



Geriatrisk sykepleie

NR. 1-2015 • ÅRGANG 7

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

**Prioriteres
åndelig omsorg?**

Sykepleien

Landsstyret NSF FGD 2014 – 2015



Leder:
Tor Engevik
Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen
Mobil: 90 54 62 28
e-post: tor.engevik@hotmail.no



Nestleder og ansvarlig for lokalgruppene:
Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21, 9022 Krokeldalen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com



Redaktør:
Wivi-Ann Tingvoll
Hagebakken 11, 8500 Narvik
Mobil: 97 53 95 55
e-post: vat@hin.no



Økonomiansvarlig:
Marianne Kumlin
Sørliie, 2134 Austvatn
Mobil: 91 59 46 85
e-post: marianne@kumlin.biz



Konferanseansvarlig, sekretær og medlem i stipendutvalget:
Bjørg Thomassen
Landmark. 5. Bera terrasse 7C
3026 Drammen
Mobil: 47 61 43 90
e-post: bjorg.landmark@drmk.no



Styremedlem:
Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no/
ranveig.lie@ullensaker.kommune.no



1. varamedlem:
Bente Skauge
Lundsvei 2B, 1710 Sarpsborg
Mobil: 91 60 12 12
e-post: besk@hotmail.no

LOKALGRUPPELEDERE

Lokalgruppen i Agder-fylkene:
Styret etterlyser interesserte medlemmer i Agder-fylkene som kan være behjelpelig med å få lokalgruppen opp å gå igjen.

Lokalgruppeleder i Hordaland:
Terje Årsvoll Olsen
Mobil: 97 69 26 20
e-post: tao@broadpark.no

Lokalgruppeleder i Oppland:
Kari-Ågot Kattenborn Taralrud
Mobil: 91 64 69 61
e-post: k.taralrud@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:
Christine Jærv Ekrheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineekrheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:
Kari Kristin Bergersen Stærk
Telefon: 98 69 44 36
e-post: kari.kristin.sterk@stavanger-kommune.no

Lokalgruppeleder i Telemark:
Sylvi Pedersen
Mobil: 92 08 18 42
e-post: sy-ped@online.no

Lokalgruppeleder i Troms:
Hilde Fryberg Eilertsen
(se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:
Veslemøy Bakke
Mobil: 91 86 39 33
e-post: vesbakke@gmail.com

Lokalgruppeleder i Buskerud:
Heidi Hobbeltstad
Mobil: 99 70 49 51
e-post: heho7412@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Trøndelag:

Kari Merete Lian
Mobil: 41 30 09 12
e-post: kari_merete4@hotmail.com

Lokalgruppeleder Østfold:

Håkon Johansen
Mobil: 90 85 06 70
e-post: haaj4@online.no

KONTAKTPERSONER

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Liv Inger Korsnes Nilsen
Mobil: 90 06 71 42
e-post: linlise@online.no

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Telefon: 78 43 18 61
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen
Telefon: 75 55 41 32 Mobil: 91 12 24 15
e-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Styret etterlyser interessert medlem i Sogn og Fjordane som kan være kontaktperson.

Vitenskapelig tidsskrift

Geriatrisk Sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrisk sykepleie og sykepleie til personer med demens gjennom formidling av klinisk forskning og utvikling innen fagfeltet. Tidsskriftet er også et medlemsblad for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, kronikker og bokanmeldelser samt reportasjer. Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens

LEDER:
Tor Engevik



Livsglede for eldre

Bjørn på 81 år kommer mot meg i treningsstudio, lett haltende. «Fordelene med å bli eldre avtar med alderen,» sier han smilende. Bjørn har protese i det ene kneet og han har nylig vært igjennom kreftbehandling. Den tidligere bedriftsøkonomen spørker med at helsen definitivt ikke er det den en gang var. Litt skrantende helse er bedre enn alternativet repliserer ungdommen Fridtjof på «bare» 71 år. Tusenkunstneren Fridtjof halter litt også, etter et langt arbeidsliv som allsidig håndverker og sveiseformann. Det handler ikke bare om hvordan man har det, men hvordan man tar det, er de samstemt om. De uttrykker glede og takknemlighet for at de kan leve det livet de lever, med den helsen de tross alt har. Inspirert av de to lar jeg den røde tråden i årets første leder være livsglede.

WHO definerer helse slik: «Helse er en tilstand av fullstendig, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse» (WHO, 1986). Etter hvert som vi blir eldre vil de fleste av oss oppleve både kronisk sykdom og fysisk svekkelse som gjør at vi faller utenfor WHO sin definisjon av helse. Sorgen over tap av fysiske funksjoner vil kunne nedsette vår mentale opplevelse av velvære. Utfordringen blir å kunne oppleve en så stor livsglede som over hodet mulig med de fysiske begrensninger som alderen gir oss.

På forrige samling med Sykepleierforbundets «nettverksgruppe for folkehelse» ga sykepleier Sigrid Seppola deltakerne et innblikk i stiftelsen «Livsglede for eldre». Stiftelsen har sammen med sykehjem i Trondheim kommune utarbeidet sertifiseringsordningen «Livsgledesykehjem». I påvente av at flere sykehjem oppfyller de ni kriteriene som skal til for å få denne tittelen kan vi glede oss over andre konsepter som sprer livsglede rundt om i de norske kommuner. I Nord Aurdal har de tilbud om musikalsk eldreomsorg. Ved å kartlegge den enkelte beboer eller pasients musikksmak finner en nye veier til kommunikasjon, gjenkjenning og glede. Bergen og andre kommuner har «velværevogner» i sine sykehjemsavdelinger. Hender blir massert og negler blir lakkert. Vognene er fylt opp med alt fra kremer, oljer og hudpleieprodukter til sanghefter, cd-spiller og oppskrifter på gode hverdagsaktiviteter. Intensjonen er å sørge for at alle pasientene får minst en god opplevelse fra velværevognen daglig.

På min arbeidsplass, et sykehjem i Bergen, har vi en årlig begivenhet for sykehjemets beboere. Sykepleier og nåværende ordfører, Trude Drevland var i sin tid som styrer ved sykehjem-

met initiativtaker til et livsgledeprosjekt som fikk navnet «Kadettballet». På bakgrunn av at de fleste beboerne ved sykehjemmet var kvinner og med kunnskap om at Sjøkrigsskolens kadetter i stor grad var menn, så Trude muligheter. Kadettene ble invitert på ball. Mat og drikke av ypperste klasse ble bestilt, og musikk som skulle fenge den eldre generasjon fylte festsalen. Et arrangement av dette formatet krevde og krever grundige forberedelser. Sykehjemets dyktige aktivitetører Birte, Irene, Signe og Sylvi har sammen med husøkonom Nina hovedansvaret. Til å bistå seg har de med seg en dedikert frisør Sissel (som forut for sist kadettball klippet og friserte 77 beboere). Frivillige hjelpere bestående av pensjonister og pårørende er med og bidrar. Husets fotpleier Jannicke stiller danseføtter både før og etter ballet, og det øvrige personalet har også viktige roller i forberedelsene. De positive virkningene danseballet gir er godt synlige både før, under og etter at musikken er slått av. Alle forventningene i forkant av ballet gir mulighet for gode samtaler. Gleden i nuet ved å kunne bytte ut rullatoren med en ung kavalier for en kveld. Dager med å mimre over en kjekk opplevelse og for dem som ikke husker alt, følelsen av å ha vært med på noe kjekt, som sitter i kroppen. Lenge etterpå.

Livsglede er heldigvis ikke bare betinget av de store anledningene. Mennesker er forskjellige, men felles for alle er et behov for hendelser som skaper glede. Livsglede når man blir eldre dreier seg heller ikke bare om å være fysisk frisk. Det handler vel så mye om å leve så bra som mulig med de funksjonsnedsettelsene som livet har gitt oss. Det handler om den gode samtalen mellom pleier og beboer på et sykehjem. Det handler om hjemmesykepleiere som i en travel hverdag tar seg tid til å lytte. Det handler om å få være i aktivitet og å få nyte et godt måltid på et dagsenter. Det handler om de gode opplevelsene og det handler om å bli sett og verdsatt. Livsglede er summen av mange små og store opplevelser. Vårt oppdrag som sykepleiere er ikke bare å være med på å gi år til livet, men også å bidra til å sette liv til årene.

Tor Engevik

LEDER NSF'S FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

GERIATRISK SYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Tlf. 97 53 95 55

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, PhD, førsteaman., Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. **Solveig Hauge**, PhD, førsteaman., Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo. **Liv Wergeland Sørbye**, PhD, førsteaman., Diakonhjemmet høgskole. **Gørill Haugan**, PhD, I.amanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@hin.no
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000

ANNONSER

Liv Inger Korsnes Nilsen
Tlf: 90 06 71 42
linlse@online.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

Ingvald Bergsagel
Tlf. 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 13. august 2015

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonserør som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.khelgesen@hiiof.no

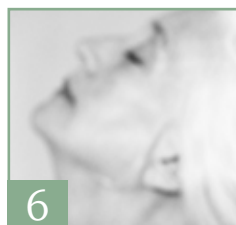


Innhold

NR. 1-2015 • ÅRGANG 7

- 3 Leder
- 5 Gjesteredaktør Gørill Haugan
- 6 Å mestre livet er mer enn fysisk fungering
- 13 Heilskapeleg demensomsorg
- 17 Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem
- 24 Kvalitetsindikatorer – oversikt over internasjonal forskning og praksis i sykehjem

«Vi fekk vite ting som eg ikkje visste kommunen jobba med.» s. 13



6



17

■ GJESTEREDAKTØR:
Gørill Haugan



Kvalitet og endring i sykehjem

Denne utgaven av Geriatrisk Sykepleie fokuserer på kvalitet og endring av praksis i sykehjem. Faggruppens leder setter fenomenet «Livsglede for eldre» på dagsordenen, og fremhever at livsglede handler om de små tingene i hverdagen, om meningsfylt innhold i livet, om å ha det så bra som mulig med de funksjonstap man har. Sykdom, plager og funksjonstap kan forringe både mening og livsglede. Desto viktigere er det å utvikle en helsetjeneste av høy kvalitet. Første bud for å oppnå dette er å ha en felles forståelse av hva kvalitet er, og hvordan den kan måles. Den første artikkelen i denne utgaven av tidsskriftet fokuserer nettopp på «Kvalitetsindikatorer for å vurdere kvalitet i sykehjem».

Sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer er kvantitative mål som benyttes for å vurdere kvalitet i sykehjem. Artikkelen gir en oversikt over hvilke kvalitetsindikatorer som benyttes i vestlige sammenlignbare land, så som USA, Australia, New Zealand, Storbritannia og Norge. Videre vurderes kvalitetsindikatorenes reliabilitet, validitet og anvendbarhet for pleie- og omsorgstjenester i norske sykehjem. Studien fant ingen kvalitetsindikator med tilfredsstillende dokumentasjon på de kriteriene som de ble vurdert ut fra. Men alle de utvalgte indikatorene ble oppfattet som klinisk relevant og sensitive for sykepleie og å ha høy klinisk relevans. Basert i studiens funn konkluderer forfatteren Sigrid Nakrem at utvikling og testing av kvalitetsindikatorer er lite dokumentert i litteraturen. Artikkelen reiser et sentralt spørsmål: I hvilken grad er kvalitetsindikatorer egnede for å fange opp pasientopplevd kvalitet? Og da særlig psykososialt velvære hos demente så vel som hos kognitivt intakte pasienter i sykehjem?

