten av nye tilfeller av invasiv kreft påvises nå hos kvinner som ikke har tatt celleprøve det siste 3,5 års intervallet før diagnose (13). I dagens program får cirka 63 prosent av kvinnene tatt celle-

Det er vanlig å anta at «prevention is better than cure», og forebygging står sentralt i arbeidet med ny helsepolitikk i Norge (15). Samfunnets ressurser er imidlertid knappe, og prioritering er derfor nødvendig. I pasientrettighetslovens paragraf 2–1 heter det at «retten (til helsehjelp) gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». Mulighetene for å erstatte cytologi med HPV-testing i primærscreening aksentuerer behovet for å få bedre

screening for livmorhalskreft kan komme mange år etter at screeningprøven er tatt. Hensikten med denne studien er å beregne de årlige kostnadene ved dagens screeningsprogram.

METODE

Vi beregnet de årlige samfunnsøkonomiske kostnadene ved dagens screeningprogram for livmorhalskreft på grunnlag av opplysninger fra Kreftregisteret om antall utførte undersøkelser under Masseundersøkelsen for livmorhalskreft og enhetskostnadene for disse. I tillegg beregnet vi hvor store statens direkte kostnader ved programmet er.

Fra Kreftregisteret hentet vi informasjon om antall cytologiske prøver utført i 2011 for kvinner i screeningalder, det vil si 25–69 år. Disse ble deretter fordelt på primærscreening og sekundærscreening (triage). Registeret inneholder ikke opplysninger om hvorvidt prøvene er rekvirert av fastlege, privatpraktiserende spesialist eller sykehuspoliklinikk. Ettersom screeningprogrammet legger opp til at prøvene skal tas hos fastlege, antok vi derfor at 80 prosent av prøvene var tatt hos fastlege, mens de øvrige var tatt hos spesialist eller ved sykehuspoliklinikk. Dessverre finnes det ingen registerdata som kan bekrefte vårt anslag. Antall undersøkelser etter primærscreening ble basert på antall unormale (ASC-US og mer alvorlig) (tabell 1) og uegnede cytologiske prøver. Vi antok at legen gir beskjed per brev eller telefon til kvinnen om behov for oppfølgingsundersøkelse. Denne kan omfatte ny cytologisk prøve, HPV-test, og/eller koloskopi og livmorhalsbiopsi, avhengig av funnet ved den primære cytologiske prøve (14). Antall kvinner

” Det antas at 12–14 typer av HPV kan forårsake livmorhalskreft.

prøve det året de fyller 25 år eller innen det har gått tre år siden forrige prøve (14). Andelen øker til 76 prosent hvis vi inkluderer alle som får tatt prøve innen fem år fra forrige prøve. I tillegg viser tall fra Kreftregisteret en svak økning i antall krefttilfeller de siste ti årene for kvinner under 35 år (11).

kunnskap om kostnader og nytte ved Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. En fullstendig økonomisk evaluering omfatter tallfesting av så vel kostnader som effekter (16). Det siste er en omfattende oppgave, til dels fordi det er usikkerhet om hvor stor effekten av screening er og til dels fordi helsegevinstene ved

Tabell 2: Enhetskostnader. 2013 norske kroner

Enhetskostnad	Statens direkte utgifter basert på takster mv.	Kilde	Antatt samfunnsøkonomisk kostnad	Kilde
Brev med påminnelse om screening	5,40	Kreftregisteret	5,40	Kreftregisteret
Fastlegekonsultasjon inklusiv gynekologisk undersøkelse og taking av celleprøve	239,00	Normaltariffen	375,00 (inkludert del av fastlegetilskudd)	Normaltariffen
Konsultasjon privat gynekolog inklusiv taking av celleprøve eller HPV-test	338,00	Normaltariffen	645,00 (inkludert andel av driftstilskudd fra RHF)	Normaltariffen
Konsultasjon privat gynekolog med kolposkopi og biopsi	567,00	Normaltariffen	874,00 (inkludert andel av driftstilskudd fra RHF)	Normaltariffen
Konsultasjon privat gynekolog inklusiv konisering	1 798,00	Normaltariffen	2 105,00 (inkludert andel av driftstilskudd fra RHF)	Normaltariffen
Poliklinikk-konsultasjon med gynekologisk undersøkelse og kolposkopi	458,00	ISF DRG 719 (vekt 0,029)	1 144,00	ISF DRG 719 (vekt 0,029)
Innsending av prøve til laboratorium	47,00	Normaltariffen (701a)	47,00	Normaltariffen (701a)
Pasientens reisekostnad per besøk	00,00	Moger & Kristiansen (2013)	200,00	Moger & Kristiansen (2013)
Produksjonstap per time arbeidsfravær	0,00	Statistisk sentralbyrå	327,00	Statistisk sentralbyrå
Væskebasert celleprøve inklusiv informasjon til rekvirent	74,00	Poliklinikk-takst (705f: 74)	305,00	Gruppe IIs beregninger
Lege gir informasjon til pasient per brev eller telefon	54,00	Normaltariffen (1bd: 54)	54,00	Normaltariffen (1bd)
Triage HPV-test nåværende program	295,00	Poliklinikk-takst (701k: 295)	585,00	Gruppe IIs beregninger
Laboratoriekostnad undersøkelse av biopsi	60,00	Poliklinikk-takst (705a: 60)	857,00	Gruppe IIs beregninger
Laboratoriekostnad undersøkelse av konisat	573,00	Gruppe IIs beregninger	1 713,00	Gruppe IIs beregninger
Konisering - dagbehandling	2 288,00	ISF DRG 3640 (vekt 0,145)	5 720,00	ISF DRG 3640 (vekt 0,145)

som fikk utført biopsi og eventuelt påfølgende konisering, ble basert på Kreftregisterets data fra patologi-laboratoriene.

Vi beregnet både statlige og

samfunnsøkonomiske enhetskostnader av aktiviteter som genereres som følge av screeningprogrammet (tabell 2). De

samfunnsøkonomiske enhets-

kostnadene ble basert på ulike beregninger av faktiske kostnader, mens statens utgifter ble basert på de ulike takstsystemene: Innsatsstyrt Finansiering

(DRG-systemet) (17,18) og Normaltariffen (19,20), og uttrykt med 2013 priser. Alle beregninger i kostnadsanalysen er basert på antakelsen om at celleprøver gjøres med væskebasert metode, men vi har ikke inkludert kost-

og andre utgifter som skal dekkes i arbeidsforholdet, og antatt 1870 arbeidstimer per år. Dette resulterer i et produktivitetstap per time på kr 327. Reisekostnad for å delta i screening eller oppfølging av denne er basert på en

dersøkelser. Dette resulterte i 17 759 nye cytologiske prøver og 13 430 HPV-tester i triage. Det ble innsendt biopsier for omtrent 9000 kvinner og 3057 kvinner fikk utført konisering (tabell 3).

De samlede samfunnsøkonomiske kostnader ved screening-programmet var 730 millioner kroner, hvorav 52 prosent var indirekte kostnader i form av reisekostnader og fravær fra arbeid. Produksjonstap som følge av fravær fra arbeid i forbindelse med konsultasjoner utgjorde 78 prosent (293 millioner kroner) av de indirekte kostnadene. Direkte samfunnsøkonomiske kostnader utgjorde 354 millioner kroner, som fordelte seg på 273 millioner i primærscreening og 81 millioner i sekundærscreening (diagnostisk utredning og behandling). Kvinner i alderen 25–33 utgjorde 23 prosent av de totale samfunnsøkonomiske kostnadene. De direkte kostnadene fordelte seg på 58 prosent legekonsultasjoner (hvorav 2 prosent gjaldt informasjon om testresultat til pasienten), 41 prosent laboratoriekostnader (herav 84 prosent cytologisk prøve, 6 prosent HPV-test i kombinasjon med cytologi, 2 prosent HPV-test alene, 5 prosent biopsier, og resterende 3 prosent konisater). Administrasjonskostnader sto for mindre enn 2 prosent av de totale direkte kostnadene ved screening. Av kostnader tilknyttet legekonsultasjoner gjaldt 88 prosent (174 millioner kroner) cytologisk prøve og HPV-test, mens de resterende gjaldt koloskopi med biopsi og konisering. Kostnader i forbindelse med koloskopi og biopsi var 9,6 millioner kroner, mens behandling i form av konisering utgjorde 15,6 millioner kroner. Statens direkte utgifter gjennom

” De samlede kostnadene ved forebygging av livmorhalskreft er betydelige og særlig knyttet til kvinnes tids- og reisekostnader.

nadene ved biobank. Ettersom dekningen av væskebasert metode fortsatt begrenset seg til 40 prosent av screeningprøvene i 2013 og metoden er noe dyrere enn konvensjonelt utstryk, er de beregnede kostnadene høyere enn de faktiske kostnadene i dag. Likevel forventes de fleste laboratorier å gå over til væskebasert metode innen få år.

Kostnader ved laboratorienes analyse av cytologiske prøver, biopsier, konisater og HPV-tester ble basert på data om de aktuelle kostnadskomponenter i tre sykehus. Ytterligere opplysninger om disse kan fås ved henvendelse til forfatterne. Vi har også inkludert kostnadene for seksjonen for livmorhalscreening ved Kreftregisteret, herunder administrasjon, koordinering, drift, kvalitets-sikring og utvikling av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Alle kostnader er oppgitt i 2013 norske kroner.

Produktivitetstap ved screening framkommer fordi kvinner er fraværende fra arbeid når de møter til screening. Vi antok at hver screeningundersøkelse medfører to timers arbeidsfravær, mens triage med koloskopi medfører fire timers fravær. I beregning av produktivitetstap har vi lagt til grunn gjennomsnittlig lønnsinntekt i 2012 (437.400), tillagt 40 prosent for å fange opp arbeidsgiveravgift

undersøkelse av Moger og Kristiansens (21) som konkluderte at gjennomsnittlig reisekostnad for å delta i mammografiscreening var kr 190 i 2012. Vi har antatt kr 200 for å ta hensyn til inflasjon. Dette beløpet er et anslått gjennomsnitt for reisekostnad per konsultasjon for primærttest, etterkontroller og konisering.

Vi foretok énveis sensitivitetsanalyser på et utvalg av input variablene for å vurdere hvor mye usikkerheten i disse kan påvirke de totale kostnader ved programmet. Til sammen 19 variabler ble undersøkt med 25 prosent endring i positiv og negativ retning. Alle kostnadsberegninger ble gjort i et Excel regneark som kan fås ved henvendelse til forfatterne.

RESULTATER

I 2011 sendte Kreftregisteret påminnelser om livmorhalscreening til 415 925 kvinner i målgruppen fordi de ikke hadde vært til undersøkelse de foregående tre år. Det ble i tillegg sendt 31.122 invitasjonsbrev med informasjon om programmet til 25-åringene. Det ble utført i alt 401 709 cytologiske prøver hvorav 360 704 gjaldt primærscreening. Av primærscreeningprøve ble 24 168 klassifisert som uegnet prøve, ASC-US, LSIL eller mer alvorlig, og derfor anbefalt etterun-

lege-, laboratorie-, poliklinikk- og DRG-takster utgjorde 163 millioner kroner.

Av de 19 variablene vi gjorde sensitivitetsanalyse på, ga endringer bare i fire variabler mer enn 1 prosent endring i de totale samfunnsøkonomiske kostnadene. Endring i andel cytologi utført av fastlegen ga opptil 3 prosent endring, antall timer arbeidsfravær medført til primærprøve ga 9 prosent endring, reisekostnad ga 3 prosent endring og pasientenes tidskostnad per time ga 10 prosent endring (tabell 4).

DISKUSJON

De samlede kostnadene ved forebygging av livmorhalskreft er betydelige og særlig knyttet til kvinnes tids- og reisekostnader. Legekonsultasjoner ved primær- og sekundærttesting utgjør også en betydelig kostnad, mens laboratoriekostnadene er moderate og administrasjonskostnadene er beskjedne.

En rekke tall og forutsetninger i denne undersøkelsen er usikre. Det gjelder særlig kvinnes tids- og reisekostnader. Når kvinner søker lege for å få tatt prøver, har vi antatt at tiden har en verdi. Dette er åpenbart tilfelle når det gjelder fravær fra lønnet arbeid, men det gjelder også tap av fritid. Når lønnsinntakere avgir fritid for å utføre overtidsarbeid, kommer verdien av fritid til syne ved at arbeidstakere får overtidsbetaling. For den minoriteten av kvinner som ikke er i lønnet arbeid, oppstår en samfunnsøkonomisk kostnad ved at de taper fritid. Denne kostnaden verdsettes vanligvis som lønnsinntekt etter skatt (22), men dette er ikke innarbeidet i analysen fordi vi ikke har sikker informasjon om hvor stor andelen av kvinnes tids-

bruk som er fritid. Vi antok at den enkelte primærscreenings- eller triage-test i gjennomsnitt betyr at kvinnen er borte to timer fra produktivt arbeid. I studien av kostnader ved mammografiscreening anslo Moger og Kristiansen (21) at totalt tidsbruk var 0,67 time per undersøkelse. Screening for livmorhalskreft er mer tidkrevende fordi det skal gjøres gynekologisk undersøkelse. På den annen side tas mange celleprøver i forbindelse med legekonsultasjon der primærhensikten ikke er screening. Tidsbruken vil ventelig være betydelig høyere ved koloskopi eller biopsi og særlig konisering, derfor antok vi at denne prosedyren ville medføre fire timer tapt arbeid eller fritid. Enhetskostnader skal ideelt være basert på markedspriser for å reflektere de samfunnsøkonomiske kostnader. I mangel av slike har vi blant annet benyttet refusjonstakster. Disse var åpenbart for lave når det gjelder laboratoriecostnader, og det er derfor gjort beregninger basert på informasjon fra tre patologilaboratorier. Når det gjelder kostnadene av behandling av alvorlige kreftforstadier er disse marginalt underestimert,

søkelsen er at grunnlagsdataene stammer fra Kreftrregisteret som formodentlig har nokså komplett oversikt over cytologi-, histologi- og HPV-tester. Da disse testene nødvendigvis krever en legekonsultasjon, er formodentlig også antall konsultasjoner nokså korrekte. Undersøkelsen er basert på tall for kvinner i screeningalder, det vil si 25–69 år, og alle undersøkelser utført for kvinner utenfor dette aldersintervallet er holdt utenfor. I praksis medfører screeningprogrammet undersøkelser også av kvinner utenfor målgruppen («vill-screening»), slik at de totale kostnadene vil være noe høyere.