Livsglede handler om psykososialt velvære og pasientopplevd kvalitet, og er nært relatert til fenomener som mening og håp; begge sentrale aspekt ved menneskers åndelige velvære. Hvordan kan vi utvikle en eldreomsorg som styrker eldre menneskers opplevelse av livsglede og mening i livet, på tross av alderdomsvekkelse, sykdom og funksjonstap? I artikkelen «Rehabilitering – å mestre livet er mer enn fysisk fungering» kartlegger Birgit Brunborg og Liv Wergeland Sørby om sykepleiestudenter innhenter opplysninger om pasientens viktighetsområde «åndelig og filosofisk», og om disse opplysningene anvendes aktivt i utformingen av rehabiliteringsplanene. Sykepleie bygger på et menneskesyn som innebærer en åndelig/filosofisk dimensjon; det åndelige rommer menneskets søken etter mening, hensikt, innhold i livet, håp og vilje til å leve. Studien analyserer 66 rehabiliteringsplaner og viser at det først og fremst er de grunnleggende fysiske behov som ivaretas. Sykepleiestudenter beskriver i liten grad sammenhengen mellom lidelse, angst, depresjon og bekymring for fremtiden. For mange pasienter kan dette handle om å finne mening i egen situasjon. Forfatterne fremhever beho-

vet for en organisasjonsendring som setter enkeltvedtak inn i en helhetlig omsorgsmodell, samt sterkere samhandling mellom høyskole, praksisfelt, religiøse og ideelle organisasjoner.

Hvordan kan vi sikre god kvalitet, livsglede og mening for demente mennesker? Det trengs videreutvikling og endring av dagens sykehjemspraksis. Samtidig vet vi at endring på mange måter er krevende. Artikkelen «Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem» belyser helsepersonells erfaringer med innføring av miljøbehandling for demente; en miljøbehandling som innebærer at praksis ble endret. I norske sykehjem er ca. 80% av pasientene personer med demenssykdom. Flere studier fremhever at utvikling av en bedre praksis innebærer endring av pleiekultur fra en oppgaveorientert til en personorientert kultur. I dag er ulike former for personsentrert omsorg anbefalt. Likevel, på tross av økt kunnskap og bevissthet om hva som kan forbedre helsetjenester for eldre i sykehjem, møter innføring av ny praksis ofte motstand. Forskning viser også at personale som blir pålagt å utføre endringer ofte anses som barrierer i endringsprosesser. Samtidig fremheves betydningen av å endre praksis for bedre ivaretagelse av pasienter i sykehjem. Vi trenger kunnskap om suksesskriterier og faktorer som hemmer innføring av ny beste praksis.

Fokuset i denne studien er forskning på helsepersonells erfaringer med å delta i innføringen av strukturert og individuelt tilpasset miljøbehandling ved sykehjem. Begrepene trygghet, støtte, engasjement, bekreftelse og struktur danner grunnlag for miljøbehandlings-modellen. Forfatterne Marit Sund Storlien og Venke Sørle finner at endringsarbeid i organisasjoner forutsetter at ledere er tydelige om hensikten med innføring av ny praksis, at de engasjerer seg og følger opp prosesser med gode arenaer for refleksjon der hemmende prosesser møtes på en konstruktiv måte. Det er avgjørende at ledere viser respekt og anerkjennelse for ansattes meninger og forslag som fremkommer i endringsprosessen. Ledere har ansvar for å vedlikeholde personalets engasjement og har stor betydning for en varig endring av praksis. Å involvere alle ansatte i innføring av ny praksis kan føre til positivt arbeidsmiljø og opplevelse av gjensidig respekt yrkesgruppene imellom.

Kvalitet i omsorgen for eldre i sykehjem ser dermed ut til å forutsette en pleiekultur som ser og anerkjenner den enkelte pasient, bevisst oppmerksomhet på pasientens opplevelse av livsglede og mening, samt en ledelse som ser og anerkjenner den enkelte ansatte. Så logisk og enkelt, og så utfordrende på samme tid!

Gørill Haugan
GJESTEREDAKTØR

Å mestre livet er mer enn fysisk fungering

Innledning

For voksne handler verdighet om å kunne ha kontroll over eget liv (1). Kroniske sykdommer fører ofte til en gradvis funksjonssvikt, mens ulykker kan endre en persons egenomsorgsevne i løpet av sekunder. Flere eldre føler på at de er til bry. De er avhengig av andre for å ivareta daglige gjøremål. Mange sliter med å finne

mening, og mangel på mestring kan føre til nedstemthet og usikkerhet om fremtiden (2).

Kommunene har ansvar for å sørge for forsvarlige helse- og sosialtjenester uavhengig av alder eller diagnose (3). Slike tjenester skal fortrinnsvis gis i egen bolig. Skal en god rehabilitering gjennomføres, er det behov for en tverrfaglig tilnærming begrunnet

Sammendrag

Bakgrunn: Kroniske sykdommer gir en gradvis funksjonssvikt, mens ulykker raskt kan endre en persons egenomsorgsevne. Mange sliter med å finne mening i slike situasjoner, og mangel på mestring kan føre til nedstemthet og usikkerhet om fremtiden. Hensikten med denne studien var å vurdere om sykepleiestudenter inkluderer pasientens «åndelige og filosofiske områder», et begrep som brukes i pensumlitteraturen om utforming av rehabiliteringsplaner.

Metode: Vi benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Materialet besto av 66 eksamensbesvarelser i sykepleie levert elektronisk i 2013, med temaet «Mestring og rehabilitering i hjemmetjenesten».

Resultat: Omtrent halvparten av pasientene var 80 år eller eldre. Funksjonsnedsettelse etter brudd var den hyppigste årsaken til valg av rehabiliteringskasus. 42 % av studentene hadde inkludert viktighetsområdet: åndelig/filosofisk. Få omtalte dette nærmere. Eldre ble ikke oftere vurdert til å ha åndelige/filosofiske behov enn yngre. Tekstanalysen ga tre hovedtema: savn av åndelig fellesskap, angst og depresjon, samt manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging.

Konklusjon: Studentene beskrev meget bra den fysiske rehabiliteringen. De relaterte ikke pasientenes angst og uro for fremtiden til åndelige/filosofiske spørsmål. Funnene innebærer behov for samhandling mellom høyskole, praksisfelt, religiøse og ideelle organisasjoner for å kunne ivareta en helhetlig omsorg.

Nøkkelord: Rehabilitering, åndelig/filosofisk, kvalitativ og kvantitativ metode, hjemmesykepleie

Abstract

Background: Chronic diseases provide a gradual loss of function, while accidents can abruptly change a person's self-care abilities. Many patients are struggling to settle after an accident, and lack of adaptation to a life with a disability can sometimes lead to depression and anxiety. The purpose of this study was to assess whether nursing students consider the patient's «spiritual and philosophical dimension».

Method: We used both qualitative and quantitative research methods. The material consisted of 66 examination papers deposited in 2013 according to the theme «Coping and rehabilitation in home-based nursing care».

Result: About half of the patients were 80 years or older. Disability after fracture was the most frequent rehabilitation cases. 42 % of the students had included the spiritual/philosophical area. Few had described this more in detail. Older patients did not have more frequently spiritual/philosophical needs than the younger patients. Text analysis revealed three main themes: loss of spiritual communion, anxiety and depression, and lack of continuity and coherent follow-up.

Conclusion: Students had a satisfactory description of physical rehabilitation. They did not, however, relate patient anxiety for the future to spiritual/philosophical questions and to rehabilitation. The findings imply the need for interaction between university colleges, practitioners, diaconal institutions and non-profit organizations to sustain comprehensive care.

Keywords: Rehabilitation, spiritual/philosophical, qualitative and quantitative method, home-care

Av Liv Wergeland Sørbye, professor, Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse

Birgit Brunborg, 1. lektor, Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse

i en individuell plan (4). I meldingene til Stortinget: «Morgendagens omsorg» (5) og «Folkehelsemeldingen» (6), har rehabilitering en sentral plass. Det legges vekt på aktiv omsorg og økt brukerinnflytelse. I tillegg til opp trening, forebygging av funksjonssvekkelse og rehabilitering, blir sosial og kulturell aktivitet vektlagt.

Helsedirektoratet har staset mye på å innføre Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (7); et standardisert verktøy for beskrivelse av helse og helserelaterte forhold ut fra et individuelt ståsted (8), i dokumenter og rapporter innenfor rehabilitering.

I ICF defineres kategorien religion og spiritualitet som deltakelse i religiøse eller åndelige aktiviteter og organisasjoner, og inkluderer aktiviteter som knyttes til selvrealisering, det å finne mening, religiøse eller åndelige verdier, og å etablere forbindelse med en guddommelig kraft gjennom å gå på religiøse møter, bønn og åndelig kontemplasjon. Det livssyns åpne samfunn (9) omhandler behov for å tilrettelegge for tros- og livssynspraksis i sykehjem og sykehus, men det sies ingenting om ansattes forpliktelser i hjemmetjenesten.

Bredland mfl. (10) beskriver verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid, og benytter viktighetsområdene: hjem, nære pårørende, fysisk aktivitet, venner, jobb, hobbyer, kropp og utseende, samt åndelige og filosofiske verdier. Målet med en slik kartlegging er å finne ut hvilken betydning hvert område har i en persons liv (ibid.: 135).

Hensikten med denne artikkelen er å vurdere om sykepleiestudenter innhenter opplysninger om pasientens viktighetsområde åndelige og filosofiske verdier og bruker dette aktivt i utforming av rehabiliteringsplanene.

Problemstillinger

- I hvilken grad gjenspeiler studentenes skriftlige arbeid åndelige og filosofiske verdier som et pasientens viktighetsområder?
- Hvilket samsvar er det mellom data om pasientens åndelige og filosofiske verdier og aktuelle tiltak i planen for rehabilitering?

Metode

Denne studien benytter metodetriangulering, det vil si både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Høsten 2013 hadde Diakonhjemmet Høgskole to puljer med studenter i praksis i hjemmesykepleien. Temaet mestring og rehabilitering er et

obligatorisk studieemne på 15 studiepoeng som inkluderer én uke teoretiske og åtte uker praktiske studier. Perioden ble avsluttet med en skriftlig, individuell hjemmeeksamen som integrerte studentenes teori og praksiserfaringer.

Hensikten med hjemmeeksamen var at studentene skulle vise forståelse for sykepleierens funksjon, pasientens sentrale rolle og tverrfaglig samarbeid i utvikling og gjennomføring av rehabiliteringsplanen. Et sentralt krav var å kartlegge og redegjøre for pasientens viktighetsområder, samt ressurser og problemer relatert til det. I dette arbeidet brukte studentene ICF som kartleggingsverktøy. Videre utarbeidet de en plan for utvalgte pasienter som inkluderte langsiktige og kortsiktige mål, og tiltak relatert til pasientens viktighetsområder. De skulle også beskrive pasientens medvirkning. Studentene skulle også belyse pasientens viktighetsområde med en forskningsartikkel.

Oppgaven var begrenset til 2000 ord. Forfatterne sensurerte 3/4 av eksamensbesvarelsene (1/4 ble sensurert av en tredjeperson). Ved gjennomlesing av teksten, ble avsnitt og sitat knyttet til stikkord som religion,

«Mangel på mestring kan føre til nedstemthet og usikkerhet om fremtiden.»

tro, åndelige, filosofiske og eksistensielle forhold samlet. Tilsvarende ble uttrykk som inneholdt ensomhet, angst, frykt og usikkerhet for fremtiden og depresjon samlet. I tillegg ble det gjort analyse av studentenes valg av referanser. Besvarelsene ble gjennomlest både i papirutgave og elektronisk.

Besvarelsene fikk et løpenummer fra 1–66. Pasientopplysninger som ble inkludert var: kjønn, alder, sivilstand, samboerforhold og hoveddiagnose for vedtak om hjemmesykepleie. Det ble også registrert om studentene hadde benyttet Bredlands modell for kartlegging og skåring av viktighetsområder.

Dataanalyse

De kvantitative dataene ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS 21.0 for Windows (11). Det ble foretatt kji-kvadrat-test og sannsynlighetsberegning (odds ratio) for å se på signifikante sammenhenger.

I analysen av de kvalitative dataene ble det benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (12-13). Først gransket vi tekstene for å gjenskjenne og få dyb-

deforståelse av det studentene vurderte som åndelige/filosofiske viktighetsområder. Da dette ordparet var lite brukt utover selve kartleggingen, måtte vi også lete etter synonymer eller utfyllende tekst. Vi søkte etter studentenes beskrivelser knyttet til ensomhet, angst, bekymring for fremtiden, trygghet, ro og tilhørighet samt helhetlig omsorg som ifølge litteraturen (14–15) tilhører åndelige/filosofiske dimensjoner.

Vi har gjengitt studentenes erfaringer og vurderinger så sannferdig som mulig. Studiens validitet er gjenspeilet i hvorvidt det har lyktes. I henhold til den hermeneutiske prosess, begynte analysen ved gjen-

«... mennesket søker etter mening, hensikt og innhold i livet.»

nomlesing av den første teksten. Ved hjelp av gjentatte gjennomlesninger av datamaterialet ble antakelser og forestillinger formulert, korrigert og bekreftet. Mønstre og tema ble på denne måten fortolket ut fra datamateriale i henhold til Kvaales (13) analysekategorier; selvforståelse, «common-sense» og teoretisk fortolkning. Tema som framkom gjennom denne fortolkningen er 1) savn av åndelig fellesskap, 2) angst og depresjon og 3) manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging.

Etiske vurderinger

Studentenes besvarelser ble levert elektronisk. Filene var aidentifisert. Et krav til oppgavene var at de ikke inneholdt personidentifiserbare opplysninger, verken om studenter, pasienter eller om stedene der de hadde hatt praksis. Det var på forhånd ingen plan om å bruke besvarelsene til forskning, men resultatene skapte en undring hos sensorene over hvor lite viktighetsområdet åndelig/filosofisk ble omtalt.

Studien er ikke fremleggelsespliktig for regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. Helseforskningslovens §§ 2 og 4 (søknad til REK sør-øst 2014/2252) (16). Prosjektet faller inn under forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (17).

Studentene som gikk på aktuelle kull har fått anledning til å lese manuskriptet på ITs Learning. De som opplevde seg feilrapportert (i enkelthistorier), ble oppfordret til å gi tilbakemelding om dette innen en uke. Ingen av studentene har ønsket noen endringer.

Metodekritikk

Studentene presenterte casene «sine» svært forskjellig. Besvarelsene var ofte oppgave- eller prosedyreorien-

tert. Det går ikke fram av besvarelsene hvilke data som er innhentet av studentene, og/eller hentet fra elektronisk sykepleiejournal. Studentenes muligheter for å gå i dybden på pasientens livssituasjon, og sette sine erfaringer inn i en teoretisk ramme var begrenset.

Det er mulig at studentene hadde mer opplysninger angående pasientenes åndelige/filosofiske behov, enn det som kom fram i besvarelsene. Rehabiliteringsplanene fungerte her som et lite egnet verktøy for å ivareta åndelige behov.

Resultater

Totalt var det 66 eksamensoppgaver som ble vurdert. Alle studentene hadde i samarbeid med pasientene beskrevet ulike viktighetsområder til 15 menn og 51 kvinner, fortrinnsvis på en skala fra 1–10. Studentene anvendte fra 3 til 12 kildehenvisninger i besvarelsene. Ingen av artiklene inneholdt eksplisitt åndelig, mens to kunne vurderes som filosofiske (18-19). Fire artikler ble kategorisert som livskvalitetsforskning (20-21), mens to omtalte psykososiale forhold (22-25).

Det var stor spredning i pasientgruppen som studentene møtte i hjemmetjenesten. I sine rehabiliteringsplaner hadde de inkludert kjønn og om pasienten bodde alene. Den yngste pasienten var 13 år, den eldste 98 år. Andel over 80 år var 47 % (31/66). Mennene bodde oftere med ektefelle; 53 % (8/15) versus 24 % (12/51) for kvinner ($p < 0,03$).

Flere case inneholdt sammensatte lidelser. Brudd, og funksjonsnedsettelse etter brudd, var den hyppigste årsaken til valg av rehabiliteringskasus. I tillegg kom kreft, slag, Parkinsons syndrom, psoriasis og diabetes. Pasienter med generell aldersvekkelse eller en demenslidelse ble sjeldnere vurdert som aktuelle for mestrings og/eller rehabiliterings/habiliteringsplan. Enkelte studenter hadde inkludert pasienter med svært sammensatte pleie- og rehabiliteringsproblem som divertikkelsykdom med utlagt tarm og ulike psykiatriske lidelser.

Det var 28 (42%) av studentene som hadde inkludert viktighetsområdet åndelig/filosofisk. (Se figur 1.)

Viktighetsgrad er vurdert fra 1–10 slik x-aksen i figur 1 viser. Tre pasienter uttrykte at dette var meget viktig «10», mens elleve, at det var lite viktig, det vil si de vurderte det som «1» og «2» på y-aksen. Tekstanalysen ga sparsomt med opplysninger om hvorfor den enkelte ble skåret slik figur 2 anga. Det var ingen statistisk signifikans mellom pasientens alder (= 80 år eller > 80 år) og om det var skåret på viktighetsområdet åndelig/filosofisk (odds ratio 0.963, 95 % konfidensintervall=0.362-2.561).

Kvalitative funn

I tre av de 66 eksamensbesvarelsene ble trodsdimensjonen beskrevet eksplisitt. Som følge av nedsatt funksjon etter slag og Parkinsons syndrom klarte ikke pasientene å komme seg til kirke eller til dagsenter på egen hånd. Informantene beskrev at de savnet dette.

Flere opplevde negative tanker, angst og depresjon fordi de ikke klarte å realisere sine ønsker eller det som var viktig for dem. Flere ga også uttrykk for at pleierne hadde lite tid og ressurser til å yte slike hjelp, og at de prioriterte å gjennomføre konkrete oppgaver knyttet til pleie og å hjelpe pasienter med å gjenopprette fysiske funksjoner.

Tabell 1 inneholder i første kolonne en presentasjon av de tre temaene som utkrystalliserte seg fra datamaterialet: savn av åndelig fellesskap, angst og depresjon samt manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging. I andre kolonne vises ulike kategorier og i tredje kolonne underkategorier. (Se tabell 1.)

Savn av åndelig fellesskap

Tre studenter gjør eksplisitt rede for at kristen tro, og ikke minst fellesskapet i menigheten, betyr svært mye for deres primærpasienter. Pasientene uttrykker at det er et stort savn når de ikke lenger kan delta i fellesskapet, fordi de ikke mestrer å komme seg til steden på egenhånd.

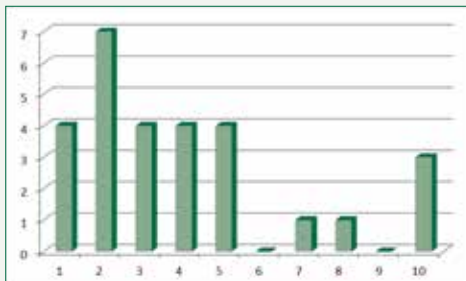
Andre pasienter uten spesiell åndelig/religiøs tilknytning synes også isolasjon som følge av funksjonsnedsettelse, er utfordrende. En primærpasient med svekket evne til sosial deltakelse sier at hun har mye tid for seg selv, og at det blir litt mye tid til å tenke og fundere når det er slik.

Angst og depresjon

Flere studenter beskriver at de møter pasienter som er deprimerte, ensomme eller engstelige, og noen er lei av livet. Det kan skyldes isolasjon og redusert livskvalitet som følge av nedsatt fysisk og kognitiv funksjon, at de glemmer å spise og får i seg for lite ernæring, men også ensomhet og angst. Studentenes beskrivelser viser at det også kan skyldes at pasientene ikke ønsker å være sammen med nye ukjente mennesker, eller at de ikke ønsker å være til bry; de vil fortsette å klare seg selv.

En student beskrev at hennes primærpasient på 89 år med fraktur i begge skuldre «tøffet» seg ovenfor familie og noen ganger helsepersonell. Noen ganger klarte pasienten ikke å holde denne «masken» og gråt og spurte om hun ikke bare kunne få dø.

En pasient på 97 år med kompresjonsbrudd i ryggen hadde smerter, osteoporose og falltendens. Hun



FIGUR 1: Åndelig/filosofisk. Viktighetsgradvurdering 1-10 (x-aksen); antall pasienter (y-aksen). N=28.

hadde ikke mange venner igjen i live, noe som gjorde henne lei seg. Hun var nedstemt, alene og ensom og beskrev dagene som lange.

En student viste til en pasient som hadde begynnende vaskulær demens. Hun var usikker og redd for fremtiden. Pasienten var preget av situasjonsbestemt angst. Det vil si at hun ble engstelig når hun møtte mange forskjellige pleiere og situasjoner hun ikke forsto. Pasienten opplevde at hun ikke hadde kontroll. Det

Tema	Kategorier	Underkategorier
Savn av åndelig fellesskap	Ønske om ikke å være til bry	Pasientens mulighet for sosial deltakelse er svekket Pasientene gir uttrykk for redusert livskvalitet
	Mangel på mestring av egen kropp	Pasientene er bekymret over redusert bevegelsesfrihet Mangler kunnskap om hjelpemidler Usikker på muligheter for å gjenvinne sin egenomsorg
	Et ikke-dokumentert problem	Studentene skriver lite om pasientens åndelig behov fra eksisterende pleieplaner Studentene får frem lite informasjon fra pasientene om viktighetsområdet «åndelig/filosofisk»
Angst og depresjon	Opplevelse av å være isolert	Ensomhet gir pasientene mangel på impulser og tilhørighet
	Engster seg for fremtiden	Engstelige for å måtte flytte på sykehjem Uttrykker at de er lei av livet
	Opplever kognitiv reduksjon	Redd for miste kontroll over eget liv
Manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging i hjemmetjenesten	Mange forskjellige pleiere skaper utrygghet	Pasientene kommenterer at rehabiliteringsplaner og prosedyrer blir utført forskjellig
	Pasientene opplever pleierens tidspress	Pasientene gir uttrykk for stress ved pleierens høye tempo

TABELL 1. Tema, kategorier og underkategorier som er identifisert i studentbesvarelsene.

resulterte ofte i at hun ikke ville motta hjelp til å dusje.

En pasient på 80 år med svekket kognitiv funksjon, var plaget av svimmelhet. Hun hadde panikkklidelse, var utrygg og slet med depresjon. Hun var redd for fremtiden, men vil bo hjemme så lenge som mulig. Hun klarte seg selv i forhold til de praktiske gjøremål, men trengte psykososial hjelp og støtte for å kunne delta i sosiale aktiviteter.

Manglende kontinuitet og helhetlig oppfølging

Flere studenter ga uttrykk for at pasienter ville gjøre alt de kunne for å opprettholde funksjonsnivået og sosial deltakelse trass i smerter, angst og andre begrensninger. Pleierne hadde derimot lite tid og ressurser til å

«For mange pasienter kan dette handle om å finne mening.»

yte tjenester utover pleie og til å hjelpe dem med å gjenopprette fysiske funksjoner. Det virket også som om den faste «staben» ikke prioriterte tiltak og aktiviteter knyttet til sosial deltakelse.

Kontinuitet i oppfølgingen av enkeltpasienter så heller ikke ut til å bli prioritert. Pasientene møtte mange forskjellige pleiere. Ifølge studentene medførte det at mange pasienter følte seg utrygge og at de ikke fikk den hjelpen de trengte.

En pasient som var opptatt av at hjemmesykepleien ikke hadde tid til å være så mye hos henne, sa «dere i hjemmesykepleien har det jo så travelt».

En annen primærpasient ga uttrykk for at hun trengte mer psykososial støtte for å være trygg, slik at hun kunne delta i det sosiale livet, men også at hun opplevde at det var begrenset tid og ressurser til slik støtte.

Studentene var opptatte av at det ble utarbeidet rehabiliteringsplaner sammen med tverrfaglig personale som fysio- og ergoterapeut. Hensikten var å støtte og hjelpe pasientene ut fra deres viktighetsområde, slik at de kunne komme seg dit de ønsket. En student

beskrev et slikt samarbeid hvor det lyktes å få en pasient på dagsenter. Personalet på dagsenteret beskrev hvor vellykket dette var for den aktuelle pasienten: «Det lyser omkring han, når han er her.»