De dominerende kostnader ved det norske screeningprogrammet er legekonsultasjoner og kvinnes tids- og reisekostnader. Administrasjonskostnadene er derimot svært lave. Kostnadene kan muligens virke svært høye, men ligger på det nivå man må vente når så mange personer har legeundersøkelse og får tatt laboratorietester. Kostnadene kan muligens reduseres noe ved sentralisering av patologiske og virologiske tester, men reduksjonen vil nødvendigvis være moderat. Den dominerende del av kostnadene er knyttet til

” Når det gjelder kostnadene av behandling av alvorlige kreftforstadier er disse marginalt underestimert.

da vi ikke har tatt hensyn til at en liten andel av disse kvinnene får utført hysterektomi.

Da det tar noe tid å kvalitets-sikre og publisere data fra registre, har vi brukt 2011-data om antall undersøkelser. Vi valgte likevel å bruke 2013-tall for kostnader for at kostnadstallene skal være mest mulig oppdatert. En vesentlig styrke ved under-

konsultasjoner hos lege og kvinnes tidstap i forbindelse med dette. Potensialet for reduksjon av kostnadene ligger først og fremst i reduksjon av kvinnes tidstap ved screening. Tiltak her forutsetter at vi først skaffer kunnskap om hva tidstapet er i dag, og om mulighetene for å redusere det.

Dessverre er frammøtet svakt

Oppfølging (med HPV-test) av pasienter med negativ biopsi eller lavgradig cytologi	4 024	1 041 508	1 726 359	1 123	290 674	481 809	2 901	750 834	1 244 551
Laboratoriet utfører HPV-test inkludert tilbakemelding til rekkrivent	4 024	1 187 021	2 354 225	1 123	331 285	657 039	2 901	855 736	1 697 186
Informasjon til pasienter i triage	21 783	1 176 271	1 176 271	6 971	376 434	376 434	14 812	799 837	799 837
Gynekologisk oppfølging: diagnostisk utredning og behandling									
Gynekologisk konsultasjon med kolposkopi/biopsi	9 000	4 416 800	9 567 500	3 500	1 717 644	3 720 694	5 500	2 699 155	5 846 805
Laboratoriet utfører patologisk prøve og informerer rekkrivent	9 000	540 000	7 708 950	3 500	210 000	2 997 925	5 500	330 000	4 711 025
Gynekolog informerer pasient	9 000	486 000	486 000	3 500	189 000	189 000	5 500	297 000	297 000
Konisering	3 057	6 919 548	15 626 648	1 183	2 677 731	6 047 211	1 874	4 241 816	9 579 437
Laboratoriet utfører patologisk prøve av konisat	3 057	1 751 661	5 236 947	1 183	677 859	2 026 597	1 874	1 073 802	3 210 349
Oppfølging etter diagnostisk utredning og behandling (cytologisk prøve)	23 246	6 016 925	9 973 394	6 137	1 588 483	2 633 000	17 109	4 428 442	7 340 394
Laboratoriet utfører cytologi inkludert tilbakemelding til rekkrivent	23 246	1 720 204	7 090 805	6 137	454 138	1 871 990	17 109	1 266 066	5 218 815
Informasjon til pasienter etter oppfølgingsprøve	23 246	1 255 284	1 255 284	6 137	331 398	331 398	17 109	923 886	923 886
Totale direkte kostnader		163 238 488	353 753 719		37 443 127	82 068 695		125 795 361	271 685 024
Pasientens reisekostnader tilknyttet screening	417 790	-	83 557 960	88 937	-	17 787 400	328 853	-	65 770 560
Pasientens arbeidsfravær/ tap av fritid som følge av screening	893 321	-	292 535 697	200 253	-	65 576 850	693 068	-	226 958 847
Totale kostnader (inkludert tids- og reisekostnader)		163 238 488	729 847 376		37 443 127	165 432 945		125 795 361	564 414 431

Forkortelser: HPV = humant papillomavirus. *Kostnader tilknyttet administrasjon, koordinering, drift, kvalitetsikring og utvikling av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. **Samfunnsøkonomiske kostnader inkluderer faktiske kostnader basert på data om de aktuelle kostnadskomponenter i tre sykehus.

synkende, og 24 prosent av kvinner i screeningalder har ikke tatt prøve innen fem år fra siste prøve (14). Manglende deltakelse i screening representerer riktignok en kostnadsbesparelse, men en uønsket sådan. Tvert imot er det beregnet at det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bruke ressurser på å øke fram-møtet (23).

Det nåværende programmet har vært en suksess for så vidt som den treårige dekningsgraden av målgruppen har økt

morhalskreft er at cytologiske og histologiske kreftforstadier ikke er perfekte indikasjoner på utvikling av invasiv kreft. Invasiv kreft kan forekomme på tross av normal cytologi (13), og en betydelig andel av påviste forstadier forsvinner av seg selv (25). Konisering er riktignok et lite kirurgisk inngrep, men det kan gi redusert fertilitet og sein-abort ved senere svangerskap (26) dersom behandlingsaktiviteten ikke er adekvat kvalitets-sikret (27). Det er rimelig å anta

stor andelen er eller hvem de er. Flere store, randomiserte studier har vist at man kan oppdage flere forstadier med HPV-tester enn med cytologi, men samtidig øker sannsynligheten for positive primærscreeningprøver hos kvinner der behandlingstrengende forstadier ikke foreligger (28).

Det har blitt gjort kostnad-effekt-analyser av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft i Norge, og disse tyder på at dagens screeningprogram (sammenliknet med ingen organisert screening) kan bli ansett som god verdi for pengene gitt felles målestokk for kostnadseffektivitet i Norge (29). Endringer i dagens screeningprogram kan imidlertid føre til mer effektiv ressursbruk, som er vist i den samme analysen og av andre (30). Screening medfører imid-

” Undersøkelsen er basert på tall for kvinner i screeningalder, det vil si 25–69 år.

samtidig som antall prøver har blitt redusert og forekomsten av livmorhalskreft har falt (24). En svakhet ved screening for liv-

at en betydelig andel av de 3000 kvinnene som får utført konisering, aldri ville ha utviklet invasiv kreft, men vi vet ikke hvor

Tabell 4: En-veis sensitivitetsanalyse: 25% endring i base-case verdier og tilsvarende endring (%) i total samfunnsøkonomisk kostnad (MNOK)

Variabel navn	Base-case verdi	Input range (lav til høy)	Total samfunnsøkonomisk kostnad (MNOK) (lav til høy)	% Endring fra base-case
Resultat primær cytologi:				
Antall uegnet cytologi blant kvinner 25–33 år	3131	2348–3914	729,34–730,36	0,07 %
Antall uegnet cytologi blant kvinner 34–69 år	9257	6943–11571	729,72–729,97	0,02 %
Antall ASC-US/LSIL blant kvinner 25–33 år	2807	2105–3509	729,39–730,30	0,06 %
Antall ASC-US/LSIL blant kvinner 34–69 år	6008	4506–7510	729,77–729,93	0,01 %
Antall ASC-H/HSIL blant kvinner 25–33 år	964	723–1205	729,69–730,00	0,02 %
Antall ASC-H/HSIL blant kvinner 34–69 år	2001	1501–2501	729,82–729,87	0,00 %
Andeler:				
Andel med både cytologi og HPV-test i triage	0,50	0,38–0,63	728,47–731,22	0,19 %
Andel cytologi utført av fastlege (vs gynekolog)	0,80	0,60–1,00	751,77–707,92	-3,00 %
Andel kolposkopi utført på sykehus	0,70	0,53–0,88	729,42–730,27	0,06 %
Kostnader:				
Laboratoriet undersøker HPV-test	585	439–731	727,88–731,81	0,27 %
Laboratoriet undersøker biopsi	857	642–1071	727,92–731,77	0,26 %
Laboratoriet undersøker konisat	1713	1285–2141	728,54–731,16	0,18 %
Kolposkopi utført på sykehus	1144	858–1430	728,05–731,65	0,25 %
Konisering utført på sykehus	5270	3953–6588	726,02–733,68	0,52 %
Tids- og reisekostnader				
Tidsforbruk primærttest	2,00	1,50–2,50	663,41–796,28	9,10 %
Tidsforbruk kolposkopi	4,00	3,00–5,00	726,90–732,79	0,40 %
Tidsforbruk konisering	15,00	11,25–18,75	726,09–733,60	0,51 %
Reisekostnad ifm screening	200	150–250	708,96–750,74	2,86 %
Tidskostnad per time	327	246–409	656,71–802,98	10,02 %

lertid både fordeler og ulemper; mens screening er en fordel for dem som får fjernet forstadier som ellers ville ha utviklet seg til invasiv kreft, kan den være en ulempe for kvinner som er falskt positive og blir unødvendig bekymret, samt kvinner som screener falskt negativt. Fordelene av screening bør derfor veies opp mot de kostnader og

ulemper ordningen medfører, og det er opp til hver enkelt kvinne å vurdere disse avveiningene i lys av egne preferanser.

KONKLUSJON

Det norske screeningprogrammet for livmorhalskreft har høye kostnader, men gir likevel verdi for pengene. En betydelig andel av disse kostnadene er drevet av

pasients tid og reisekostnader, som er tilknyttet stor usikkerhet. Det er likevel nødvendig å inkludere disse ved evaluering av de totale kostnadene av screening.

Interessekonflikter: SL, SWS og ISK har vært medlem av en arbeidsgruppe som utredet bruk av HPV-test i screening for livmorhalskreft.

REFERANSER

1. **GLOBOCAN**. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. 2012 09.04.2014; Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
2. **Larøningen S et al.** NORDCAN – Cancer data from the Nordic countries. 2013, Cancer Registry of Norway: Oslo.
3. **Syrjanen K et al.** Prevalence, incidence, and estimated life-time risk of cervical human papillomavirus infections in a nonselected Finnish female population. *Sex Transm Dis*, 1990; 1:15–9.
4. **Tjalma WA et al.** Differences in human papillomavirus type distribution in high-grade cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer in Europe. *Int J Cancer*, 2013,132;4:854–67.
5. **zur Hausen H.** Papillomavirus in the causation of human cancers – a brief historical account. *Virology*, 2009; 384;2:260–5.
6. **Tota, JE et al.** Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies. *Prev Med*, 2011,53;1:12–21.
7. **Preisler S et al.** Prevalence of human papillomavirus in 5,072 consecutive cervical SurePath samples evaluated with the Roche cobas HPV real-time PCR assay. *PLoS One*, 2013,8;3:59765.
8. **Peirson L et al.** Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*, 2013,2:35.
9. **Vaccarella S et al.** 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. *Br J Cancer*, 2014;111:965–9.
10. **Kristiansen IS.** Hva er evidensbasert medisin? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2012;132:638–9.
11. **Engholm G et al.** NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries. 2013, Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society.
12. **Johansen BK et al.** Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Årsrapport 2008. 2009: Oslo, Kreftregisteret.
13. **Skare GB and Lönnberg S.** Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Årsrapport 2012. 2014, Kreftregisteret. Institutt for populasjonsbasert kreftforskning: Oslo.
14. **Kreftregisteret.** Årsrapport 2009–2011. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. 2013, Kreftregisteret. Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Oslo.
15. **Stortingsmelding om folkehelse: God helse – felles ansvar.** Pressemelding, 26.04.2013. Nr.: 13/2013, Helse- og omsorgsdepartementet.
16. **Helsedirektoratet.** Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder. 2012.
17. **Helsedirektoratet.** Innsatsstyrt finansiering 2013. 2013.
18. **Lovdata.** Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.
19. **Normaltariff for privat allmennpraksis 2012–13.** Den norske legeforening.
20. **Normaltariff for privat spesialistpraksis 2011–12.** Den norske legeforening.
21. **Moger TA and Kristiansen IS.** Direct and indirect costs of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. HERO Working Paper 2012 (2012:3).
22. **NOU 2012: 16 Samfunnsøkonomiske analyser.** Oslo.
23. **Burger EA and Kim JJ.** The value of improving failures within a cervical cancer screening program: An example from Norway. *International Journal of Cancer*, 2014.
24. **Haldorsen T et al.** Livmorhalskreft etter ti års offentlig koordinert screening. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2008;128:682–5.
25. **McCredie MR et al.** Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol*, 2008;9:425–34.
26. **Albrechtsen S et al.** Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *Bmj*, 2008;337:1343.
27. **Castanon A et al.** Risk of preterm birth after treatment for cervical intraepithelial neoplasia among women attending colposcopy in England: retrospective-prospective cohort study. *Bmj*, 2012;345:5174.
28. **Ronco G et al.** Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*, 2014;383:524–32.
29. **Burger EA et al.** Cost-effectiveness of cervical cancer screening with primary human papillomavirus testing in Norway. *Br J Cancer*, 2012;106:1571–8.
30. **Goldie SJ et al.** J.D. Goldhaber-Fiebert, and G.P. Garnett, Chapter 18: Public health policy for cervical cancer prevention: the role of decision science, economic evaluation, and mathematical modeling. *Vaccine*, 2006. 24 Suppl 3: p. S3/155–63.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Helsesøsterutdanningen ved en høyskole i Norge har lagt en del av opplæringen i prevensjonsveiledning med rekvirering av hormonell prevensjon til praksisstudiet. Studentene må gjennomføre en konsultasjon og dokumentere denne på video.

Hensikt: Få kunnskap om nytteverdien av videoopptak som pedagogisk metode i helsesøsterstudenters praktiske studier.

Metode: Refleksjonsnotater ble benyttet som metode for datainn-

samling. Studenter, veiledere i praksis og brukere beskrev og reflekterte over ulike temaer relatert til prevensjonsveiledningen. De skriftlige notatene ble analysert gjennom systematisk tekstkondensering.

Resultat: Helsesøsterstudentene erfarte at opplæringen i prevensjonsveiledning ikke var godt nok tilrettelagt. Videoopptak var en utfordrende læringsaktivitet og kvaliteten på opplæringen var avhengig av praksisveileders kompetanse, planlegging av læringsaktiviteter og prioriteringer. Gjennomgang

av videoklipp sammen med lærer og medstudenter fremmet kritisk refleksjon og læring. Etske dilemmaer ved bruk av video ble problematisert av både studenter, lærere og veiledere i praksis.

Konklusjon: God planlegging og veiledning fra kompetente praksisveiledere bidrar til at studentene i mindre grad opplever stress før og under videoopptaket. Videoklipp som illustrerer utvalgte situasjoner stimulerer til kritisk refleksjon og utvikler helsesøsterstudenters handlingskompetanse på prevensjonsveiledning.

ENGLISH SUMMARY

Video recording used for educational training of public health nurses in practical studies

Background: The Public Health nurse education at a University College in Norway has chosen to include practical training of the students for the prescription of hormonal contraception. The students must undertake a consultation and document this on video.

Objective: Gain a deeper knowledge about the benefits of video as an educational method in public health nursing student's clinical studies.

Method: Reflective notes were used as a method for data collection. Stu-

dents, practical supervisors and users described and reflected on various topics related to guidance in contraception. The notes were analysed by systematic text condensation.

Result: Public Health nursing students experienced that their training in contraceptive counselling was not well enough organised. Video recording is a challenging learning activity and the quality of training was dependent on the supervisor's skills, planned learning activities and priorities. Re-views of the video clips together with their teacher and fellow students promoted critical reflection and learning. Ethical dilemmas using video

were deliberated over by students, teachers and practical supervisors.

Conclusion: Good planning and guidance of competent practical supervisors contributes to students suffering less stress before and during video recording. The students' video clips illustrating selected situations stimulate critical reflection and develop health nurse students' action competence on contraceptive counselling.

Key Words: video recording, learning outcome, students, action competence, critical reflection

» Videopptak som læringsaktivitet i helsesøsterstudenters praktiske studier

Forfattere: Vibeke Olufsen
og Ingvild Aune

NØKKELORD

- Ungdom
- Prevensjon
- Studenter
- Utdanning

INNLEDNING

1. juni 2002 fikk helsesøstre og jordmødre med godkjent etterutdanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten rekvireringsrett på hormonell prevensjon til jenter 16–19 år (1). Fra 2004 ble opplæring i rekvirering av hormonell prevensjon implementert ved flere helsesøsterutdanninger (2). God veiledning i samliv, seksualitet og lett tilgjengelig prevensjon er viktige bidrag i arbeidet for å forebygge uønskede svangerskap og abort blant tenåringer (3).

I 2009 startet helsesøsterutdanningen ved en høyskole i Norge arbeidet med å utvikle en ny studieplan i tråd med kravene i kvalifikasjonsrammeverket (4). De praktiske studiene ble skilt ut som et eget emne og inkludert i opplæring i prevensjonsveiledning. Samme år rapporterte nesten halvparten av avgangstudentene at de ikke fikk erfaring med prevensjonsveiledning i løpet av praksisstudiet. Prevensjonsveiledning til ungdom er en viktig del

av helsesøsters arbeidsoppgaver (5,6), og helsesøsterutdanningen skal sørge for at studenten får denne handlingskompetansen (7). Handlingskompetanse består av kunnskap om prevensjonsveiledning, evnen til å analysere og forstå problemområdet, til å foreta handlingsvalg og evne til å utføre handlingen i praksis. For å kunne analysere en veiledningssituasjon, fordres erfaringer med lignende situasjoner, og evne til å vurdere hvilken kunnskap den konkrete situasjon krever (8).

På bakgrunn av dette ble opplæringen i prevensjonsveiledning med rekvirering av hormonell prevensjon revidert. Alle kommunene inngikk avtale med utdanningen om at studentene skulle få erfaringer med prevensjonsveiledning enten i egen kommune eller i et kommunesamarbeid. Et arbeidskrav med to nye læringsaktiviteter ble innført: «Videopptak i praksis» og «klipp fra studentenes videopptak som utgangspunkt for diskusjon i klassen». Undervisningsopplegget har et sosiokulturelt læringsperspektiv; læring skjer i samspill med andre gjennom deltakelse og individet blir formet etter kulturen han eller hun lever i (9,10). Undervisningsopplegget er gjort rede for i tabell 1.

Denne artikkelen beskriver

resultatene fra en kvalitativ studie etter gjennomført undervisningsopplegg. Hensikten med studien var å få en fordypet kunnskap om nytteverdien av videopptak som pedagogisk metode i helsesøsterstudentenes praktiske studier.

Hensikten ble operasjonalisert i to forskningsspørsmål: 1. Hvilke erfaringer har studenter, praksisveiledere og brukere med videopptak i forbindelse med prevensjonsveiledning? 2. Hvilke erfaringer har studenter med bruk av egne videoklipp som grunnlag for diskusjon i klassen?

METODE

Datainnsamling

Studien hadde et kvalitativt design. Refleksjonsnotater ble benyttet som metode for datainnsamling,

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at video som læringsaktivitet i praktiske studier både kan fremme og hemme studentenes læring.

Mer om forfatterene:

Vibeke Olufsen er helsesøster og høgskolelektor med hovedfag i helsevitenskap. Ingvild Aune er 1. lektor med master i i folkehelsevitenskap. Begger ansatt ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling for sykepleie. Kontakt: vibeke.olufsen@hist.no.

Tabell 1: Tidslinjen for aktivitetene i undervisningsopplegget

Tidslinje	Aktivitet
Forarbeid	Undervisningen i prevensjonsveiledning ble forankret hos ledelsen ved høyskolen – og i kommunene som mottok helsesøsterstudenter.
Forarbeid	Fagdag for praksisveiledere og studenter – Informasjon om opplæringen i prevensjonsveiledning og hvilket ansvar studenter, praksisveiledere og lærer har.
Forarbeid	Lærer ringer alle praksisplasser i studentenes første praksisperiode. Lærer etterspør om praksisveiledere har lagt planer for hvordan studenten skal gjennomføre opplæringen i prevensjonsveiledning i andre praksisperiode.
Teoretiske studier	Seminar på 26 timer: Forelesninger, gruppearbeid, diskusjoner og ferdighetstrening. Temaene er som beskrevet i retningslinjene for rekvirering av hormonell prevensjon (2).
Praktiske studier	Student og praksisveileder planlegger prevensjonsveiledning til en jente på 16-19 år. Studenten gjennomfører og dokumenterer veiledningen på video. Samtykkeskjema må underskrives av jenta på forhånd. Jentene oppsøkte selv helsestasjon for ungdom eller skolehelsetjenesten for å få prevensjonsveiledning.
Praktiske studier	Student og praksisveileder gjennomgår videoen sammen.
Praktiske studier	Studentene evaluerer videoen og vurderer egne kunnskaper og handlingskompetanse. Dette skriftliggjøres og sendes til lærer.
Etterarbeid	Studenten sender til lærer uredigert videoopptak, evaluering og samtykkeskjema.
Etterarbeid	Lærer ser gjennom videoene og studentenes skriftlige vurderinger. Studentene får individuell skriftlig tilbakemelding fra lærer.
Teoretiske studier	Seminar 6 timer: Visning av utvalgte klipp fra studentenes videoer i klasserommet, med diskusjon og kritisk refleksjon. Filmsnutter som eksponerer jenta eller studenten på en negativ måte vises ikke. Lærer velger kun gode eksempler.
Etterarbeid	Lærer makulerer alle videoene og samtykkeskjemaene umiddelbart etter undervisningen. Helsesøsterstudentene er sykepleiere og det forutsettes at de kan håndtere sensitivt og taushetsbelagt materiale.

siden studien søkte dybdekunnskap om hvordan studenter, veiledere i praksis og brukere erfarte bruk av videoopptak i forbindelse med prevensjonsveiledning. Bakgrunnen for å høre brukernes erfaringer var om videoopptaket kunne forstyrre dialogen og dermed redusere kvaliteten på prevensjonsveiledningen.

Informantene var helsesøsterstudenter fra en høyskole i Norge, som for første gang prøvde ut det reviderte undervisningsopplegget.

Informantene var også studentenes veiledere i praksis, samt brukere av tjenesten. Brukerne var jenter som oppsøkte skolehelsetjenesten eller helsestasjon for ungdom for å få prevensjonsveiledning i den perioden helsesøsterstudentene gjennomførte sine praktiske studier. Etter at helsesøsterstudentene hadde utført prevensjonsveiledningen med opptak av video, ble jentene (brukerne), studentene og veilederne i praksis invitert til å delta i studien. 20 helsesøsterstu-

denter, 20 praksisveiledere og 20 jenter i alderen 16–19 år valgte frivillig å delta. De tre informantgruppene skrev refleksjonsnotater, hvor de reflekterte over ulike temaer. Temaene ble utarbeidet på bakgrunn av teori om læring og veiledning (tabell 2). Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt, og de samtykket til å delta i studien ved å sende inn refleksjonsnotatene i ferdig frankerte konvolutter til forskerne. Alle refleksjonsnotatene

Tabell 2: Ulike temaer for refleksjon

Informant-gruppe	Tema
Studenter	Reflekter over hvordan du har erfart å gjennomføre videoopptak av en prevensjonsveiledning med rekvirering av hormonell prevensjon. Mener du videoopptaket og dagen med gjennomgang av studentvideoene har fremmet eller hemmet ditt læringsutbytte? Begrunn svaret. Har arbeidskravet ført til diskusjoner i praksis om prevensjonsveiledning, hormonell prevensjon, testing av klamydia og organisering av denne delen av tjenestetilbudet? Reflekter over eventuelle diskusjoner. Hadde du fått prevensjonsveiledning med rekvirering av hormonell prevensjon i praksis dersom det ikke hadde vært et krav fra skolen? Hvorfor/hvorfor ikke?
Praksisveileder	Reflekter over om arbeidskravet gir studenten handlingskompetanse på prevensjonsveiledning med rekvirering av hormonell prevensjon. Hvilke tilbakemeldinger har dere fått fra brukeren på gjennomføringen av arbeidskravet? Reflekter over tilbakemeldingene. Har studentenes arbeidskrav ført til diskusjoner om prevensjonsveiledning, hormonell prevensjon, testing av klamydia og organisering av denne delen av tjenestetilbudet? Reflekter over eventuelle diskusjoner. Reflekter over om prevensjonsveiledning med rekvirering av hormonell prevensjon hadde vært en del av studentens praksis dersom det ikke var et krav fra skolen.
Jenter 16-19 år	Reflekter over hva du synes var bra/mindre bra med konsultasjonen. Vil du ta kontakt med helsesøster en annen gang dersom du lurer på noe? Hvorfor/hvorfor ikke? Gi eksempler på hva du tror du ville ta opp.

var anonyme og kunne ikke spores tilbake til informanten.

Etiske hensyn

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte prosjektet. Komiteen anså studien for å være et kvalitetssikringsprosjekt som ikke trengte forhåndsgodkjenning, og dermed kunne gjennomføres uten nærmere etisk vurdering. Studien ble lagt frem for NSD, med svar om at studien ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt.

Analyse

Refleksjonsnotatene ble analysert gjennom systematisk tekstkondensering. Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis (11) fenomenologiske analyse, og modifisert av Malterud (12). Metoden er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra flere ulike informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Formålet med den fenomenologiske

analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Forskeren leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomener som studeres (11). Her må egen forforståelse i den grad det er mulig settes i parentes i møte med data.

Analysen fulgte de fire trinnene som representeres av analysemetoden systematisk tekstkondensering (12). Det første trinnet besto i å få et helhetsinntrykk, og hele intervjueteksten ble nøye lest gjennom. Helheten i teksten var viktigere enn detaljene, og det ble lett etter temaer som representerte informantenes tanker og erfaringer omkring problemstillinger knyttet til prevensjonsveiledning med opptak av video. I andre trinn av analysen ble teksten sortert. Intervjuene ble gått gjennom systematisk, for å identifisere meningsbærende enheter. Relevant tekst ble skilt fra irrelevant. Samtidig ble de meningsbærende elementene i teksten merket og systematisert,

som av Malterud (12) også kalles for koding av teksten. Trinn tre besto i å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene. Kodingen fra trinn to ble omgjort til mening, slik at innholdet i hver av de kodede gruppene ble oppsummert. I analysens fjerde og siste trinn ble teksten rekontekstualisert. Informantenes erfaringer ble sammenfattet i form av gjenfortellinger som danner grunnlaget for nye beskrivelser og begreper.

RESULTAT

Resultatene fra analysen inkluderer to hovedtemaer og fire undertemaer. De to hovedtemaene er «Organisering av prevensjonsveiledning i studentenes praktiske studier» og «Videoopptak hemmer og fremmer læring».

Organisering av prevensjonsveiledning i studentenes praktiske studier

Informantene vektla at planlegging og organisering hadde stor inn-

virkning på deres erfaringer med opplæringen i prevensjonsveiledning og bruk av video. Informantene løftet frem etiske utfordringer ved bruk av video som pedagogisk metode.