Flere studenter beskrev at de ønsket å hjelpe brukere med å finne enkle løsninger som kan gi litt mer livsglede, og til å kunne mestre sin livssituasjon. Eksempler på det, var å knytte relasjoner mellom pasient og besøksvenn fra Røde Kors, menigheter og foreninger vedkommende hadde deltatt i tidligere.

Drøftinger

I denne studien har vi kartlagt om studenter innhentet opplysninger om pasientenes «åndelige og filosofiske» anliggender og bruker dette i utforming av rehabiliteringsplaner. Studentene har lært at sykepleien bygger på et menneskesyn som innebærer en åndelig/filosofisk dimensjon. Dette betyr at mennesket søker etter mening, hensikt og innhold i livet, og har håp og vilje til å leve (26-27). Tro knytter menneskets åndelige dimensjon til Gud.

Til tross for at den åndelige dimensjonen ofte er nevnt i pensumbøker, retningslinjer eller interne fagplaner, er den lite operasjonalisert (10, 28-29). I eksisterende sykepleiedokumentasjon i hjemmetjenesten var det lite forkunnskap å hente for studentene. Enkeltvedtak oppført fra bestillerkontoret inneholdt stort sett det som skulle utføres for pasienten, helhetsperspektivet trues (31-32). Dette kan være årsak til at under halvparten av studentene eksplisitt hadde nevnt «åndelig og filosofisk» i sin datainnsamling.

Åndelige behov blir ofte knyttet til religiøs tro. Der pasientene ikke uttrykte en klar religiøs tilknytning, var det vanskelig for studentene å følge opp med tillegsspørsmål. Det kan også være at sykepleiere som ikke selv hadde en trygg religiøs forankring, lett overser slike trosrelaterte ønsker og behov.

Åndelig omsorg beskrives ofte som en del av en helhetlig omsorg (14, 32-33). Åndelig behov signaliserer ofte en relasjon til en åndelig kraft, noe større en seg selv, en skaper, en Gud. I engelsk språklig litteratur blir «spirituality» brukt synonymt med «åndelig». I norsk litteratur er det vanlig å bruke ordparet åndelige/eksistensielle behov (34-35).

Studentene beskrev pasientens bekymring for fremtiden, smerten over å oppleve fysisk og kognitiv reduksjon. Studentene fikk tydelig frem pasientenes opplevelser av ensomhet, angst, depresjon og vanskeligheter med å finne mening i hverdagen. Håpsdimensjonen var for mange tilsynelatende ikke-eksisterende. Dette ble også mangelfullt beskrevet og drøftet av

Veien videre

- Informasjon om religion og livssyn bør være integrert i sykepleiedokumentasjon
- Studentene må ha gode rollemodeller
- Pasientenes lokale nettverk kan aktiveres
- Åndelige/filosofiske behov kan bedre imøtekommes ved at enkeltvedtak settes inn i en helhetlig omsorgsmodell



**SAMMENHEN-
GER:** Sykepleiestu-
dentene i studien
beskriver i liten grad
sammenhengen
mellom lidelse,
angst, depresjon og
bekymring for frem-
tiden. Illustrasjons-
foto: Colourbox.



**SAVNER MENIG-
HETEN:** Flere pasi-
enter uttrykker at
felleskapet i menig-
heten betyr svært
mye for dem, og at
det er et stort savn
når de ikke lenger
kan delta. Illustras-
jonsfoto: Colourbox.

studentene; sannsynligvis fordi åndelige/filosofiske viktighetsområder ikke var operasjonalisert (10).

Sykepleiere blir ofte omtalt som koordinatorene av rehabiliteringsteamet og de som ivaretar helhetsspektivet, men tiltak knyttet til fysiske funksjoner prioriteres. Det har sannsynligvis sammenheng med enkeltvedtak som formuleres av andre enn de som utfører tjenesten (36).

Pasientene ga uttrykk for at det var fysioterapeutene og ergoterapeutene som var ekspertene, men understreket samtidig at de sjelden kom for å hjelpe dem. I praksis var det lite drøfting om hvilke bidrag de ulike faggruppene skulle gi.

Reme m.fl. (34) har et psykologisk ståsted og refererer til at i psykiatrien er en opptatt av bakenforliggende årsaker til ulike mestringsstrategier, men likevel blir religiøse/filosofiske mestringsstrategier omhandlet i liten grad. Fra sin medisinske erfaring ser Magelsen og Fredheim (35) religiøs mestring som en anvendelse av religiøse oppfatninger eller religiøs praksis for å redusere følelsesmessig stress og lidelse. Stifoss-Hansen (19) er teolog og mener generelt at religion og livssyn kan være et aktuelt verktøy som enkelte henter frem for å mestre en vanskelig livssituasjon.

Sykepleierstudentene beskrev praktiske tiltak, som å sørge for at pasienten kommer til gudstjeneste og får snakket med prest eller en kontaktperson fra sitt livssynsfunn. Dette gjaldt de pasientene som tydelig ga uttrykk for sine religiøse behov. Å avgrense den åndelige dimensjonen til bare å gjelde det religiøse, kan medføre at den ikke-religiøse pasientens åndelige behov neglisjeres. Det kan også føre til at sykepleieren fraskriver seg ansvaret for å engasjere seg i pasienter med religiøse behov, fordi han eller hun anser sin egen kompetanse som liten og definerer presten, eller en annen religiøs kontaktperson, som ekspert.

Når det gjaldt omtale av åndelig/filosofisk som viktighetsområde, var det ingen forskjell på de eldste eldre (80+) og de yngre. Uansett var gjennomsnittsalderen relativt høy, og studentene beskrev lite i sine rehabiliteringsoppgaver om hvordan de forklarte pasientene begrepet åndelig/filosofisk.

Bush og Bruni (14) presiserer at menneskes åndelige dimensjon ikke kan skilles fra den kroppslige eller psykiske dimensjonen. I fagboken «Rehabiliterende sykepleie» av Angel og Aadal (37) er begrep som åndelig, filosofisk, eksistensielt og religion fraværende i stikkordsregisteret, mens angst og depresjon er ofte nevnt. Miller (38) vektlegger «tro» som en viktig del av å mestre kronisk sykdom, og hun knytter begrepet til den ressursen religiøs tro er for mange.

Ut fra synet på det hele mennesket må åndelig omsorg integreres i all pleie og omsorg. Pasienten kan oppleve omsorgsfullt stell av kroppen som uttrykk for respekt og omsorg for hele hans person.

Sykepleie handler om å kompensere for en pasients manglende evne til egenomsorg (39) eller for hans manglende krefter, kunnskap og vilje (32). Med kompensering menes her å gjøre handlinger for den andre som den andre ikke selv kan gjøre under sykdom. Studentene beskrev pasientens fysiske smerte og lindrende behandling i relasjon til det. De viste til praksisfeltet med gode rollemodeller for hvordan de skulle observere og intervensere i tilknytning til pasientens kroppslige behov som smerte. Dette gjaldt derimot ikke ved åndelige/filosofiske anliggender. Den praksiskunnskapen som fantes på det åndelige området, var i stor grad taus. Dette gjaldt også dokumentasjon i den elektroniske journalen.

Organisasjonsstrukturen legger ofte opp til at mange pleiere deler forskjellige brukere. Det blir derfor få pleiere som har innsikt i pasientenes helhetlige livssituasjon. En gjennomgang av den litteratur som studentene henviste til for å utdype pasientenes rehabiliteringsbehov, viste at ingen av artiklene inneholdt eksplisitt åndelig omsorg. Studentene hadde tilgang til pensumlitteratur om dette temaet, men de viste sjelden til sammenhengen mellom pensumet og fortolkningen av pasientenes viktighetsområde.

Konklusjon

I helseplaner og faglitteratur er helhetlig omsorg et kjernebegrep som innebærer fysisk, psykisk sosial og åndelig omsorg. I denne studien viser analysen av

66 rehabiliteringsplaner at det er de grunnleggende fysiske behov som blir ivaretatt.

Ingenting i oppgaveteksten uttrykte at åndelige/filosofiske behovsområde spesielt skulle bli vurdert. Dette kunne være medvirkende til at viktighetsrådet åndelig/filosofisk ikke var nærmere omtalt. Studentenes rollemodeller og veiledere i hjemmesykepleien har tilsynelatende ikke drøftet dette i forhold til datasamling for rehabiliteringsplanen.

Sykepleiestudenter beskriver i liten grad sammenhengen mellom lidelse, angst, depresjon og bekymring for fremtiden. For mange pasienter kan dette handle om å finne mening i sin egen situasjon. Funnene peker på et behov for en organisasjonsendring som setter enkeltvedtak inn i en helhetlig omsorgsmodell og en styrket samhandling mellom høyskole, praksisfelt, religiøse og ideelle organisasjoner for å kunne ivareta en helhetlig omsorg for pasienter med mestringsutfordringer. ■

Referanser:

1. Holmberg M, Valmari G, Lundgren SM. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scand J Caring Sci* 2012;26(4):705-12.2.
2. Brunborg B. Sykepleierstudenter aktiviserer eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Klinisk sykepleie* 2009; 23 (2):24-33.
3. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 21. juni 2013; nr. 82 (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. (30.08.2014).
4. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR 2011-12-16-1256 (30.08.2014).
5. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Helse og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252> (30.08.2014).
6. Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen. <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDPDFS.pdf>. (30.08.2014).
7. Verdens helseorganisasjon. International classification of functioning – disability and health. 2001. <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1> (30.08.2014)
8. Haugsbø A, Larsen BI. ICF – ny internasjonal klassifisering av funksjon og helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;(19):124. <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2004/2514.pdf>.
9. Norges offentlige utredninger. Det livssynsåpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitikk. Kulturdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/nouer/2013/nou-2013-1.html?id=711212> (29.08.014)
10. Bredland E, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
11. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.) versjon 21; <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/>
12. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012 Dec;40(8):795-805.
13. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademiske, 2009.
14. Bush T and Bruni N. Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation. *Int J Palliat Nurs* 2008;14:539-545.
15. Register M, Herman J. Quality of life revisited: the concept of connectedness in older adults. *Adv Nurs Sci* 2010;33(1):53-63.
16. Brusgaards D. Hva skal fremlegges for regional etisk komité? Brev til redaktøren. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012;132(21):2359-60. <http://tidsskriftet.no/article/2926376>.
17. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo: 2006
18. Breivne G. Lidelse, livsmot og håp. In: Kristoffersen J, ed. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2012.

19. Stifoss-Hanssen S. Å leve med og mestre plager i et hverdagsperspektiv; hvordan man kan tenke om mestring som et blikk, en måte å se på. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin* 2012;29(2):3-8.
20. Barremo A, Bruce E, Salander M, Sundin K. Personers opplevelse av å leve med kronisk hjertsvikt – systematisk litteraturstudie. *Vård i Norden* 2008; 28(3):34-8.
21. Solli E. Veien tilbake til livet. *Sykepleien* 2010;98(12):57-9.
22. Walseth LT, Malterud K. Salutogenese og empowerment i allmenntilmedisinsk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(1):65-6.
23. McKenna K, Liddle J, Brown A, Lee K, Gustafsson L. Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. *Aust Occup Ther J* 2009;56(3):177-88.
24. Thorsen K, Clausen SE. Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemming opplever depresjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2008;45(1):19-27.
25. Rannestad TH, G; Espnes, GA. Psykosomatikken ser kropp og sjel i sammenheng. Det bør sykepleien også gjøre. *Sykepleien* 2006; 94(9):52-6.
26. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15 (7), s. 852–862.
27. Eriksson K. *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1987.
28. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):885-96.
29. Sørbye LW, Undheim LT. Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. In: Nordhelle G, Danbolt T, editors. *Åndelighet – mening og tro* Utfordringer i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2012:167-82.
30. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning* 2012; 8 (2):116-22.
31. Birkeland A, Flovik A. *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske, 2014.
32. Henderson MES. *Nursing education*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982.
33. Travelbee J. *Mellommenneskelige aspekter i sykepleie*. København: Munksgaard, 2002.
34. Reme S, Berggraf L, Anderssen N. Er religion neglisjert i psykiologutdanningen? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2009; 46(9):837-42.
35. Magelssen M, Fredheim OM. A spiritual dimension is important for many patients. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011;131(2):138-40.
36. Tuntland H, Ness NE. *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2014:21-40.
37. Angel S, Aadal L. *Rehabiliterende sykepleie fra begrep til klinisk praksis*: København Munksgaard, 2014.
38. Miller J. *Coping with chronic illness. Overcoming Powerlessness*: Philadelphia, F.A. Davids Company, 2000.
39. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, Mo.: Mosby, 2001.