Tilfeldig tilrettelegging. Helsesøsterstudentene erfarte at opplæringen i prevensjonsveiledning med opptak av video ikke var godt nok tilrettelagt. Mange læresituasjoner i de praktiske studiene førte til at prevensjonsveiledningen ble et hasteprojekt som bare måtte gjennomføres. Andre uttrykte at antall jenter som ønsket prevensjonsveiledning varierte, noe som medførte at læresituasjonene ble tilfeldige og preget av uvisshet om hvorvidt de fikk gjennomført videoopptaket. De påpekte imidlertid at utdanningens samarbeidsopplegg økte presset på mange veiledere til å prioritere og planlegge denne opplæringen. Flere studenter hadde dermed gode erfaringer med at deres veiledere samlet jenter som

vendig at helsesøsterstudentene får denne erfaringen i praksis. Andre mente organisering av videoopptak var tidkrevende. Veiledere som jobbet med ungdom, så det som en selvfølge at alle helsesøsterstudenter skal få erfaring med selv å gjennomføre prevensjonsveiledning og kunne undervise ungdom, lærere eller foreldre i temaet seksuell helse. Veileder: «Jeg tror så lenge det lar seg gjøre at dette er svært viktig i en praksisperiode. Studenten lærer på egen hånd å gi slik veiledning. En annen side er at det kanskje ikke hadde blitt prioritert dersom studenten ikke hadde dette som et krav. Det er veldig mye annet å delta på og det handler om tidsbegrensning».

Mange studenter opplevde god veiledning og faglige diskusjoner både før, under og etter videoopptaket. Noen studenter og veiledere diskuterte med andre helsesøstre, jordmødre og helsestasjonsleger ny forskning i forhold til hormonell prevensjon. Veileder: «Vi har gått

til å filme jentene under konsultasjonene. De opplevde også at noen veiledere mente at det var uetisk å spørre jenter om de ville delta på videoopptak. De stilte spørsmål ved om det var nødvendig at jenta ble eksponert på videoen. Det ble uttrykt at video kan hemme dialogen og at jenta ikke tør å ta opp personlige sensitive spørsmål. De fleste studentene opplevde imidlertid at praksisveileder var positiv til videoopptaket, fordi jentene som stilte opp selv ikke var skeptiske til å bli filmet. Student: «Jeg var på forhånd veldig bekymret for å eksponere unge jenter på film. Jeg ble i stor grad beroliget på dette av praksisveileder. Jeg vil allikevel bemerke at jenta med fordel kan sitte med ryggen mot kamera».

De fleste praksisveilederne mente at det var svært viktig at brukerne fikk informasjon om at fokuset i videoen var på studenten og studentens opplæring i prevensjonsveiledning, samt at videoen kun skulle brukes til dette formålet. Veileder: «De jentene som deltok på vår skole var positive til å delta, og ga gode tilbakemeldinger etterpå. De syntes det var spennende å være med på dette og ga uttrykk for å ha fått grundig og god informasjon. De følte seg godt ivaretatt.»

Jentene opplevde helsesøsterstudenten som en naturlig samtalepartner, følte seg trygge og godt ivaretatt og de fikk all den informasjonen de trengte. De løftet frem at de hadde lært mye om seksuell helse, testing av seksuelt overførbare sykdommer, alternative prevensjonsmetoder og kondom som tilleggsprevensjon. Jente: «Jeg fikk mye god informasjon som er viktig angående p-piller. Jeg lærte mye nytt som jeg vil ta med meg videre. Det var en hyggelig og imøtekomende helsesøsterstudent. Det var også en veldig god bakgrunnssjekk angående familie og blodpropp».

” Jeg var på forhånd veldig bekymret for å eksponere unge jenter på film.

ønsket prevensjon på avtalte dager, slik at studentene fikk tilstrekkelig med læresituasjoner. Noen studenter måtte dessverre selv ta ansvaret for å få prevensjonsveiledningen gjennomført. Student: «Jeg er interessert i å jobbe med ungdom og synes det er et spennende fagområde. Derfor ville jeg selv tatt initiativ til å få erfaring i prevensjonsveiledning dersom det ikke hadde vært et krav. Jeg tror likevel det er viktig å ha dette som et krav i løpet av praksisen for å sikre at det blir satt av tid til å ha fokus på dette».

Veiledernes erfaringer samsvarte med studentenes. Noen stilte spørsmål ved om det er nød-

igjennom de rutineene vi har med prevensjonsveiledning og oppjustert med ny kunnskap».

Andre studenter og veiledere framhevet at opplæringen i prevensjonsveiledning var mangelfull med få faglige diskusjoner. Kvaliteten på opplæringen var avhengig av den enkelte veileders kunnskaper, arbeidsområde, interesse og om veileder hadde hovedansvar for studenten. Student: «Det ble lite diskusjon rundt temaet prevensjonsveiledning. Det ble kun den ene dagen på helsestasjon for ungdom».

Etiske dilemmaer ved bruk av video. Noen studenter var kritiske

Jentene påpekte også at helsesøsterstudentene snakket et språk de forsto. De var flinke til å forklare og kontrollerte at de forsto informasjonen som ble gitt. Noen poengterte at de fikk informasjon som ikke var etterspurt. Her var imidlertid jentenes oppfatning delt med hensyn til nytteverdien. Jente: «Vi fikk svar på det vi lurte på pluss mer informasjon som var trygghende». Jente: «Kanskje litt for mye informasjon. Hvis jeg ikke hadde visst noe fra før, hadde jeg blitt litt forvirret».

Bruk av filming under konsultasjonene ble kun beskrevet av tre jenter. En jente framhevet at filmingen ikke var noe problem, mens en annen uttrykte at det var «kleint å sitte foran et kamera». En tredje uttrykte at helsesøsterstudenten gjorde det greit og komfortabelt både ved forberedelser og selve filmingen. Alle jentene understreket at de ville ta kontakt med helsesøster igjen. Jente: «Jeg synes det er veldig godt å vite at jeg kan dra hit og spørre om hva jeg enn lurer på».

Videoopptak hemmer og fremmer læring

Studenter og veiledere i praksis hadde både positive og negative erfaringer med videoopptak i helsesøsterstudentenes praktiske studier. Videoopptak som pedagogisk metode var utfordrende for studentene, men selvrefleksjonene i etterkant fremmet læringsprosessen.

Videoopptak – en utfordrende læringsaktivitet. De aller fleste studentene opplevde at videoopptak av reelle konsultasjoner var en stressende aktivitet som hemmet læring. Det å være forberedt og ha fått god veiledning hjalp dem til «å glemme kameraet». Det var studenter som heller ønsket å observere flere konsultasjoner i praksis eller å ha rollespill på skolen. Studenter

som var negative til videoopptak, ønsket likevel at utdanningen skulle benytte videoklipp av reelle konsultasjoner som eksempler i undervisningen. Student: «Jeg lærte mye av å se meg selv på video og å vurdere meg selv ut fra dette. Samtidig synes jeg det var en utfordring å få vist all kunnskapen jeg hadde i løpet av filmen, da jeg ble veldig stresset av å ha kamera i bakgrunnen. Vi får imidlertid god trening i å kommunisere med jenta og blir bevisste på hvordan vi kan gjøre det på en god måte».

Videoopptak gir handlingskompetanse. Mange studenter hevdet at det var lærerikt å ha gjennomført og fått tilbakemelding på videoen i etterkant, enten av praksisveileder eller av lærer på utdanningen. Studentene reflekterte over den verbale og nonverbale kommunikasjonen, og de opplevde å ha utviklet en kompetanse de ønsket å ta med seg videre som ferdig utdannede helsesøstre. De mente at det fremmet læring å diskutere ulike handlingsalternativer med medstudenter og se gode eksempler på formuleringer i veiledningssituasjonen. Studentene påpekte at gjennomføringen av hele undervisningsopplegget var nødvendig for å få god innsikt i rekvirering av hormonell prevensjon. Student: «Gjennomgangen av studentvideoene i ettertid på skolen var veldig lærerikt. Jeg fikk se mange ulike tilnæringsmetoder og gjennomføringer. Jeg fikk også se ulike utfordringer man kan støte på».

De fleste veilederne vurderte bruk av video som et nyttig verktøy for å utvikle studentenes handlingskompetanse på prevensjonsveiledning. Studentene fikk erfaring med å gi individtilpasset informasjon og veiledning. Veilederne poengterte viktigheten av at studentene på forhånd hadde til-

egnet seg god faglig kunnskap om ulike prevensjonsmidler. De mente at studentene gjennom videoopptaket kan reflektere over sine kommunikasjonsferdigheter og bli bevisst eget reaksjonsmønster. De hevdet at dette fremmet fokuset på formidling av kunnskapsbasert prevensjonsveiledning, samt studentenes refleksjon over egne etiske holdninger og verdier. Veileder: «Gjennom å filme en konsultasjon opplever jeg som veileder at studenten gjennomgår en veldig lærerik prosess, er godt forberedt og har høye krav til egen prestasjon. Dette kommer frem ved at studenten gjerne ville filme flere konsultasjoner for å kunne gi enda bedre veiledning!».

DISKUSJON

Planlegging og forberedelse

Studien viser at undervisningsopplegget sikret at alle helsesøsterstudentene fikk erfaring med prevensjonsveiledning og rekvirering av hormonell prevensjon. Kvaliteten på den praktiske opplæringen var ulik, da ikke alle veilederne hadde denne kompetansen. Flere kommuner har løst dette ved å organisere et veilederteam rundt helsesøsterstudenten, der veilederne har fordypet kunnskap og erfaring fra både helsestasjon, skolehelsetjeneste og om helsen til ungdommer mellom 16–20 år. Utdanningen har også i ettertid invitert veiledere i praksis til å delta på studentenes teoretiske seminar om prevensjonsveiledning.

Studien viser også gode eksempler på hvordan veiledere planla læringsaktiviteter for å utvikle studentenes handlingskompetanse. Ifølge Lave og Wengers teori om situert læring vil kunnskap tilegnes gjennom legitim perifer deltakelse, der beherskelse av viten og ferdigheter forutsetter at man beveger seg i retning av full deltakelse i et praksisfellesskap (13). Utdanningen må

derfor legge til rette for at praksisveiledere får utveksle erfaringer om hvordan de forbereder studentene før gjennomføring av prevensjonsveiledning med videoopptak. Dette kan for eksempel gjøres ved utdanningens praksisforberedende dager. Helsesøsterstudentene kan også skrive en praksisavtale der planlagte forberedelser for gjennomføring av prevensjonsveiledningen blir beskrevet.

Når praksisveiledere ikke har prevensjonsveiledning som sitt arbeidsområde, får studentene ikke mulighet til å samle erfaringer og bygge kompetanse før gjennomføringen av videoopptaket. Vigotskys teori omhandler hvordan mennesker blir sosialisert inn i samfunnet. Han snakker om «den nærmeste utviklingssonen» der den lærende blir sosialisert inn i en tenkeform og meningsnyanser med en «ekspert» (14). Gjennom refleksjon kan det bygges bro over gapet mellom teori og praksis, ved at fagpersoner artikulere og teoretiserer rundt egen praksis. Gjennom det kan ny kunnskap oppstå (15). Studenter som ikke deltok i faglige diskusjoner fikk ikke denne erfaringen; læringen måtte i større grad skje individuelt og de mistet støtten fra praksisfellesskapet. Dette kan bidra til å forstå hvorfor de heller ville observere flere konsultasjoner med helsesøster eller ha rollespill på skolen; videoopptak ble for utrygt. Säljö (10) påpeker at i det sosio-kulturelle lærings- og utviklingsperspektivet er de kommunikative prosesser sentrale siden individet gjennom kommunikasjon blir delaktig i kunnskaper og ferdigheter. Denne studien viser at gjennom planlagte faglige diskusjoner og gjennomgang av studentenes video reflekterte også veiledere over egen praksis og fikk oppdatert kunnskap fra nyere forskning. Veiledere delte denne kunn-

skapen med kollegaer, noe som bidro til utviklings- og endringsarbeid ved praksisstedet.

Video som pedagogisk metode

Selv om utdanningen har pålagt studentene og praksisveilederne en ny læringsaktivitet, er det helt avgjørende at ingen jenter opplever å bli presset til å delta på et videoopptak for å få resept på hormonell prevensjon (16,17). Det er viktig at både veileder og student reflekterer over maktforholdet i relasjonen når jenta inviteres til å delta på videoopptaket. Noen jenter kan ha gode grunner for å vegre seg, som tidligere ydmykende opplevelser med helsetjenesten eller andre opplevelser, som gjør det vanskelig å gi fremmede innsyn i intime følelsesmessige eller kroppslige forhold (18). Et press kan svekke tilliten til helsesøster, representere en trussel mot jentas helse og bryte med yrkesetiske regler for sykepleiere (19). Jentene bør bli spurt på en måte som ivaretar deres autonomi og integritet (18). Denne studien viser at jentene ble møtt med etisk sensitivitet slik at de deltok på videofilmen fordi de selv ønsket det.

Et kamera kan virke forstyrrende på dialogen og veiledningen. Helsesøsterstudentene klarte imidlertid å etablere en god kommunikasjon med jentene og det oppsto et tillitsfullt forhold mellom dem. Det faller naturlig å trekke inn Rogers (20) tenkning om å etablere en god og trygg relasjon i veiledningen. Rogers (21) beskriver relasjonens betingelser, som er empati, ekthet og aksept. Å være ekte i relasjonen vil si å ikke maske seg, ikke vise en ytre fasade eller bestemte holdninger, når man egentlig har andre holdninger på et ubevisst plan. Aksept er en varm følelse for personen og ubetinget positiv aktelse for ham eller henne som menneske, uansett hvilken

atferd og følelse som framvises. Dette innebærer respekt og skaper et forhold basert på varme og trygghet. Tveiten (22) framhever at læringsaspektet og det relasjonelle aspektet er sentralt i de ulike definisjoner av veiledningsbegrepet. Hun definerer veiledning som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt å styrke mestringskompetansen til dem som veiledes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (23). Jentene i vår studie var godt fornøyd med den informasjon og veiledning de fikk av helsesøsterstudentene. De følte seg godt ivaretatt, og fikk tilstrekkelig kunnskap om hormonell prevensjon.

Helsesøsterstudentene opplevde at bruk av video var en stressende situasjon, som hemmet læring. I videoopptakene ble studentene blottstilt og avslørt fordi manglende kompetanse ble visualisert. Resultatene viste at helsesøsterstudentenes opplevelse av stress var avhengig av hvor faglig godt forberedte de var og om de hadde observert eller erfart prevensjonsveiledning før videoopptaket. Videre om de ble veiledet til å oppdage hva de var gode på i veiledningssituasjonen. Lave og Wengers budskap er at mestringskunnskaper kommer gradvis etter hvert som man får delta i flere og flere arbeidsoppgaver (13).

Husøy (24) fant i sin studie at gevinsten ved bruk av studenters videoopptak er å kunne reflektere over egne ferdigheter og handlinger. Det var en nyttig lærdom for studentene å se seg selv og sine medstudenter i aksjon på video og gi hverandre respons. Schöns (15) refleksjonsbegrep knyttes til kompetanseutvikling i profesjonsyrkene. Han hevder at refleksjoner skjer i egen tankeverden, og at fagpersoner må være åpne for at refleksjonene kontinuerlig må

endres i forhold til omverdenen. Hans begrep refleksjon i handling vil si å være i stand til å handle og samtidig reflektere og spontant sette ny innsikt, nye holdninger og ferdigheter ut i livet. Schön benytter også begrepet den reflekterende praktiker: en profesjonell som er bevisst sin egen handling, og vurderer sine refleksjoner opp mot handling og kunnskapen som handlingen er basert på (25). Studenters handlinger bør være preget av omsorg, årvåkenhet og systematisk refleksjon, som utvikler studentene til å bli selvstendige, ansvarsbevisste og dyktige profesjonelle (26).

Lauvås og Handal (27) påpeker at refleksjon i handling vil si å skape mening eller forandre forståelse ved å gjennomgå og vurdere situasjoner på nytt. Noen praksisveiledere i vår studie klarte å trykke studentene på at læring kommer med erfaring. De fokuserte ikke på hva studentene gjorde feil, men på hvordan de kunne bli bedre. På denne måten økte de studentens selvtillit til å gjennomføre flere konsultasjoner og ta flere videoer.

Tilegnelsen av den situasjonsbundne kunnskapen skjer etter andre prinsipper enn den akademiske (13). Slik kunnskap kan verken plasseres i studenten eller i praksisstedet, men i prevensjonsveiledningssituasjonen, der studentene samarbeider med jenta. Erfaring tilsier at prevensjonsveiledning er en kompleks situasjon, der det er vanskelig å forutse utfallet. Handlingskompetanse bygges gjennom å erfare og reflektere over mange forskjellige veiledningssituasjoner (28,29). Dette kan forklare hvorfor studentene uttrykte at de i gjennomgangen av hverandres videoklipp økte handlingskompetansen på prevensjonsveiledning til jenter som ønsket hormonell prevensjon. De beskrev hvordan de knyttet videoklippene til

egne handlinger og diskuterte og utvekslet erfaringer for å komme frem til alternative løsninger i konsultasjonene. De beskrev også hvordan de benyttet egne erfaringer til å diskutere videoklipp som tok opp andre temaer enn de selv hadde opplevd. Dette understøttes av Day et al. (30) som benyttet video case fra praksis i sin klasseromsundervisning av sykepleierstudenter. Lærerne oppmuntret til felles diskusjon i klassen. Gjennom de ulike casene fra virkeligheten, kunne studentene reflektere og sammenlikne ulike tilnærminger og ta med de positive eksemplene videre i sin praksis som ferdige utdannede sykepleiere. Broman (31) framhever imidlertid at en fare ved bruk av videoopptak som verktøy for læring, kan være at studentene er så angstfylte for å se seg selv at det hemmer mer enn fremmer refleksjonsprosesser. En mulig årsak til at studentene i vår studie ikke opplevde dette som utfordrende, kan være at læreren bare valgte ut korte videoklipp

sjonell varhet i forbindelse med tema relatert til helsesøsterfaget, utvikler ferdigheter på dette profesjonelle området og blir bevisst sine egne handlinger og reaksjoner (33). Gjennom kritisk refleksjon får den profesjonelle en mer bevisst forståelse for hvordan og hvorfor man handler som man gjør på den måten oppdager man også uhensiktsmessig praksis (34). Fook og Gardner (35) hevder at det er mange former for kunnskap, og den kritiske refleksjonen får mer alternative måter å forstå situasjonen på, samt kompetanse på å ta velbegrunnede beslutninger som er en viktig del av handlingskompetansen. Beslutningskompetanse inngår i begrepet kritisk tenkning og innebærer et spekter fra evnen til abstrakt tenkning og logisk resonnering til mer konkrete vurderinger i praksis (36). Vår studie viser at videoopptak fremmer kritisk tenkning hos både studenten og ansatte i praksis. Dewey løfter frem at kritisk eller refleksiv tenkning har en positiv innvirkning på

” Det ble lite diskusjon rundt temaet prevensjonsveiledning.

med gode eksempler fra over halvparten av studentene. Studentene fikk derfor positive tilbakemeldinger fra medelever, noe som bidro til at de fokuserte på det de fikk til. Små korte klipp av utvalgte situasjoner bidrar til at alle studenter får innblikk i flere utfordringer helsesøster står overfor og hvordan de kan gi god omsorg og kommunisere for å dekke jenters behov for prevensjonsveiledning.

En refleksiv praksis representerer en kort gjennomgang av en aktuell situasjon i klinisk praksis som er viktig fordi den resulterer i ny læring og/eller ny forståelse (32). Hensikten med refleksjon er at studenter utvikler en profe-

opplevelsen av læring (37). Dette er i tråd med Hjälmhult (38) som påpeker at det er viktig å legge til rette for kritisk refleksjon i profesjonsutdanningene.

Studiens begrensninger

Førsteforfatter var lærer ved utdanningen og utviklet undervisningsopplegget. Når samme person både er lærer, utvikler og forsker kan dette skape for lite objektiv tolkning av dataene. Andreforfatter har vært en likeverdlig samarbeidspartner og bisto i analysen og sammenstillingen av resultater og diskusjon. Det er derfor sannsynlig at resultatene som presenteres er objektive, pålitelige

og representerer informantenes erfaringer og meninger. Data-materialet viser både negative og positive erfaringer, noe som styrker troverdigheten.

KONKLUSJON

Video som læringsaktivitet i de praktiske studier kan både fremme og hemme studentenes læring. God planlegging og veiledning fra kompetente praksisveiledere bidrar til at studentene

i mindre grad opplever stress før og under videopptaket. Lærer må ha erfaring og kompetanse på prevensjonsveiledning for å identifisere videoklipp som illustrerer variasjon i jentenes behov, og kommunikasjons- og veiledningsmetoder som åpner for en god dialog. På den måten kan videopptak i de praktiske studier bli et nyttig verktøy for å stimulere til kritisk refleksjon, og utvikle helsesøsterstudenters

handlingskompetanse på prevensjonsveiledning i tråd med Kvalifikasjonsrammeverket. Dette forutsetter et forpliktende samarbeid mellom utdanningen og kommunene for å sikre helsesøsterstudentene veiledning, faglige diskusjoner og tilrettelegging av læresituasjoner. Ethiske dilemmaer ved bruk av videopptak under konsultasjonen må løstes frem for både studenter, lærere og veiledere i praksis.

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Forebygging av uønskede svangerskap og abort blant tenåringer. Rundskriv I – 3/2002. 2002.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forebygging av uønskede svangerskap og abort blant tenåringer. Rundskriv I – 1/2006. 2006.
3. Helsedirektoratet. Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – strategier for bedre seksuell helse. IS – 1813. 2010.
4. Kunnskapsdepartementet. Kvalifikasjonsrammeverket. 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no> [Nedlastet 20.05.2014].
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2003. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no> [Nedlastet 20.05.2014].
6. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS 1154. 2004. [Nedlastet 05.06.2014].
7. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan og forskrift for helseøsterutdanningen. 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no>.
8. Saugstad T, Mach-Zagal R. Sundhetspædagogik for praktikere. 2. udg. Munksgård, København. 2003.
9. Dyste O. Dialog, samspill og læring. Abstrakt forlag. Oslo. 2001.
10. Säljö R. Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv. Oslo: Cappelen akademisk. 2001.
11. Giorgi A. Phenomenology and psychological research. Duquesne University Press. Pittsburgh. 1985.
12. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utgave. Universitetsforlaget. Oslo. 2013.
13. Lave J, Wenger E. Situated learning: legitimate peripheral participation, Cambridge University Press, Cambridge. 1991.

14. Vigotsky L. Mind in Society. Redigert av Cole M, John-Steiner V, Scriber E. Harvard University Press, Cambridge MA. 1978.
15. Schön D. Educating the Reflective Practitioner. Jossey-Bass, San Francisco. 1987.
16. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juni 1999; nr. 2 [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no> [Nedlastet 05.06.2014].
17. Lovdata. Lov om pasient – og brukerrettigheter. 2 juni 1999; nr. 1 [Pasient- og brukerrettighetsloven]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.n> [Nedlastet 05.06.2014].
18. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Norsk Sykepleierforbund. Oslo. 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no> [Nedlastet 05.06.2014].
19. Førde R. Bruk av pasienter i undervisningen. Tidsskr Nor Lægeforening. 2005;125:3326–7.
20. Rogers C R. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Constable. London. 2003.
21. Rogers C R. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin. Boston. 1995.
22. Tveiten S. Veiledning – mer en ord ... Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen. 4 utg. 2013.
23. Tveiten S. The public health nurses' client supervision. Doktoravhandling Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. 2006.
24. Husøy G. Videodokumentasjon ved gjennomføring av praktisk eksamen i sykepleie – hvordan kan dette forbedre studentens praktiske ferdigheter? Uniped. 2014;37:71–81.
25. Schön DA. Den reflekterende praktiker: Hvordan profesjonelle tenker, når de arbejder. Klim, Århus. 2001.
26. Jasper M. Beginning Reflective Practices. Nelson Thornes, Cheltenham. 2003.
27. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrketeori. Cappelen akademisk. Oslo. 2000
28. Taylor C, White S. Reflective practice.

A Guide for Nurses and Midwives. Open University Press. Buckingham. 2000.

29. Fook J, Ryan M, Hawkins, L Professional Expertise. Practice, theory and education for working in uncertainty. Whiting and Birch. London. 2002.
30. Day L, Turner K, Anderson A, Mueller C, McConnell ES, Corazzini KN. Teaching delegation to RN Students. Journal of Nursing Regulation. 2014; 5:10–14.
31. Broman Å. Bruk av video i undervisning av veiledere – en samtenkende og personorientert læringsform. Uniped. 2014; 37:82–90.
32. Levett-Jones TL. Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. Nurse Education in Practice 2007; 7:112–19.
33. Brookfield S. Becoming a Critical Reflective Teacher. Jossey-Bass. San Francisco. 1995.
34. Duffy A. A concept analysis of reflective practice: Determining its value to nurses. British Journal of Nursing. 2007; 16:1400–7.
35. Fook J, Gardner F. Critical reflection in context: applications in health and social care. Routledge. London. 2013.
36. Granum V, Opsahl G, Solvoll BA. Hva kjennetegner kritisk tenkning? Sykepleien Forskning. 2012; 1:76–84.
37. Dewey J. Democracy and education: An introduction to the philosophy of education. Macmillan, New York. 1916/1944.
38. Hjälmluhlt E. Learning strategies of public health nursing students: Conquering operational space. Journal of Clinical Nursing. 2009; 18:3136–45.

Lite realistisk

► Videopptak som metode for studenter på helsesøsterutdanningen er nyttig, men krevende.



Hilde Egge

Lektor, Helsesøsterutdanningen, Høyskolen Diakonova

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Med utvidet forskrivningsrett av prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre følger et stort ansvar, og det kreves god handlingskompetanse på området. Studentenes evalueringer viste at nær halvparten ikke fikk erfaring med prevensjonsveiledning i praksis. Artikkelforfatterne fortjener honnør for å ta tak i et observert problem, tørre å tenke nytt og ikke stagnere i velbrukte læringsmetoder. Samtidig foretar hun en redelig vurdering av den nye arbeidsmåtenes effektivitet og nytteverdi.

Artikkelen viser til at videoopptak som metode er skjerpene både for student og praksisveileder. Metoden er bevisstgjørende i forhold til hva som foregår i en veiledningssamtale. Gjennomgang av videosnutter i plenum gjør at studentene lagrer bilder fra gode læringssituasjoner i hodet.

Samtidig viser artikkelen at det er et krevende undervisningsopplegg som forutsetter mye planlegging i forkant. Det krever

kompetente praksisveiledere og lærere, samt villige deltakere. En utfordring er at flere opplever ubehag i veiledningssituasjonen. Evalueringen viste en variabel kvalitet på gjennomføringen av metoden hvor flere veiledningssituasjoner fikk et hastverkspreg.

Studien er et godt eksempel på tett samarbeid med praksisfeltet som gir ny kunnskap og erfaring. Samtidig tenker jeg at det bør være mulig å forplikte praksiskommunene til å gi studentene handlingskompetanse på prevensjonsveiledning uten innføring av videoopptak.

Som lektor på helsesøsterutdanningen bevisstgjør artikkelen meg på å sjekke ut mine studenters erfaring med prevensjonsveiledning i praksis, og inspirerer meg til å tenke nytt i forhold til pedagogiske grep i samarbeid med praksisfeltet. Gitt en praksismodell med to studenter på samme praksissted, kunne man for eksempel tenke seg en medstudent og praksisveileder som reflekterende team

med tilnærmet samme læringseffekt, men mindre arbeidskrevende. Da ville kravet til lærernes erfaring og kompetanse på prevensjonsveiledning, for å kunne identifisere gode veiledningssituasjoner på videoopptakene, bortfalle. Det ville samtidig være en mindre ubekvem arbeidssituasjon for praksisveiledere, som vi er avhengige av et godt samarbeid med.