MÅLET: Studentane skal få eit heilskapelig bilete av demensomsorga i kommunen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Heilskapleg demensomsorg

Studentar ved bachelorutdanninga i sjukepleie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF), har i siste semester av utdanninga ein seks veker lang fordjupningspraksis.

HiSF tilbyr tre praksisløp: praksis i kommunehelsetenesta, i spesialisthelsetenesta eller utanlandsopphald (1). Det kan vere vanskeleg å motivere studentar til å søke seg til praksis i kommunehelsetenesta. Spesielt er dette ei stor utfordring knytt til fordjupningspraksis i sjukeheim. Utfordringa er velkjend og rekruttering av nyutdanna sjukepleiarar til arbeid i sjukeheim er også utfordrande (2). Berre 7 % av nyutdanna sjukepleiarar seier at sjukeheim vil vere deira fyrsteval (3, 4).

Hausten 2010 starta eit samarbeidsprosjekt mellom HiSF og Utviklingscenteret for sjukeheimar og heimeteneste (USHT) på sjukeheimen Førde

Helsetun i Førde kommune (5). I prosjektet ønskte ein å utvikle studentane sin læringsarena og i tillegg sjå på om praksisstudiane kunne bidra til auka rekruttering til sektoren. Omsorgstenestene skal fungere som praksisplass for studentar og elevlar frå ulike utdanningsinstitusjonar samstundes som det skal vere ein læringsarena for dei tilsette og USHT skal vere med som pådrivar for dette arbeidet (6). Vinteren 2011/2012 vart prosjektet vidareført med organisering av fordjupningspraksis som tema. Prosjektgruppa fekk i oppdrag å utarbeide ein praksismodell innanfor demensomsorga i Førde kommune. Modellen skulle kunne tilpassast andre kommunar



Av **Dagrun Kyrkjebø**, sjukepleiar og høgskulelektor ved institutt for sjukepleie, Høgskulen i Sogn og Fjordane

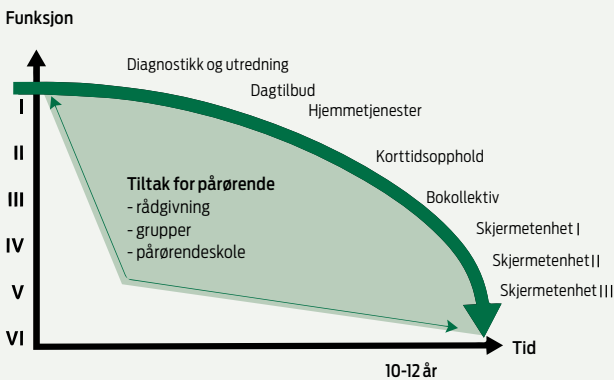
Marta Strandos, sjukepleiar og leiar for Utviklingscenter for sjukeheim og heimetenester i Sogn og Fjordane, Førde kommune, Fagutvikling og koordinering

og andre tema. Målet med praksismodellen er å gje studentane eit heilskapleg bilete av demensomsorga i kommunen. Det vart utvikla ein praksisplan for fordjupningspraksis basert på læringsutbyttet i studieplanen (1). Praksisplanen vart tilpassa og integrert i vurderings-skjemaet som vert nytta i evaluering av studentane.

«Kven er den enkelte? Kva er det beste tilbudet for denne personen?»

Modellen vart prøvd ut våren 2013 og 10 studentar har til no hatt fordjupningspraksis etter modellen. Ti studentar og to kontaktsjukalearar har evaluert praksisperioden skriftleg ved å svare på utvalte spørsmål, og deira svar er blitt oppsummert. Basert på desse tilbake-meldingane har vi undersøgt justert detaljar i modellen.

Vidare i artikkelen vil vi presentere praksismodellen og korleis vi meiner den kan gje studentane større innsikt i det heilskaplege tilbudet til personar med demens i Førde kommune. Studenterfaringar frå praksis vil vi presentere undervegs i artikkelen.



FIGUR1: Utvikling av demenssykdom over tid (7).

■ Fordjupningspraksis

Seks veker fordjupningspraksis med base på skjerma eining, Førde Helsetun.

Hospitering:

- Heimetenesta, Førde kommune, to dagar
- Dagaktivitetssenter for personar med demens, Veglo, to dagar
- Demensteam, Førde kommune, to dagar
- Leiar/tildelingskontor, Førde kommune, innsikt i tildeling av tenester til personar med demens

Innsikt i eit differensiert tenestetilbod

Gjennom studiet kjem studentane først og fremst i kontakt med personar med demens som mottek tenester frå heimesjukalear eller har fått institusjonsplass. Dei har mindre kjennskap til, og erfaring med, utgreiingsfasen og oppfølginga etterpå. I fordjupningspraksis får studentane setje seg inn i det kommunale tilbudet til personar med demens og får forståing for korleis eit pasientforløp kan sjå ut. Studentane har base ved skjerma eining på Førde Helsetun og deltek her i det daglege arbeidet. I tillegg hospiterer studentane i heimetenesta, saman med demensteamet og ved dagaktivitetssenteret (sjå faktaboks). Studentane går i to-spenn, det vil seie at dei går saman på alle vakter heile perioden og samarbeider om arbeidsoppgåvene. Dei vert følgt opp av kontaktsjukalearar i det daglege arbeidet og praksislærar gjennom samtalar og skriftleg/munnleg arbeidskrav. Alle studentane uttalte at det har vore positivt å gå i tospenn. Ein seier det slik: «Det var også veldig bra at vi fekk vere to studentar i lag. Noko som gjorde praksisen meir trygg og vi kunne jobbe saman, og det var lettare å hoppe ut i arbeidet når vi var to!»

Utviklinga av Alzheimers sjukdom, som er den vanlegaste demensdiagnosen, er først langsam. Etterkvart aukar hjelpebehovet betydeleg (7) (Figur 1). Førde kommune har eit differensiert tenestetilbod til personar med demens. Demensteamet og fastlege har ofte den første kontakten gjennom utgreiing, diagnostisering og rettleiing. Om pasienten bur i eigen heim eller i omsorgsbustad, vil det vere tilbud om heimeteneste, dagaktivitetssenter for personar med demens, støttekontakt og aktivitetstilbod med frivillige. Førde Helsetun har tilbud om avlastnings-/korttids- og langtidsopphald. I tillegg arrangerer demensteamet pårørandeskule og samtalegrupper for pårørande og demenssjuke.

Kunnskap om heile sjukdomsforløpet, om behovet for eit differensiert tenestetilbod og korleis dette fungerer i Førde kommune i dag vil vere kunnskap som gjer det enklare for studentane å danne seg eit heilskapleg bilete av demensomsorg. Fleire av studentane er samde i dette: «Eg vil anbefale denne praksisen, sidan ein ikkje får sjansen til å vere med på dette i dei andre praksisperiodane. Fordjupe seg i demens på desse 6 vekene har både vore lærerikt og givande!» Ein annan av studentane seier: «Vi fekk vite ting som eg ikkje visste kommunen jobba med innanfor demens!»

Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg vil seie at ein ser mennesket sin eigenverdi uavhengig av alder og funksjon, og ein nyttar seg av individuell tilnærming og det unike hos kvar einskild. Det er viktig å forstå verda ut frå perspektivet til personen med demens og legge til rette det sosiale miljøet slik at den enkelte kan oppleve trivsel og velvære (8). Denne tankegangen er grunnleggande i mykje av demensarbeidet – både i kompetansebygging og ved tilpassing av tenestetilbod. Denne delen av demensomsorga ønskjer vi at studentane får eit innblikk i. Kven er den enkelte? Kva er det beste tilbodet for denne personen? Fungerer tilbodet etter intensjonen og kan dette freiste studentane til å arbeide i sjukeheim etter studia? I ein av evalueringane frå student kan vi lese følgjande: «ein får eit anna innblikk i kommunehelsetenesta og det kan verkeleg få andre til å begynne å jobbe der!» Denne studenten såg ikkje vekk frå at det ville vere aktuelt å arbeide med demensomsorg seinare.

Behov for kontinuitet

Ei helseteneste med mangel på informasjon, manglande kontinuitet og lite individuelt tilpassa tilbod blir opplevd som negativt for personar med demens og deira pårørande (9). Kontinuitet blir sett på som avgjerande for å skape tryggleik, fange opp hjelpebehov, gje eit individuelt tilpassa tilbod og samordne denne (10). Dette fell i stor grad saman med elementa i personsentrert omsorg (8), og vil vere særskilt viktig for personar med demens i ulike fasar av sjukdomsutviklinga – særskilt ved dei ulike gradene av kognitiv svikt og personlegdomsendring. Nasjonale føringar gjennom demensplan 2015 (11) støttar at tenestetilbodet skal vere prega av kontinuitet og samhandling mellom ulike tenesteytarar. I tillegg arbeider Helsedirektoratet med ei nasjonal fagleg retningslinje om utgreiing av demenssjukdom og oppfølging av personar med demens og deira pårørande. Mange ulike aktørar i demensomsorga gjer at det er behov for å tydeleggjere ansvar og oppgåver og å betre samhandlinga (12). Dette vil vere med på å gje eit betre tilbod til brukarane av tenestene.

Bachelorstudentane i sjukepleie ved HiSF skal gjennomføre sju praksisperiodar i ulike delar av helsetenesta i løpet av studiet (1). Studentane vil møte personar med demens og deira pårørande i ulike fasar av sjukdomen både i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta, ofte utan at ein



FÅR INNSIKT: Studentane får innsikt i verdien av personsentrert omsorg. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

veit meir om pasienten enn «her-og-no» situasjonen. Praksisperiodane ser dermed ikkje ut til å vere tilstrekkelege for at studentane får eit heilskapleg bilete av tenestetilbodet innanfor demensomsorg. Vi meiner den nye praksismodellen kan vere med på å styrke dette i utdanninga. Studentane får høve til å nytte kunnskap og kompetanse frå heile utdanninga si og setje dette saman i fordjupningspraksisen, samstundes som praksismodellen hjelper studentane til å få viktig innsikt i alle dei ulike delane og fasane av demensomsorga som vert ytt i kommunehelsetenesta. Etter praksis vil dei ha

betre innsikt i kva kontinuitet i tenestene har å seie for pasientgruppa, og truleg ha større forståing for korleis samhandling mellom dei ulike tenesteni- vaa fungerer. Vi ser kunnskap om dei kommunale tenestetilboda som viktig for å sikre god koordinering av, og kvalitet på tenestene. Ein av studentane seier at praksisen har vore svært relevant: «Dette er ei pasientgruppe ein truleg vil møte på uansett kor ein vel å jobbe som sjukepleiar!» Kunnskap

«Studentane får innsikt i verdien av personsentrert omsorg.»

om pasientforløp kan nyutdanna sjukepleiarane nytte seg av uavhengig av kvar dei tenkjer å arbeide etter utdanninga. Helsebiblioteket (13) definerer pasientforløp som ei heilskapleg, samanhengande skildring av ein eller fleire pasientar sin kontakt med ulike delar av helsevesenet i løpet av ein sjukdomsperiode. Studentane får undervisning om behandlinglinjer og pasientforløp gjennom studiet. Det er meir tilfeldig og avhengig av praksisplassen om dei får kunnskap om dette i praksis. Fordjupningspraksisen med fordjupning i demensomsorg styrkar dette. Nokre av studentane seier at dei gjennom fordjupningspraksis har fått innsikt i

kommunen sitt arbeid med organisering av tenestene og at dette er noko som alle studentar burde få gjennom studiet.

Avslutning

Godt samarbeid mellom HiSF, praksisfelt og USHT er særskilt viktig for å klare å gjennomføre praksismodellen. Alle partar må ta ansvar for sin del av prosjektet og slik sikrar vi trygge tenester for brukarane og gode læringstilhøve for studentane.

Fordjupningspraksisen er kort og tett pakka med læringsaktivitetar. Dette kan vere utfordrande, men med tospann-modellen finn studentane støtte i kvarandre. Saman med god oppfølging frå kontaktsjukepleiarar og praksislærar har dette fungert godt. Studentane får innsikt i verdien av personsentrert omsorg og behovet for kontinuitet i tenesta. Praksismodellen er så langt veileigna for å gje studentane innblikk i heilskapelege pasientforløp og kommunen sitt differensierte tilbod til personar med demens og deira pårørande.

Om praksismodellen er med på å rekruttere fleire sjukepleiarar til kommunehelsetenesta kan ikkje vi svare på, men gjennom ei grundig evaluering vil ein kunne sjå om praksis påverkar studentane i val av arbeidsstad. ■

Referansar:

1. Høgskulen i Sogn og Fjordane. Studieplan for sjukepleiarutdanninga. [Internett] Førde: Høgskulen i Sogn og Fjordane; 2013 [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/12166>
2. Bergland Å, Vibe O & Martinussen N. Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? Sykepleien 2010 98(01):52-54
3. Sandvik S. Nyutdannet: – Tør ikke jobbe på sykehjem. [Internett] Norge: NRK; 2014 [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <http://www.nrk.no/norge/fa-sykepleiere-vil-pa-sykehjem-1.11463546>
4. Norsk Sykepleierforbund. Avgangsundersøkelsen NSF 2013. [Internett] Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2013 [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <https://www.nsf.no/Content/1404132/Avgangsunders%C3%B8kelsen%202013.pdf>
5. Skår R. Helsetunet som praksisplass og læringsarena. Rapport frå utviklingsprosjekt, 2010/2011. [Internett] Førde: Høgskulen i Sogn og Fjordane; 2011 [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <http://www.forde-utviklingssenter.no/Filnedlasting.aspx?Midl=935&Fillid=1342>
6. Helsedirektoratet. Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – Overordnet strategi 2011-2015. [Internett] Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/178/Utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015-IS-1858.pdf>

7. Brækhus A, Dahl TE, Engedal K & Laake K. Hva er demens? [Internett] Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Hukommelsesklinikk ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål; 2013 [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=3931>
8. Brooker D. Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2013
9. Midtbø T. Å være pårørende til ein person med demens som bur heime. Opplevingar og erfaringar i møte med hjelpetenestene. HSF rapport nr 6 -2010. Førde: Høgskulen i Sogn og Fjordane; 2010. 50 s.
10. Kvåle G. & Midtbø T. Kontinuitet som kvalitetsfaktor. I: Bukve O. & Kvåle G. (red.). Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar. Oslo: Universitetsforlaget; 2014
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015. «Den gode dagen.» Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007
12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. [Internett] Oslo: Helsebiblioteket; udatert [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <https://helsedirektoratet.no/Sider/demenssykdom-og-oppfo-c3%b8lging-av-personer-med-demens-og-derers-p-c3%a5-c3%b8r.aspx>
13. Helsebiblioteket. Pasientforløp og behandlinglinjer. [Internett] Oslo: Helsebiblioteket; udatert [Henta 2015-02-18] Tilgjengeleg frå: <http://www.helsebiblioteket.no/verkt%C3%B8y/pasientforlop-behandlinglinjer>

Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem

Introduksjon

I norske sykehjem er ca. 80 % av pasientene personer med demenssykdom (1). Sentrale aktører i miljøbehandling beskriver flere utfordringer når denne pasientgruppen skal sikres en kvalitativ god omsorg (2). De siste tiår er det både i Norge og internasjonalt satt søkelys på endring av praksis ved sykehjem og i hjemmetjenesten for å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleg-

gende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (3-11). Dette innebærer endring av pleiekultur fra en oppgaveorientert til en personorientert kultur (12).

Demens medfører redusert evne til å utføre daglige gjøremål og fører ofte til endring i sosial atferd. Personer som rammes av demenssykdom har ulik livshistorie, personlighet og forskjellig evne til mestring. De har behov for behandling som er tilpasset deres individu-



Av **Marit Sund Storlien**, RN, MNsc, Høgskolelektor, Høgskolen i Gjøvik, Seksjon for Sykepleie

Venke Sørli, RNT, MNsc, PhD, Professor, Lovisenberg diakonale høgskole, Senter for klinisk sykepleieforskning

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning på kvalitet i norske sykehjem viser at tross kompetansehevede tiltak gjennom flere år, møter endringsprosesser i sykehjem motstand. Det etterlyses systematiske utviklingsprogram for å bedre personalets ferdigheter. «Innføring av strukturert miljøbehandling i demensomsorgen», er et eksempel på dette. Utviklingsprosjektet er en del av et større utviklingsprogram i regi av Demensplan 2015 og ble gjennomført ved to sykehjem i Øst-Norge. Holdninger hos personalet er sentrale. Det blir satt fokus på *hvordan* helsepersonell arbeider sammen med pasientene.

Hensikt: Hensikten var å utvikle og innføre en metode for strukturert og individuelt tilpasset miljøbehandling.

Metode: Data om personalets erfaringer ble samlet ved fokusgruppeintervju med personalet som deltok i utviklingsprosjektet og analysert etter fenomenologisk hermeneutisk metode.

Funn: Ledelsens deltakelse, personalets reelle medvirkning og arena for refleksjon var sentrale komponenter for å lykkes med innføring av miljøbehandling i sykehjem.

Konklusjon: Forhold som påvirker personalets engasjement er av stor betydning for om endringsprosesser i sykehjem lykkes.

Nøkkelord: Helsefagarbeidere, sykehjem, endring av praksis, miljøbehandling, erfaringer

Abstract

Changing Practice in Nursing Homes, the Experience of the Health Care Providers

Background: Changing practice in long-term care seems to be difficult. Studies about quality of care in nursing homes conclude that there is a need of systematic programs to develop health care providers skills in environmental treatment. «Structural environmental treatment by dementia» is such a systematic program. Attitudes of the personnel are essential and the model's focus is not just what to do, but emphasize how the health workers work together with the patients.

Aim: The aim of this study was to illuminate factors that encourage or restrain implementation of environmental treatment in nursing homes.

Method: The data was collected through focus group interviews with health care providers in two Norwegian nursing homes and analyzed by a phenomenological hermeneutic method.

Findings: Management support and interpersonal processes are of particular importance for implementation of «Structural environmental treatment by dementia» in nursing homes. Conditions that facilitate commitment in the staff are essential. An essential factor that encourage a changing practice is that the leaders pay a careful and explicit attention to the implementation process.

Conclusion: Conditions that facilitate work engagement affect introduction of new practice in nursing homes.

Key words: Health care providers, nursing homes, changing practice, nursing environment, experiences



OPPFØLGING:

Ved endringsarbeid i organisasjonen er det viktig at ledere engasjerer seg og følger opp de ansatte, og forklarer hva som er hensikten med å innføre ny praksis. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

elle behov. Personsentrert omsorg er et verdigrunnlag som er særlig anbefalt innen demensomsorgen (12-17).

Miljøbehandling legger vekt på de terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og iverksettes i miljøet pasienten befinner seg i. Det er en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (23). Fokus legges på samhandling mellom personale og pasienter og målet er at det er demenssykdommen som setter begrensningene for mestrings og ikke omgivelsene.

Videreutvikling og endring av praksis for bedre ivaretagelse av pasienter i sykehjem er viktig. Samspillet i miljøet er vesentlig for å få til gode endringsprosesser (7, 10, 13, 14, 19, 24-26, 36). Hvordan personalet deltar i endringsprosesser påvirker resultatet (4, 6, 27, 36). Bellot (19) etterlyser forskning med fokus på den formelle evalueringen ved omfattende pleiekulturendringer i sykehjem. Studier viser at personale som blir pålagt å utføre endringer ofte blir stemplet som barrierer i endringsprosesser uten at dette blir undersøkt nærmere (19,36). Tross økt kunnskapsnivå og bevissthet om hva som kan forbedre helsetjenester for eldre i sykehjem, møter innføring av ny praksis ofte motstand (17, 18).

Med utgangspunkt i Helse- og Omsorgsdepartementets Demensplan 2015 (14) er et nasjonalt miljøbehandlingsprogram gjennomført for å utvikle og formidle kunnskap om hvordan trivsel og livskvali-

tet hos personer med demens kan bedres (2). Som en del av dette programmet har et alderspsykiatrisk forskningscenter utviklet en metode for personsentrert omsorg. Strukturert og individuelt tilrettelagt miljøbehandling ble innført på pasient-, personal- og organisasjonsnivå i sykehjem, personorientert omsorg. Begrepene trygghet, støtte, engasjement, bekreftelse og struktur dannet grunnlag for utvikling av denne metoden. Den legger vekt på positive prosesser som mobiliseres og iverksettes i det miljø pasienten befinner seg. Helsepersonell ved det enkelte sykehjem er sentrale i miljøbehandling (19-23).

Flere forfattere etterlyser forskning på suksesskriterier og faktorer som hemmer innføring av ny praksis (14, 15, 24, 25). Etter innføring av miljøbehandling i to sykehjem i Norge, er det viktig å undersøke personalets erfaringer med dette.

Hensikt

Hensikten med studien er å belyse helsepersonells erfaringer ved innføring av strukturert og individuelt tilrettelagt miljøbehandling i sykehjem.

Forsknings spørsmål

Hvilke faktorer hemmer og fremmer innføring av miljøbehandling i sykehjem?

Metode

Kvalitativ tilnærming i forskning gir muligheter for

utvikling av detaljert og nyansert kunnskap om spesielle mønstre som beskriver et fenomen (28, 29) og er en anerkjent tilnæringsmåte når livserfaring skal forstås. Ved studie av erfaringer med innføring av nye måter å arbeide på, er helsepersonells erfaringer med å gjennomføre endringsprosesser vesentlig. Personalet ved et sykehjem er ei sammensatt gruppe og erfaringene er ulike og nyanser i erfaringene er vesentlig å få frem. I denne sammenheng handler det om å bidra til dybdeforståelse av erfaringer fra innføring av ny praksis i sykehjem. Kvalitativt forskningsdesign gir mulighet for å studere fenomener i hverdagslige omgivelser og søke forståelse ut fra det innholdet som informantene gir dem (29, 30).

Utvalg

Utvalget ble rekruttert fra to sykehjem i Øst-Norge ut fra hensiktsmessighet framfor representativitet, og kan dermed betraktes som et strategisk utvalg (29). Ut fra yrkesbakgrunn, alder, arbeidsoppgaver og faglig interessefelt defineres deltakerne som et homogent utvalg med like roller, noe som påvirker trykgheten i gruppen (32). Utvalget besto av 10 helsefagarbeidere fordelt på 2 fokusgrupper med henholdsvis 4 og 6 kvinner i alderen 24–53 år. I gjennomsnitt hadde informantene mer enn 15 års arbeidserfaring ved sykehjemmet de nå arbeidet ved. Fem hadde videreutdanning i aldring og eldreomsorg og psykisk helsearbeid.

Datainnsamling

For å få kunnskap om ansattes erfaringer ble fokusgruppeintervju valgt som datainnsamlingsmetode (31). Fokusgruppeintervju egner seg spesielt godt når en vil få fram bredde og kompleksitet i erfaringer fra miljø der mange mennesker samhandler (31). Førsteforfatter hadde ansvar for at intervjuene ble gjennomført og transkribert. Intervjuer kjente ikke personalet som ble intervjuet. Intervjuene som varte i 65/ 75 minutter, ble gjennomført i 2012 i lokaler utenom informantenes arbeidsplass. Intervjuene ble tapet og transkribert som fulltekst. De transkriberte intervjuetekstene ses på som *en* tekst ifølge Ricoeur (32), og Lindseth og Norberg (33). Ifølge Mishlers metode om intervjuing som datainnsamling fikk informantene kun ett åpent spørsmål om deres erfaringer (30). Oppfølgingsspørsmål ble stilt for å oppmuntre informantene til å utdype og fortelle mer om temaene de var opptatt av (30). Informantene og intervjuer brukte sitt hverdagspråk, noe som styrker intern validitet (29).