Videopptak som læringsaktivitet i helsesøsters praktiske studier er en god og skjerpene læresituasjon, men krevende for alle deltakere både før, under og etter konsultasjonen. Effekten må vurderes opp imot ressursene det krever å gjennomføre, og hva det eventuelt går på bekostning av. Læremetoden blir i artikkelen brukt på 20 studenter. Som lektor på en høyskole med kull på nærmere 70 helsesøsterstudenter kan jeg ikke se at dette er realistisk å få til.

Les artikkelen på side 72



PASIENTER MED HJERTESTARTER TRENGER STØTTE

› Helsepersonell kan bidra til å redusere angst og posttraumatisk stress og øke aksept av apparatet hos personer som har hjertestarter.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Svein Lunde, Helse Stavanger**

– Det er først og fremst personer med fare for livstruende hjerterytmeforstyrrelser der man ikke kan få gjort noe med årsaken til sykdommen, som får operert inn hjertestartere, forteller Ingvild Margreta Morken.

Som intensivsykepleier ved hjertemedisinsk avdeling har Morken mange års erfaring med slike pasienter. I september i fjor disputerte hun for doktorgraden med en avhandling om sammenhengen mellom støtte fra helsepersonell og støtøngst, posttraumatisk stress og aksept av apparatet hos pasienter med hjertestarter.

FÅR STØT

I 1980 ble den første hjertestarteren operert inn i USA. Ved en eventuell hjertestans gir hjertestarteren støt til hjertet for å få det i gang igjen. En del av pasientene som får operert inn hjertestarter får et støt ved

rytmeforstyrrelse, mens mange bare har hjertestarter i tilfelle stans og opplever aldri å få et slikt støt.

– Flertallet av pasientene som får slike støt erfarer dette som en veldig intens og ubehagelig opplevelse – som å bli slått hardt, sier Morken.

– Dette kan gi stressreaksjoner; pasientene blir konfrontert

 Støtøngsten er en form for panikkangst.

med sin egen dødelighet og opplever at de ikke har kontroll.

Hun forteller at pasientene med hjertestarter kan ha dobbelt så høyt angstnivå som andre hjertesyke og at de er utsatt for posttraumatisk stressyndrom.

– Jeg fattet tidlig interesse for disse pasientene og har også skrevet masteroppgave om dem, forteller Morken.

– Jeg ønsket å få vite mer om hvordan de har det og hva helse-

vesenet kan gjøre for at de skal få det bedre.

STRESS

Morken har blant annet sett på oppfølgingen fra helsevesenet og hvordan denne påvirker pasientene.

Det ble sendt ut 213 spørreskjemaer, 80 prosent av disse svarte. Målet med undersøkelsen var blant annet å kartlegge nivå og omfang av posttraumatisk stress og støtøngst hos deltakerne.

– Det er likevel viktig å understreke at størstedelen av dem som har fått operert inn hjertestarter har det bra og lever godt med apparatet.

Av de 167 pasientene med hjertestarter som besvarte spørreskjemaet, opplevde cirka halvparten noe støtøngst, mens 15 prosent opplevde det ofte. I tillegg opplevde 10–15 prosent av deltakerne moderate til alvorlige symptomer på posttraumatisk stress.

– Støtøngsten er en form for panikkangst og gir seg utslag i

Ingvild Margreta Morken

f. 1963

Tittel: Fag- og forskningssykepleier
Arbeidssted: Hjertemedisinsk avdeling og intensivsykepleier ved medisinsk intensiv overvåkning, Stavanger universitets-sykehus



> **Informerer:** Ingvild M. Morkens forskning viser at god informasjon til pasienter med hjertestarter kan forebygge stress. Her med hjertepasient Einar Hovland.

redsel for at fysiske anstrengelser kan utløse støt, og for å være alene når støtet inntreffer, forteller Morken.

– Vi fant en sammenheng mellom opplevd konstruktiv støtte fra helsepersonell og mindre grad av panikkangst, posttraumatisk stress symptomer og høyere aksept av hjertestarteren.

SOSIAL STØTTE

Det var oppfølgingssamtaler med pasientene etter at de hadde fått operert inn hjertestarteren, der helsepersonell brukte ord som var enkle å forstå og tok seg tid til å forklare hjertestarterens funksjon og virkninger.

– Pasientene opplevde det som støttende at helsepersonell anerkjente angsten de følte og ga dem mulighet til å ta kontakt ved behov.

Undersøkelsen viste også at samtaler med helsepersonell kunne gjøre vondt verre. 12 prosent av deltakerne opplevde at samtaler med helsepersonell gjorde dem mer urolige.

– *Hva er dine viktigste funn?*

– Studien viser at helsepersonell kan gjøre en forskjell. Det mener jeg er et viktig funn, sier Morken.

” Studien viser at helsepersonell kan gjøre en forskjell.

– Vi kan redusere angst hos pasienter med hjertestarter gjennom god kommunikasjon og ved å sørge for å ha tid til pasientene. Stressa helsepersonell virker mot sin hensikt.

TRENING

Morken intervjuet også tolv pasienter med hjertestarter første uken etter at de hadde avsluttet et tre måneders treningsprogram. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 70 år og intervensjonen besto av intervalltrening sammen med andre pasienter, 55 minutter tre ganger i uken.

Resultatet indikerer at det å trene sammen med andre hjertepasienter veiledet av helsepersonell på et treningssenter gir økt tillit til å utøve fysiske

anstrengelser, økt følelsesmessige og fysiske fordeler, samt et mer sosialt og aktivt liv.

– Vi vet fra før at sosial

støtte og debrifing av følelser er viktig i etterkant av vonde opplevelser for å forebygge posttraumatisk stress, understreker Morken.

– Det er viktig å sette ord på vonde opplevelser før det går for lang tid. Med en gang man setter ord på de vonde tankene får man bearbeidet dem.

– *Har studien din ført til endringer i praksis?*

– Ja, den har i hvert fall resultert i at vi fokuserer mer på kommunikasjon med pasientene på hjerteavdelingen ved Stavanger universitetssykehus, mener Morken.

– I tillegg til at alle som får operert inn hjertestarter nå får tilbud om kurs på lærings- og mestringssenteret.



BEDRE BEHANDLING AV LUNGESYKE

› Nye nasjonale prosedyrer sørger for at behandling av lungesyke er i tråd med nyeste forskning.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Susanne Dietrichson/Colourbox**

To prosedyrer for behandling av lungesyke har nylig blitt publisert i det nasjonale prosedyrenettverket på Helsebibliotekets nettsider; oksygenbehandling og inhalasjonsbehandling av voksne innlagt i sykehus. Fagprosedyrene er laget på lungeavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus og startet som et lokalt fagutviklingsprosjekt. Arbeidet ble påbegynt i desember 2011 og publisert i det nasjonale prosedyrenettverket rundt årsskiftet.

– Bakgrunnen for prosjektet

” Hygieneperspektivet på lungeavdelingen har blitt bedre.

er at vi så svært varierende praksis når det gjaldt inhalasjonsbehandling, forteller Sissel Frostad Oftedal, som sammen med Sølv

Margrethe Flaten har ledet arbeidet med å lage prosedyrene.

Oftedal har jobbet som sykepleier på lungeavdelingen og er i dag ansatt som rådgiver ved Kunnskapsenteret. Flaten er lungesykepleier på Haukeland. Begge underviser på videreutdanningen i lungesykepleie.

– I tillegg visste vi at det var kommet ny forskning på området uten at denne var implementert i praksis.

NY FORSKNING

– *Hvilke forskningsfunn er det som har ført til endringer i prosedyrene for oksygen- og inhalasjonsbehandling?*

– Når det gjelder oksygenbehandling har nyere forskning for eksempel vist at varmfukting av oksygen har større effekt

enn kaldfukting, i tillegg til at kaldfukting gir større fare for infeksjon fordi beholderen blir hengende lenger, forteller Oftedal.

– Likevel fortsatte man å behandle pasientene med kaldfuktet oksygen i praksis, og gjør det også enkelte steder fremdeles.

Oksygen er et legemiddel som skal ordineres, doseres og separeres og synliggjøres på pasientkurven. Det gir god effekt når det brukes riktig, men kan også ha bivirkninger.

– Mange pasienter har kommet inn med CO₂-narkose fordi de har fått for mye oksygen i ambulansen. Dette har blitt bedre, men skjer dessverre fortsatt, sier Flaten.

– Ny forskning på inhalasjonsbehandling har vist at pasienter med veldig mye slim i lungene har større slimmobiliseringseffekt om de får hypertont saltvann enn fysiologisk saltvann, som har vært vanlig behandling hittil.



► **Fornøyde:** Nye nasjonale prosedyrer for lunge- og oksygenbehandling har gjort at ny forskning brukes i praksis, mener (f.v.), Sølvi Margrethe Flaten, Sissel Frostad Oftedal, Merethe Hefte og Kristin Mestad ved Haukeland universitetssjukehus.

LIK BRUK

Flaten understreker at det viktigste med nasjonale fagprosedyrer er å øke pasientsikkerheten.

– Målet med disse prosedyrene er at alle pasienter skal få best mulig behandling uavhengig av sykehus og hvem som er på jobb, sier hun.

– Et annet viktig poeng er å gjøre dem generelle nok, slik at de kan brukes av alle som gir den behandlingen de beskriver uavhengig av de tilgjengelige ressursene på den enkelte arbeidsplass.

Det siste skulle vise seg å være en utfordring.

– Bare her ved Haukeland kan apparatene være svært forskjellige i bruk fra avdeling til avdeling. Dette gjaldt for eksempel flow-metere som måler luftstrømhastigheten; bare på poliklinisk avdeling var det sju forskjellige typer. Oppmerksomhet om variasjonene og bruken av disse er tatt inn i prosedyren, sier Oftedal.

– Flow-metere ser like ut,

men kan likevel ha ulike kriterier for korrekt innstilling av luftstrømhastighet. Dette medfører en risiko for feil dosering av oksygen.

ENDRET PRAKSIS

Kristin Mestad og Merethe Hefte er lungesykepleiere ved lungeavdelingen og har vært med på å utarbeide prosedyrene. Begge har erfart at prosedyrene har endret praksis.

– For eksempel har hygieneperspektivet på lungeavdelingen blitt bedre etter inhalasjonsprosedyren, forteller Mestad.

– Før skiftet vi pasientens inhalasjonskammer én gang i uka. Nå skifter vi det hver dag. Prosedyren forteller også hvordan vi skal vedlikeholde og rengjøre utstyret.

Hun opplever også at medisiner blir gitt mer regelmessig og blir bedre dokumentert etter prosedyren.

– Vi har nå anbefalinger for

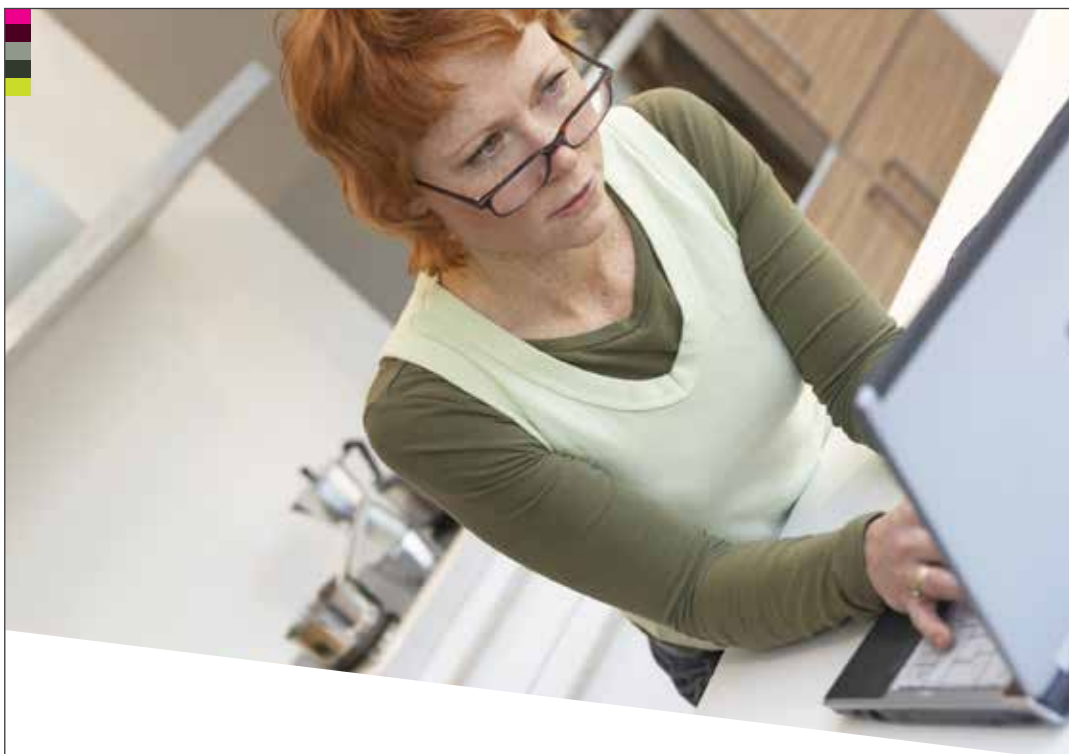
når og hvordan medisiner skal gis, og hvor mye. Jeg tror generelt at folk er blitt flinkere til å gi medisiner ofte nok. Prosedyrene sier også noe om hva slags informasjon pasientene skal få i forkant av slik behandling, dette har gjort oss bedre på pasientinformasjon.

Men prosedyrene møter også motstand blant de ansatte.

– Folk forstår ikke hvorfor de plutselig skal gjøre ting annerledes enn de har gjort før, spesielt ikke hvis det tar lengre tid, sier Mestad.

Merete Hefte er særlig fornøyd med behandlingsstigen i oksygenprosedyren, som viser sammenhengen mellom oksygenbehandling og nødvendig utstyr. Hun mener barrierene for å implementere de nye prosedyrene i praksis først og fremst handler om tid.