Dataanalysen

Intervjueteksten ble analysert med fenomenologisk hermeneutisk metode som er beskrevet av Lindseth og Norberg (33). Denne metoden er inspirert av Ricoeurs teori om fortolkning av tekster (32,33), og anvendt i flere studier (34,35, 36). Ifølge Ricoeur har denne metoden følgende tre faser: *naiv lesing, strukturanalyse og helhetsforståelse* (32,33). I første fase ble intervjuene gjennomlest flere ganger for å få et inntrykk av hva teksten handler om. Denne fasen, *Naiv lesing*, er første fortolkning av intervjueteksten. I fase to ble det gjennomført en *strukturanalyse* hvor setning for setning og avsnitt for avsnitt i teksten ble grundig gjennomlest og delt inn i meningsenheter, dvs. tekstenheter med likt eller beslektet meningsinnhold. Vesentlige og gjennomgående meningsenheter med sentrale tema ble formulert etter diskusjon mellom forfatterne. Tredje fase i analysen er kalt *helhetsforståelsen*. I denne siste fasen gjøres en kritisk lesing der intervjueteksten, resultatene av den naive lesingen og strukturanalysen ble vurdert ut fra forfatterens forforståelse, relevante teorier og annen forskning (32,33).

Gyldighet

Gyldighet ble tilstrebet ved at begge forfatterne deltok i analysen av data og kom i samarbeid frem

«Ny praksis kan føre til positivt arbeidsmiljø.»

til hvilke tema som framkom ved fortolkning av intervjuetekstene (33). Ifølge Ricoeur (32) kan en tekst fortolkes på flere måter, men det forutsettes at fortolkningen er tekstnær og følger de tre trinnene i fortolkningsprosessen. Vår fortolkning er derfor en av flere mulige måter å forstå pleierens erfaringer med endring av praksis i sykehjem. Resultatene i denne studien kan ikke generaliseres, men undersøkelsens gyldighet kan betraktes som høy dersom personell ved sykehjem kan kjenne seg igjen i beskrivelsen og resultatene bekrefte av tilsvarende undersøkelser (32,37). Studier med få informanter kan ha høy overføringsverdi dersom de muliggjør en dypere innsikt i fenomenene som studeres (32, 37).

Etiske betraktninger

Informantene ble informert muntlig og skriftlig om intervjuet og ga skriftlig samtykke til deltakelse. Informasjonen understreket at deltakelsen var frivillig, samt

at opplysninger ville bli behandlet konfidensielt. Anerkjente retningslinjer for forskningsetikk ble fulgt (38).

Funn

I analysen framkom to tema og fem undertema som er presentert i Tabell 1, og i teksten under. Direkte sitater fra intervjuene er inkludert for å illustrere funnene. (Se tabell 1.)

Faktorer som fremmer innføring av miljøbehandling

Engasjement

Motiverte ledere

Informantene erfarte at det var betydningsfullt for å få til endringer at ledere viste interesse for arbeidet med endring av praksis. «Viktig at ledere har vært med i hele prosessen og viser engasjement, ellers faller ansattes interesse for endring av den etablerte praksis». Informantene mente det var en forutsetning for innføring av ny praksis at ledere ga dem anerkjennelse, positiv støtte og viste interesse for den enkelte. Dette ga dem trygghet og tro på at de var viktige aktører i endringsarbeidet.

Informantene understreket betydningen av at ledere delegerte ansvaret for både utvikling og gjennomføring av innføringen til dem. De opplevde dermed at deres kompetanse ble verdsatt, noe som førte til positivitet og motivasjon i hele miljøet. «Det er jo bra

erfarte at fleksibilitet og flere åpne felt i planene oppmuntret og motiverte til refleksjon og medbestemmelse om viktige valg av aktiviteter. «Når vi kan være med å påvirke og prioritere hvilke aktiviteter som er viktige for den enkelte pasient, blir innføring av miljøbehandling meningsfull». Informantene erfarte større engasjement med fleksibilitet i miljøarbeidet og mulighetene til medbestemmelse var for dem viktig.

Arena for refleksjon

Informantene erfarte at ulike samhandlingsformer var betydningsfulle og påvirket endringsarbeidet positivt. De opplevde at innføringen av miljøbehandling fungerte best når de arbeidet i et fellesskap der åpen dialog og refleksjon fikk rom. Det var vesentlig for innføringen at alle pleierne følte seg trygge på hverandre, og at de kunne diskutere alternativer uten frykt for medarbeideres reaksjoner. «Under denne prosessen er det ikke enighet om alle forslag, men ved å høre andres beskrivelser og argumenter, kan vi finne felles løsninger og forståelse». Informantene sa de var åpne og nysgjerrige på ulike utfordringer og forslag på løsninger for å utvikle de beste ideer som fremmet innføringen av miljøbehandling. I samhandlingsprosessen var det etablert ulike arenaer både for planlegging og utveksling av hverandres erfaringer. «I morgenmøte planlegger vi dagen og tar opp eventuelle utfordringer og diskuterer hvordan vi skal løse disse». Informantene mente at åpenhet i miljøet, utveksling av ulike erfaringer og gjensidig respekt var vesentlig for deres engasjement i endringsarbeidet. «Vi har lært mye av hverandre».

«Samspillet er vesentlig for å få til gode endringsprosesser.»

at vi helsefagarbeidere får delta aktivt i viktige endringsprosesser og dermed får vise at vi er kompetente til nye oppgaver. Vi får ytterligere erfaring, og mest av alt, vi blir tatt på alvor og det i seg selv er motiverende».

Medbestemmelse

Informantene mente at for detaljerte planer knyttet til miljøbehandlingsmodellen kunne være hemmende for viktige initiativ i mange pasient-situasjoner. De

Faktorer som hemmer innføring av miljøbehandling

Manglende engasjement

Utydelige ledere

Informantene erfarte at ledere viste lite engasjement i innføringsarbeidet. «Lederen på en av avdelingene har ikke gitt oss noen støtte eller hjelp i endringsarbeidet. Hun var usikker og vegret seg for å fronte arbeidet». Når leder ikke engasjerte seg, ble dette oppfattet som hemmende for innføringsprosessen. «Tror egentlig at lederne vil at det skal arbeides etter denne modellen på alle avdelinger, men det er vi som må finne muligheten til å gjøre det. Jeg mener slike prosesser ikke skjer uten tilrettelegging og styring fra ledernivå». Personalet opplevde at støtten fra ledelsen var til stede på et formelt nivå, men at det ikke kom til uttrykk i konkret tilrettelegging eller deltakelse. Forventninger opplevdes som større enn det informantene så seg i stand til å gjennomføre og resultatet ble motløshet og oppgitthet.

Tema	Undertema
Tema	Undertema
Engasjement	Motiverte ledere
	Medbestemmelse
	Arena for refleksjon
Manglende engasjement	Utydelige ledere
	Motstand mot endring

TABELL 1: Oversikt over tema og undertema som framkom i strukturanalysen.

Motstand mot endring

At kolleger var likeglade og passive, opplevdes frustrerende og demotiverende: «De møter jo ikke opp på informasjonsmøtene og de innhenter ikke opplysninger heller». Tross omfattende informasjon, grundig opplæring og muligheter for å delta i utforming av miljøbehandlingsprogrammet, opplevde man ikke at alle arbeidet mot samme mål: «Alle skulle vært med! De syter og klager når noe er bestemt, men kan ikke si hva de ønsker eller ikke ønsker selv om de inviteres med». Når noen ikke viste interesse for den nye måten å arbeide på ga dette informantene opplevelse av usikkerhet og utrygghet som hemmet deres engasjement. «Mange mener at det er ikke tid til å gjøre noe, og det mener de før de starter dagen». Engasjementet ble også redusert når manglende initiativ og deltakelse stadig førte til skjev arbeidsfordeling: «I endringsprosessen er det noen som engasjerer seg og utfører derfor flere oppgaver enn andre. Og det er greit noen ganger, men det er ikke greit når det tas som en selvfølge».

Informantene understreket betydningen av at alle ansatte deltok i arbeidet med endring av praksis. De sa at legens rolle og ansvar også har betydning i innføringen av miljøbehandling i sykehjemmet. «Jeg reagerer på at legen vår ikke deltar i miljøbehandlingsprogrammet».

Motstand mot endring kom til uttrykk på flere måter: «Dette har vi gjort i alle år, hvorfor skal vi bruke mye tid på å dokumentere dette?». Informantene beskrev avmaktfølelse når motvilje fra kollegaer stadig ble gjentatt. Arbeidet for å endre praksis opplevdes derfor tungt og vanskelig.

Diskusjon

Vår studie viser at lederes interesse og anerkjennelse er viktig for å opprettholde engasjement for miljøbehandlingsarbeidet. Dette gjelder både interesse for det konkrete arbeidet som utføres og anerkjennelse av at den enkelte medarbeider er betydningsfull i arbeidet. Forskning både fra helsesektoren og i andre organisasjoner understøtter at det er en sammenheng mellom støtte fra ledere, motivasjon for arbeidet og kvalitet på arbeidsutførelse (8, 24, 25, 27, 39). Studiet viste at opplevd støtte fra ledere gir personalet trygghet og tro på at arbeidet de gjør er viktig, i tillegg til gjensidig respekt og positivitet i relasjonen.

Spurkeland (40) understreker at ved å vise vennlighet viser partene at de verdsetter hverandre og opplever en sosial og relasjonell gevinst. Når en medarbeider utfører nye rutiner med stor iver og leder anerkjenner dette, opplever også leder en tilfredshet ved at arbeidet er vellykket og kjenner seg dyktig. Medarbeideren får



motivasjon av relasjonen og yter mer. Lederen kjenner sin påvirkning av medarbeideren og begge yter mer. Når informantene beskriver at «de ble inspirert av å bli invitert til å ha ansvar i miljøbehandlingsprogrammet» og at «det gjorde noe med deres selvfølelse og iver når de opplevde at deres kompetanse ble verdsatt», er det nærliggende å se dette som en lignende synergieffekt. Kuvås og Dysvik (39) beskriver i sin forskning at lederes evne til å opptre støttende ved å ta arbeidstakers meninger på alvor og bry seg om medarbeideres verdier og mål, er avgjørende for at andre personaltiltak skal ha positiv effekt, mens Kaufmann og Kaufmann (41) trekker fram relasjonsorientering som den lederdimensjonen arbeidstakere verdsetter høyst når denne blir målt opp mot oppgaveorientering og endringsorientering.

Studiet viser at informantene ble inspirert og motivert når de fikk ansvar og ble vist tillit i arbeidet med endring av praksis. Begrepet empowerment brukes for å beskrive at den enkelte har makt og bestemmer over egen situasjon (27). Flere studier trekker fram medbestemmelse som betydningsfullt for jobbenngasjement (25, 27). Yeatts, Cready og Noelker (27) har gjennomført omfattende studier om «Empowered Work Teams in long-term care» der Empowered Work Teams er arbeidslag bestående av arbeidstakere på linje med norske helsefagarbeidere. Studiene viser økt interesse og iver i helsefagarbeidergruppa når de selv fikk ansvar for organisering av arbeid, utarbeidelse av prosedyrer og andre avgjørelser som angikk arbeidet den enkelte utførte for eller sammen med pasienter. Samtidig understrekes betydningen av at forslag og vurderinger som kommer fra denne gruppa må tas på alvor og følges opp av ledere for at denne formen for organisering skal fungere og ha positiv effekt for pasienter og personale. Scott og Caress (25) beskriver at en slik form for ledelse

KOMMUNIKASJON: For å lykkes med endringsarbeid, er det en forutsetning at ledere engasjerer seg og kommuniserer tydelig med sine medarbeidere. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

gjør at personalet føler seg verdsett og deres potensial kan utvikles ved å utnytte deres ferdigheter og ekspertise. En norsk studie (42) som ikke er direkte knyttet til helsevesenet viser sammenheng mellom engasjement, selvbestemmelse og støtte. I en studie blant mer enn 600 norske arbeidstakere fra tilfeldige yrker beskriver Torp (42) at arbeidstakere det stilles høye forventninger til er mer engasjerte i jobben enn arbeidstakere det stilles lave forventninger til, forutsatt at de selv kan bestemme mye i jobben og at kollegaer og ledelse er støttende. Våre funn viser liknende erfaringer når informantene opplevde at det å bli vist tillit og delegert ansvar, økte deres engasjement og innsats i innføringsprosessen.