– Det er ofte vanskelig å prioritere prosedyrer når man har mye å gjøre. Informasjon kan være tidkrevende.



Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

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

Eksempler på tema:

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

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

VI MÅ FORSTÅ PASIENTER OG PÅRØRENDE

> For å bedre helsetjenestene til pasienter og pårørende må vi vite mer om deres erfaringer.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Bjørn Kåre Iversen, UiT**

Bente Ervik

Leder for regionalt kompetansesenter i lindrende behandling, Kreftavdelingen, UNN tromsø og 1. amanuensis ved institutt for omsorgsfag, UiT



1. Hvorfor trenger vi sykepleieforskning?

– Vi trenger å forske mer på kliniske og organisatoriske problemstillinger, for eksempel hvordan organiserer vi sykepleietjenesten. Dette er særlig viktig i primærhelsetjenesten som står overfor mange og store oppgaver framover.

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

– Jeg er spesielt interessert i pasienters og pårørendes erfaringer og mener det er viktig å forstå disse for å bedre helsetjenestene til dem. Jeg jobber med omsorg ved livets slutt og er opptatt av at den skal være best mulig. Vi har mye kunnskap om lindrende behandling som ikke alltid er synlig i praksis. Derfor mener jeg vi må forske på hvordan ny kunnskap implementeres i praksis. Vi trenger også forskning på bruk av e-helse i samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

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

– Her vil jeg nevne to stykker; Torunn Hamran og Ingunn Elstad, begge forskere ved Universitetet i Tromsø. Torunn Hamran var den første sykepleieren jeg hørte om som forsket. Senere, da jeg tok doktorgraden, jobbet vi på samme institutt, og jeg fikk gleden av hennes analytiske evner og faglige kunnskap. Når det gjelder Ingunn Elstad er

jeg inspirert av hennes forskningstemaer. Det var hun som hjalp og inspirerte meg til å begynne å forske selv.

4. Hva bør en nyutdannet sykepleier vite om sykepleieforskning?

– De må kunne lese og kritisk vurdere forskningsartikler, det er viktig ikke å «godta» alt. Og de må ha kunnskap om sykepleieforskning og kunne bruke den i sin arbeidshverdag.

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

– Her har utdanningen et ansvar, men undervisning og prosjekter knyttet til å lese forskning bør også være en del av hverdagen i praksis. Man kan sette i gang fagutvikling og undervisning for sykepleiere i avdelingen, for eksempel fagettermiddager knyttet til forskningstemaer. Det kan være små tiltak; alle trenger ikke bli forskere.

6. Hvilket råd vil du gi sykepleieforskere?

– Mitt råd er å forske på noe man er interessert i og brenner for slik at man har glede av å formidle det videre til andre. Det å delta i forskningsprosjekter sammen med andre forskere fra andre fagfelt er også inspirerende og gir nye perspektiver på sykepleie.

NYE FAGPROSEDYRER OM BARN SOM PÅRØRENDE

Det er viktig at barn med alvorlig syke foreldre får god og riktig oppfølging.

Tekst **Laila Hov** og **Elisabeth Jeppesen**,
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Illustrasjonsfoto **Colourbox**

«Hvis foreldrene mangler overskudd til å se barnas behov, er det desto viktigere at andre gjør det» (www.reddbarna.no).

Mange barn og unge lever med foreldre som er alvorlig syke. Tidligere var det ingen som hadde et formelt ansvar for å gi disse barna informasjon eller omsorg og oppfølging, men gjennom ny lovgivning fra 2010 ble barn som pårørende til somatisk og psykisk syke/rusmiddelavhengige sikret rett til informasjon og oppfølging. Nå er spesialisthelsetjenesten pålagt å ha barneansvarlig personell (1), og helsepersonell har fått plikt til å gi barn som har behov for det informasjon og oppfølging (2). Dette gir helsepersonell et større ansvar for situasjonen til barn som pårørende.

> PÅVIRKER FAMILIEN

Når mor eller far blir alvorlig syk, blir hele familien berørt og det medfører endringer i familiens livssituasjon. Hverdagen kan bli preget av engstelse og bekymring, det kan bli vanskelig å opprettholde en god kommunikasjon, og familiefunksjonen kan svekkes. Det kan være vanskelig å holde hjulene i gang og opprettholde den «normale» hverdagen.

Svekket foreldre- og familiefunksjon og dårlig kommunikasjon er viktige risikofaktorer som kan bidra til at enkelte barn reagerer med angst, depresjon, forvirring, sinne og atferdsproblemer. Hvordan barna forstår situasjonen og hvordan de reagerer, henger sammen med deres alder og modenhet. Barn preges ofte av abstrakt tenkning; de kan tro at det som er skjedd er deres feil eller at sykdommen er smittsom. Skyldfølelse er vanlig. Tenåringer er ofte

mer oppmerksomme på og bekymret for konsekvensene av sykdommen eller situasjonen.

> MANGE RAMES

Folkehelseinstituttet estimerer at antall barn som har foreldre med alvorlige psykiske lidelser som kan gå utover dagliglivets fungering, er rundt 260 000 (23,1 prosent). 70 000 barn (6,5 prosent) har foreldre med mer alvorlig alkoholmisbruk. (3). En stor andel av de med rusproblematikk sliter i tillegg med psykiske problemer. En blanding av rusproblematikk og psykiske problemer hos foreldre kan gjøre barnets oppvekstvilkår enda vanskeligere (4). Ved å identifisere disse barna tidlig, vil man kunne redusere risikoen for negative konsekvenser.

> KREFT

Ifølge tall fra krefregisteret, opplever over 3 500 barn hvert år at mor eller far får kreft (5). Selv om de aller fleste takler dette bra, bør barn med kreftsyke foreldre vurderes med tanke på psykososiale problemer som kan trenge ekstra oppfølging. Spesielt ved tilbakefall av sykdom og dårlig prognose eller der mor eller far dør, bør man være særlig oppmerksom på behov for ekstra oppfølging. For at disse barna skal få nødvendig oppmerksomhet, er det viktig å få til et system som åpner opp for kartlegging og som sikrer at de barna som har behov for informasjon eller oppfølging blir ivaretatt – uavhengig av alder og bosted.

> BARNES BESTE

I 2007 opprettet Helse- og omsorgsdepartementet et nasjonalt kompetansenettverk for å sikre systematisk og lik oppfølging av barn med somatisk og psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Sørlandet sykehus HF leder og koordinerer nettverket, som har fått navnet BarnsBeste.

BarnsBeste samler inn, systematiserer og formidler kunnskap og erfaringer om barn som har foreldre eller søsken med psykisk sykdom, rusproblematikk og/



eller somatisk sykdom og/eller skade, samt barn som er etterlatte. Kompetansenettverket legger til rette for nasjonal kompetanseoppbygging gjennom forskning og fagutvikling.

BarnsBeste skal bidra til forankring og implementering av arbeid med barn som pårørende i alle regionale og lokale helseforetak, samt gjøre aktuell og oppdatert kompetanse tilgjengelig. Det er også et mål å bidra til økt samhandling om barn som pårørende mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, aktuelle kompetansetilgjørere og andre aktører. I tillegg skal kompetansenettverket ha særlig fokus på kompetanseoppbygging som kommer barn og unge direkte til gode, samt likeverdige helsetjenester til barn som pårørende og deres familier.

> SAMARBEID PÅ TVERS

For å sikre at barn som har foreldre med alvorlig somatisk sykdom eller som er psykisk syke eller rusmiddelavhengige skal få nødvendig oppfølging, har BarnsBeste ved prosjektleder og fagrådgiver Signegun Romedal utviklet fagprosedyrer til bruk i spesialisthelsetjenesten. Fagprosedyrene er utarbeidet i samarbeid med arbeidsgrupper fra Sørlandet sykehus, St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag og Sykehuset Innlandet. Prosedyrene tar utgangspunkt i gjeldende lovverk og kan brukes av helseforetak over hele landet.

Det at flere sykehus har gått sammen om å lage prosedyrer med BarnsBeste i en koordinatorfunksjon, er et nybrottsarbeid sekretariatet i fagprosedyrenettverket anser som svært positivt. Det er også en stor fordel at prosedyrene er utarbeidet av fagpersoner som jobber nært praksisfeltet og dermed har kunnet optimalisere prosedyrene for bruk i en travelt hverdag.

Gruppene har utarbeidet kontekstfrie prosedyrer, altså prosedyrer uten lokale tilpasninger. Dette skal gjøre det lettere for de ulike sykehusene å tilpasse prosedyrene til eget kvalitetssystem og rutiner i forkant av lokal godkjenning og bruk.

> OM PROSEDYRENE

Formålet med prosedyrene er å formidle til spesialisthelsetjenesten hvordan arbeidet med barn som pårørende kan ivaretas best mulig.

Prosedyrene er korte, konsise og gir konkrete anbefalinger for hva helsepersonell skal gjøre i møte med familier med rusproblemer, psykiske lidelser eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Prosedyrene består av én overordnet prosedyre og fire underprosedyrer. De utgjør en helhet som framstiller et forløp for oppfølging, og står slik i tett sammenheng med hverandre.

> ORGANISERING

Den overordnede prosedyren handler om organisering av arbeidet. Her defineres også målgruppen, som er barn i alderen 0–18 år, både biologiske, adoptiv-, ste- og fosterbarn. Prosedyrene gjelder også når pasienten har mindreårige søsken. I den overordnede prosedyren defineres også ulike roller og ansvarsområder i alle ledd i sykehusstrukturen.

Den første underprosedyren omhandler helsepersonells ansvar for å kartlegge hvorvidt pasienten har mindreårige barn, hvilken omsorgssituasjon barna befinner seg i og hvilket behov de måtte ha for informasjon og oppfølging. Det gjøres et skille mellom akutt kartlegging som skal foregå ved innkomst, og en mer utdypende kartleggingssamtale.

Faktaboks 1

Helsebiblioteket.no er et digitalt offentlig finansiert bibliotek for alle ansatte og studenter i den norske helsetjenesten. Tjenesten drives i Nasjonalt kunnskapscenter for helse-tjenesten, som også har sekretariatsfunksjon for Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.

Dersom kartleggingen avdekker at pasienten har barn og at tiltak skal iverksettes, beskrives de neste trinnene i underprosedyren «Tiltak internt». Tiltakene skal sikre at barna har forsvarlig tilsyn, at sentrale omsorgspersoner blir varslet og at akuttjenesten i kommunen blir kontaktet dersom omsorgssituasjonen er uavklart. Andre aktuelle tiltak kan være å avklare med foreldrene hva de selv kan/ønsker å gjøre og hva de trenger støtte til fra helsepersonell.

Underprosedyren «Samhandling» har som formål å sikre god informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune eller hjelpeinstanser, både i akuttfasen og ved langvarig sykdom.

Den fjerde underprosedyren omhandler bekymringsmelding. Hensikten med denne er å sikre at barnevern og politi eller kommunal helse- og omsorgstjeneste varsles der det er grunn til mistanke om mishandling, alvorlig omsorgssvikt eller vedvarende alvorlige atferdsvansker.

> STOR INTERESSE

Prosedyrene tar for seg et viktig tema som engasjerer mange, og sluttresultatet er et godt eksempel på samarbeid mellom flere helseforetak og et nasjonalt kompetansenettverk. BarnsBeste vil i tiden framover ta kontakt med de enkelte HF'ene for å informere og bistå med lokal tilpasning og implementering av fagprosedyrene.

Prosedyrene er publisert på nettverkets sider på Helsebiblioteket.no. Her finner du også mer informasjon om nettverkets arbeid, oversikt over prosedyrer som er under utvikling og mye annet nyttig.

REFERANSER

1. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a.
2. Helsepersonelloven § 10a og §25 tredje ledd.
3. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Rapport 2011:4. Folkehelseinstituttet.

Faktaboks 2

Helsepersonelloven § 10a:

«Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddel- avhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammen av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger».

4. Mohaupt H, Duckert F. Barn av rusmisbrukere. Tidsskrift for norsk psykologforening. 2010; 47: 408-14.

5. Syse A, Aas GB, Loge JH. Children and young adults with parents with cancer: a population-based study. Clin Epidemiol 2012;4:41-52

KVALITETEN PÅ KVALITATIV FOR – ET SPØRSMÅL OM GOD SMAK?

Det stilles like høye krav til kvalitet på kvalitative som på kvantitative studier.

Tekst **Marit Leegaard**

Illustrasjonsfoto **Colourbox**

I Sykepleien Forskning har over halvparten av de manuskriptene vi mottar til vurdering brukt et kvalitativt design. En mulig forklaring er at kvalitative forskningsmetoder appellerer til et fag som sykepleie siden disse metodene gir bedre mulighet til å svare på forskningsspørsmål om erfaringer, prosesser og mening. En mer pragmatisk forklaring kan være at kvalitative metoder framstår som enklere, og derfor eksisterer det myter om at de er mindre krevende å gjennomføre. Målet med denne artikkelen er å vise at det stilles like høye krav til kvalitet på kvalitative studier som på kvantitative, men at fokuset er ulikt.

> SJEKKLISTER

Til tross for mye arbeid de siste 30 årene med å sikre kvalitet, finnes det ingen internasjonal konsensus på hva som karakteriserer kvalitet på kvalitativ forskning. Sjekklistene som har blitt utviklet og stadig mer brukt, tillater forskere å hevde at de har sjekket kvaliteten på studien uten at de faktisk har gått inn og løst de problemene disse instrumentene har avslørt (1). Eksempler på slike problemer er for lite beskrivelse av hvilken logikk som ligger til grunn for de funnene som presenteres og sammenblanding av metodekrav med de metodene som faktisk brukes. Det essensielle er om de vurderingene som er gjort i hver kvalitative studie er transparente og forståelige for andre forskere og lesere av den forskningsartikkelen som beskriver studiens funn.

> EVALUERING

Det er publisert mange artikler om hvorfor og hvordan vi skal evaluere kvaliteten på kvalitativ forskning. Kvalitet blir ofte beskrevet med begreper som

transparens, troverdighet, pålitelighet og gyldighet. Her i Sykepleien Forskning har vi anbefalt kvalitative forskere å anvende Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, før de sender inn manus (2). Det er imidlertid utarbeidet flere ulike sjekklistene eller instrumenter som kan brukes for å vurdere kvaliteten på kvalitativ forskning (3–6). Jeg har oversatt en sjekklister (6) som kan være enklere i bruk enn COREQ, og den presenteres her som et hjelpemiddel til fremtidige forfattere og fagfeller i Sykepleien Forskning.

> SJEKKLISTE FOR KRITISK VURDERING AV KVALITATIV FORSKNING

Det er tre hovedområder som bør vurderes når vi skal evaluere kvalitative forskningsfunn:

- Hva er funnene?
- Er funnene gyldige?
- Er funnene klinisk relevante?

Her presenterer jeg en sjekklister med ti spørsmål som kan bidra til å finne svar på de tre hovedområdene på en systematisk måte (6). Sjekklister kan brukes av forskere når de planlegger å gjøre en kvalitativ studie, eller som et instrument for å kritisk vurdere en kvalitativ forskningsartikkel.

De to første spørsmålene er en grunnleggende kartlegging av om dette er en studie det er verdt å evaluere. Disse spørsmålene bør du også ha et klart svar på i den prosjektplanen som ligger til grunn for forskningen.

1. Er målene med studien tydelige?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Hva er målet med studien?

SKNING



- Hvorfor er studien viktig?
- Relevans for studien

2. Er det hensiktsmessige å bruke kvalitativ metode?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om studien prøver å tolke eller belyse handlinger og/eller subjektive opplevelser fra forskningsdeltakere
- Om kvalitativ forskning er riktig metode for å besvare forskningsspørsmålene

Er det noen vits å fortsette?

Hvis du har svart tydelig ja på begge spørsmålene kan du gå videre. Hvis ikke bør du tenke nøye gjennom hva som bør endres med studien før den blir satt i gang. Hvis studien er gjennomført og du skal være fagfelle, kan det være studien ikke skal publiseres.

3. Er forskningsdesignet hensiktsmessig for å nå målene med studien?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om forskeren(e) har begrunnet valg av forskningsdesign
- Om forskeren(e) har diskutert hvorfor de landet på en bestemt kvalitativ metode, for eksempel intervju eller fokusgruppe

4. Var rekrutteringsstrategien hensiktsmessig i forhold til studiens mål?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Har forskeren beskrevet hvordan deltakerne ble rekruttert?
- Har forskeren beskrevet hvorfor deltakerne de valgte var de mest hensiktsmessige for å gi tilgang til den type av kunnskap som etterspørres i studien

5. Er datainnsamlingen hensiktsmessig for studiens tema?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om forskeren begrunner hvor data blir samlet inn
- Om det er klart hvordan data blir samlet inn, eksempelvis fokusgrupper, semistrukturerte intervjuer
- Har forskeren begrunnet valg av metode for datainnsamling?
- Har forskeren utdypet metodene, for eksempel hvordan intervjuene ble gjennomført, ble det brukt en intervjuguide?
- Om metodene ble endret underveis i studien. Hvis det er tilfelle: Har forskeren forklart hvordan og hvorfor?
- Er typer av data klart beskrevet, for eksempel båndopptak, videofilming, notater?
- Har forskeren diskutert metning av data?

6. Har forholdet mellom forsker og deltakere blitt vurdert tilstrekkelig?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Har forskeren(e) vært kritiske til sin egen rolle med mulige feil og påvirkning når a) forskningsspørsmålene ble formulert og b) under datainnsamling (inkludert rekruttering og valg av sted)?

- Har forskeren reflektert over hendelser i løpet av studien og om det ble vurdert å endre på elementer i forskningsdesignet?

7. Har etiske spørsmål ved studien blitt vurdert?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Beskriver forskeren(e) nok detaljer om hvordan studien ble forklart for deltakerne så leseren av artikkelen (eller prosjektplanen) kan vurdere om etiske retningslinjer blir fulgt?
- Diskuterer forskeren etiske spørsmål ved egen studie som for eksempel informert samtykke, konfidensialitet eller hvordan forskerne håndterte effekten studien hadde på deltakerne under eller etter avsluttet studie?
- Er det søkt om godkjenning fra en etisk komité?

8. Er dataanalysen nøyaktig nok?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Er det en detaljert forklaring på analyseprosessen?
- Hvis tematisk analyse: kommer det klart frem hvordan kategorier/temaer ble utledet fra den transkriberte teksten?
- Forklarer forskeren hvordan presenterte data ble valgt ut fra det originale transkriptet for å demonstrere hvordan data er analysert?
- Presenteres det tilstrekkelig med data for å understøtte funn?
- Er det tatt hensyn til motstridende data?
- Har forskeren(e) kritisk vurdert egen rolle, mulige feil og påvirkning av dataanalysen og valg av hvilke data som blir presentert?

9. Kommer funnene tydelig frem?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Om funnene er tydelige
- Om det er en dekkende/adekvat diskusjon av forskning som både støtter og motstrider studiens funn
- Om forskeren diskuterer troverdigheten av egne funn (for eksempel triangulering, validering fra deltakere, mer enn en dataanalytiker)
- Om funn er diskutert i sammenheng med de originale forskningsspørsmålene

10. Er studien viktig?

Ja Usikker Nei

Vurder:

- Diskuterer forskeren hva som er studiens bidrag til tidligere forskning eller teoretisk kunnskap? Vurderes funn opp mot dagens kliniske praksis?
- Identifiseres nye forskningsområder?
- Diskuterer forskeren hvorvidt eller om funn kan overføres til andre populasjoner eller om forskningen kan anvendes på andre områder?

> KONKLUSJON

Alle sjekklister skal brukes som et råd for hva som er relevant å vurdere, og skal derfor ikke følges slavisk. Gode evner til å kunne bedømme kvaliteten på kvalitativ forskning kritisk krever mer enn en enkel sjekklister, men listen kan bidra til å gjøre studien mer transparent. Ekspertise krever trening og erfaring og en erkjennelse av at din egen smak alltid vil påvirke alle vurderinger vi gjør.

Smaken beskrives som den dømmekraften som er involvert i all vurdering av hvor verdifull forskningen er, og smak er erkjennelsen av hvordan våre

preferanser, følelser og medlemskap i et eller flere smakskultur får betydning for de vurderingene vi gjør. Et eksempel på smakskultur er kunnskapsbasert praksis og sterke preferanser for standardiserte beskrivelser (1).

REFERANSER

1. Sandelowski M. A matter of taste: evaluating the quality of qualitative research. *Nursing Inquiry*. 2014 doi: 10.1111/nin.12080.
2. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting Qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. 2007. *International Journal for Quality in Health Care*; 19:349-57.
3. Hannes K, Lockwood C, Pearson A. A comparative analysis of three online appraisal instruments' ability to assess validity in qualitative research. 2010. *Qualitative Health Research*; 20:1736-43.
4. Tracy SJ. Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. 2010. *Qualitative Inquiry*; 16:837-51.
5. Schou L, Høstrup H, Lyngsø EE, Larsen S, Poulsen I. Validation of a new assessment tool for qualitative research articles. 2012. *Journal of Advanced Nursing*; 68:2086-94.
6. **Critical Appraisal Skills Programme: Making sense of evidence**. 2013. <http://caps-uk.net> [24.02.2015].

> **Verdt å spørre seg:** Hva er funnene?
Er funnene gyldige? Er funnene
klinisk relevante?



DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
LINDA RYKKJE

Tittel: Kjærlighet i forbundethet – en kraft i gamle menneskers åndelighet og verdighet.

Arbeidssted: Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord/Haugesund

Utgått fra: Enheten for vårdvetenskap, Socialvetenskapliga institutionen, Åbo Akademi, Vasa, Finland

Veiledere: Professor emerita Katie Eriksson og professor Maj-Britt Råholm

Disputas: 1. desember 2014

E-post: linda.rykkje@hsh.no

› **Bakgrunn:** Åndelighet blir regnet som en viktig bestanddel i den helhetlige omsorgen, men mange studier påpeker at det er vanskelig å gi menneskets åndelige dimen-

sjon et innhold i praksis. Åndelige spørsmål har hatt lite fokus i norsk eldreomsorg. Utgangspunktet for avhandlingen er at det kan være en sammenheng mellom å ivareta menneskets åndelighet og det å ivareta menneskets verdighet.

Hensikt: Å søke etter ny, eller utvidet forståelse av substansen i menneskets åndelige rom, samt aspekter som kan utgjøre et fundament for menneskets verdighet. I tillegg utforskes betydningen av åndelighet og verdighet i omsorgen for gamle mennesker.

Metode: Gadammers filosofiske hermeneutikk anvendes. Delstudie I er en kvalitativ metasyntese av 17 forskningsartikler. Delstudie II er en intervjustudie av 17 gamle mennesker. Delstudie III er en teoretisk litteraturstudie av 20 forskningsartikler og en tekst av Tillich.

Resultat: Funnene tyder på at åndelighet innebærer menneskets forbundethet med sitt indre rom og forbundethet utover seg selv. Kjærlighet i forbundethet framstår som en kraft både i åndelighet og verdighet. Andre temaer er menneskets åndelige rom, religiøsitet, verdighet og åndelig omsorg. Sammenhengen mellom verdighet og åndelighet kan ses i bekreftelsen av menneskets verdi og ivaretakelsen av hele mennesket, inkludert den åndelige dimensjonen, noe som er en forutsetning for opplevd verdighet. Funnene viser at det er viktig at gamle mennesker føler seg verdsatt, elsket, ikke forlatt, og levende.

Konklusjon: Forbundethet kan skape rom for menneskets oppfatning av egen verdighet og helighet. Kjærlighet i forbundethet er en virksom kraft i søken mot helhet og tilblivelse i helse.

HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere.

Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til forskning@sykepleien.no.

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

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 legge inn nødvendig informasjon i **ScolarOne**, vårt nettbaserte system for innlevering av manuskripter.

Lenke til **ScolarOne** og veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader finner du på våre nettsider **www.sykepleien.no**.



06:57

På vei til jobb

Har sagt hadet til mann og barn. Sjekker mobilen en gang til. Skumleser en artikkel om resultatet etter Sykepleiens tidstyvundersøkelse. Kan si meg enig i mye.



Sykepleien



7



44



72

Contents >>

Editorial: Users must participate in research	3
Contributions:	
Irmelin Kjelaas: – Write research in Norwegian	4
Monica Wammen Nortvedt og Gro Jamtvedt: Researchers must work based on knowledge	7
Summarised research:	
Cochrane	8
Research news	12
Research articles:	
Nursing competence in home care nursing – in the right place at the right time? By Kjersti Haugen Norheim og Lisbeth Thoresen	14
Comment: New tasks. By Line Stenerud	23
Reformeffekt: Reduced length of hospital stays for elderly patients. By Åsmund Hermansen og Anne Skevik Grødem	24
Comment: More patients ready for discharge. By Mona Christine Wiger	33
Medication reconciliation – an effective measure. By Jes Gitz Holler, Kari Sletten Helgesen, Magne Aarset og Anne-Lise Sagen Major	34
Comment: Important study. By Ingrid Østensen	43
Expectations and experiences with electronic messaging between home health care services and GPs: An interview study. By Klara Borgen, Line Melby, Ragnhild Hellesø og Aslak Steinsbekk	44
Comment: Looking forward to electronic messaging. By Lilian Raakjær	52
Nurses' work with Individual Plan for those with cancer. By Solveig Sæggrov	54
Costs of the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme. By Kine Pedersen, Stefan Lönnberg, Gry Baadstrand Skare, Sveinung Wergeland Sørbye, Emily Burger og Ivar Sønbo Kristiansen	62
Video recording used for educational training of public health nurses in practical studies. By Vibeke Olufsen og Ingvild Aune	72
Comment: Unrealistic. By Hilde Egge	81
Research Interview	82
Research in practise	84
Six questions about nursing research	87
New and useful	88



Innhold >>

Leder: Brukerne må få delta i forskningen	3
Innspill:	
Irmelin Kjelaas: – Skriv forskningen på norsk	4
Monica Wammen Nortvedt og Gro Jamtvedt: Forskere må jobbe kunnskapsbasert	7
Oppsummert forskning:	
Cochrane	8
Forskningsnytt	12
Forskningsartikler:	
Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Av Kjersti Haugen Norheim og Lisbeth Thoresen	14
Kommentar: Nye oppgaver. Av Line Stenerud	23
Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste. Av Åsmund Hermansen og Anne Skevik Grødem	24
Kommentar: Flere utskrivningsklare pasienter. Av Mona Christine Wiger	33
Legemiddelsamstemming: Et tiltak som virker. Av Jes Gitz Holler, Kari Sletten Helgesen, Magne Aarset og Anne-Lise Sagen Major	34
Kommentar: Viktig studie. Av Ingri Østensen	43
Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. Av Klara Borgen, Line Melby, Ragnhild Hellesø og Aslak Steinsbekk	44
Kommentar: Ser frem til e-meldinger. Av Lilian Raakjær	52
Sjuepleiernes arbeid med individuell plan for krefttramta. Av Solveig Sægrov	54
Kosnader ved Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft? Av Kine Pedersen, Stefan Lönnberg, Gry Baadstrand Skare, Sveinung Wergeland Sørbye, Emily Burger og Ivar Sønnebø Kristiansen	62
Videooptak som læringsaktivitet i helsesøsterstudenters praktiske studier. Av Vibeke Olufsen og Ingvild Aune	72
Kommentar: Lite realistisk. Av Hilde Egge	81
Forskerintervju	82
Forskning i praksis	84
6 spørsmål om sykepleieforskning	87
Nytt og nyttig	88