I det tidligere omtalte studiet til Yeatt m.fl. (27) understrekes betydningen av systematisk dialog mellom arbeidslagene og ledere. Regelmessige møter ble prioritert og det ble vektlagt at arbeidslagenes forslag ble tatt til etterretning og prøvd ut. Berkhout og kollegaers studier (24) beskriver kunnskapsoverføring gjennom veiledning i personalgruppa som en betydningsfull strategi ved endring av arbeidsrutiner. Dette understøtter informantenes erfaringer med gode arenaer for refleksjon. Når det fantes mulighet for å dele både positive erfaringer og uenighet opplevde de økt forståelse for hverandres valg og kunne samarbeide om vei fram til felles mål. Freire (43) understreker at kunnskap utvikles gjennom dialog preget av jevnbyr-

er veiledningsmodellen Tverrfaglig Intervensjon ved Demens kalt TID-modellen (44, 45). Sykehjemslegen blir der presentert utfordringer slik personalet erfarer dem, samtidig som personalet oppfatter at deres erfaringer er av betydning for hele personalgruppa inkludert legen.

Informantene i vår studie etterlyser i noen situasjoner støtte fra ledelse. Manglende plan og tilrettelegging for arbeidet som endringsprosessen krever, gir dem en følelse av motløshet og de opplever at de har fått større oppgaver og ansvar enn de mestrer å gjennomføre. For å lykkes med endringsarbeid, er det en forutsetning at ledere engasjerer seg og kommuniserer tydelig med sine medarbeidere.

Bellot (19) beskriver at ulik forståelse av hensikten med et utviklingsprogram hos ledere og andre ansatte forårsaker forvirring og konflikter som hemmer innføringen av ny praksis. Hun konkluderer med at i utviklingsprogram som fordrer endring av pleiekultur, bør ledere støtte personellens engasjement. De bør sørge for å involvere hele personalgruppen og tydeliggjøre hensikten med endringen (19). Informantene i vår studie understreker viktigheten av at alle ansatte burde delta i endringsarbeidet. Tydelige og engasjerte ledere har påvirkningskraft og også mulighet til å tilrettelegge slik at alle deltar i felles møter, noe som vil medføre bedre kommunikasjon og engasjement i større del av personalgruppa, og også fordre deltakelse fra personalet som oppfattes som motstandere mot endring ved at de ikke deltar.

Både Rahman (9) og Yeatts m.fl. (27) beskriver at endring av praksis kun er mulig dersom personalets meninger blir tatt på alvor og fulgt opp. Den største utfordringen for å kunne endre en etablert praksis er når både ledere og ansatte viser lite engasjement og overlater ansvaret til kollegaer som ønsker endringer. Det er rimelig å anta at usynlige, passive og uengasjerte ledere har manglende mot og er redd for å bli upopulær blant motstanderne av innføring av ny praksis og hemmer derfor innføring av ny praksis.

Konklusjon

Studien viser at ved endringsarbeid i organisasjoner er det en forutsetning at ledere er tydelige om hensikten med innføring av ny praksis, at de engasjerer seg og følger opp de ansatte. Det er en forutsetning at ledere viser respekt og anerkjennelse for ansattes meninger og forslag som framkommer i endringsprosessen. Personalets engasjement er sentralt for å lykkes i endringsarbeid. Ved å legge til rette for gode arenaer for refleksjon kan hemmende prosesser møtes på en konstruktiv måte.

«Støtte fra ledere gir personalet trygghet.»

dighet og at mennesket selv har ansvar for sin egen læring og skal ikke være passive mottakere av informasjon. Læring skjer best i et subjekt-subjektforhold og kan bare skje gjennom kommunikasjon. Systematisk refleksjon i fellesskap vil derfor kunne fremme utviklingsprosesser. I vår studie ble legen oppfattet som ikke-deltakende i endringsarbeidet. Et eksempel på en arena for refleksjon der sykehjemslegen deltar,

■ Takk

Takk til informantene som deltok i studien. Takk til tidligere kolleger leder Birger Lillesveen og koordinator Irene Røen ved Alderspsykiatrisk Forskningscenter ved Sykehuset Innlandet som har vært viktige sparringspartnere i arbeidet. En spesiell takk til forskningsmedarbeider Elin Johnsen Lillehovde som utførte og transkriberte det ene fokusgruppeintervjuet.

Ledere har et viktig ansvar for å ivareta og vedlikeholde engasjement hos sine medarbeidere. Dette har stor betydning for en varig endring av praksis. Det at alle ansatte involveres ved innføring av ny praksis kan føre til positivt arbeidsmiljø og opplevelse av gjensidig respekt yrkesgruppene imellom. ■

Referanser:

- Selbæk G. Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes: prevalence, course and association with psychotropic drug use. Oslo; University of Oslo; 2008.
- Rokstad AMM, red. Bedre hverdag for personer med demens. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse; 2012.
- Garsjø O. Institusjon som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker- og brukerperspektiv. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
- Hauge S. Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. s. 219–36.
- Kirkevold M. Individuell sykepleie. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. s. 100–12.
- Rondeau KV, Wagar TH. Nurse and resident satisfaction in magnet long-term care organizations: do high involvement approaches matter? *Journal of Nursing Management*. 2006;14(3):244–50.
- Lindeman MA, Black K, Smith R, Gough J, Bryce A, Gilseman B, et al. Changing practice in residential aged care using participatory methods. *Education for Health: Change in Learning & Practice* (Taylor & Francis Ltd). 2003;16(1):22–31.
- Berlowitz DR, Young GJ, Hickey EC, Saliba D, Mittman BS, Czarnowski E, et al. Quality improvement implementation in the nursing home. *Health services research*. 2003;38(1p1):65–83.
- Rahman AN, Schnelle JF. The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*. 2008;48(2):142–8.
- Kvalitetsforskriften. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.
- Verdighetsgarantien. Forskrift om en verdig eldreomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010.
- Rokstad AMM, Smebye KL. Personer med demens: møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008.
- Stortingsmelding nr 25. Mestring, muligheter og mening. *Framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005–2006.
- Demensplan 2015. «Den gode dagen». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
- Edvardsson D, Winblad B, Sandman P. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*. 2008;7(4):362–7.
- Bergland Å, Kirkevold M, Edvardsson D. Psychometric properties of the Norwegian Person-centred Climate Questionnaire from a nursing home context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(4):820–8.
- Kitwood T, Johnsen N. En revidering af demens: personen kommer i første række. Høeg D, red. Frederikshavn: Dafolo; 1999.
- Sandvoll A, Kristoffersen K, Hauge S. New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study. *BMC Nursing*. 2012;11(1):7.
- Bellot J. Nursing Home Culture Change: What Does It Mean to Nurses? *Research in gerontological nursing*. 2012; 5(4): 264–73.
- Stiftelsen Psykiatrisk opplysning. Miljøterapi-en modell for tenkning, handling og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: PAFFUMA; 2001.
- Gunderson JG. Defining the therapeutic process in psychiatric milieu. *Psychiatry*. 1978;41:327–35.
- Taft LB, Delaney K, Seman D, Stansell J. Dementia care creating a therapeutic milieu. *J Gerontol Nurs*. 1993;19(10):30–9.
- Vatne S. Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
- Berkhout AJM, Boumans NPG, Mur I, Nijhuis FJN. Conditions for successfully implementing resident-oriented care in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):298–308.
- Scott L, Caress AL. Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. *Journal of Nursing Management*. 2005;13(1):4–12.
- Rokstad AMM. Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre. 2. utgave. Tønsberg: Forl. aldning og helse; 2005.
- Yeatts DE, Cready CM, Noelker LS. Empowered work teams in long-term care: strategies for improving out-comes for residents & staff. Baltimore: Health Professions Press; 2008.
- Johannessen A, Tuft PA, Kristoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.
- Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
- Mishler EG. Research interviewing: context and narrative. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1986.
- Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*. 2012;60(6):411–6.
- Ricoeur P. Interpretation Theory: Discourse and surplus of meaning. Fort Worth: Texas University Press; 1976.
- Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):145–53.
- Nordam A, Torjuul K, Sørli V. Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14(10):1248–56.
- Tan, H., Wilson, A. & Olver, I. (2009). Ricoeur's Theory of Interpretation: an instrument for data interpretation in Hermeneutic Phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(4): 1–15.
- Jakobsen, R., Sørli, V., Guttormsen, T. & Finstad, H. H. (2010). Å stå utenfor endringsprosesser på egen arbeidsplass. *Vård i Norden*, 30(3): 9–13.
- Morse JM. Qualitative generalizability. *Qualitative Health Research*. 1999;9(1):5–6.
- Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
- Kuvaas B, Dysvik A. Exploring alternative relationships between perceived investment in employee development, perceived supervisor support and employee outcomes. *Human Resource Management Journal*. 2010;20(2):138–56.
- Spurkeland J. Relasjonskompetanse: resultater gjennom samhandling. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
- Kaufmann G, Kaufmann A. Psykologi i organisasjon og ledelse. Bergen: Fagbokforlaget; 2009.
- Torp S, Grimsø A, Hagen S, Duran A, Gudbergsson S. Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promotion International*. 2012; June 11:1–10.
- Freire P, Berkaak OA. De undertrykte pedagogikk. Oslo: De norske Bokklubbene; 2003.
- Lichtwark B, Røen IM, Selbæk G. Multidisciplinary Intervention for challenging behavior in Nursing home patients with Dementia (MID). *International Psychogeriatrics*. 2011;23(5):921–38.
- Lichtwark B, Tverå A-M, Røen I. Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens: Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet; 2012.
- Morgendagens omsorg. Melding til Stortinget nr 29. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
- Suominen T, Härkönen E, Kukkurainen M-L. Perceived organizational change and its connection to the work-related empowerment. *Vård i Norden*. 2011;31(1): 4–9

Kvalitetsindikatorer

– internasjonal forskning og praksis

Av **Sigrd Nakrem**, sykepleier/førsteamanuensis, avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag

Introduksjon

Den forventede fremtidige økningen i antall eldre forutsetter effektiv organisering for at offentlige helsetjenester skal holde høy kvalitet. Utfordringen med heldøgn omsorgstilbud i sykehjem er å skape et godt hjem samtidig som det gis god og profesjonell hjelp til skrøpelige eldre i deres siste fase av livet (1-3). Kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem må derfor romme et utvidet omsorgsbegrep som omfatter den eldre som både beboer og pasient. Både naturlig omsorg og profesjo-

nell pleie karakteriserer dermed pleien og omsorgen i sykehjem (4). Det stilles store krav til hvordan helsepersonellet kartlegger og måler kvaliteten på sykepleietjenesten for å sikre at den holder en høy faglig standard og sikrer at pasientene opplever et godt tilbud. Denne artikkelen refererer til en studie av sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer for sykehjemstjenesten, det vil si helsemål hvor sykepleie har påvirket helsestatusen direkte (5). Pasientperspektivet kombinert med et profesjonelt perspektiv er derfor i fokus.

Sammendrag:

Bakgrunn: Sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer er kvantitative mål som benyttes for å vurdere kvaliteten i sykehjem. Hensikten med studien var å få en oversikt over hvilke kvalitetsindikatorer som benyttes i andre, sammenlignbare land, og å vurdere validiteten på kvalitetsindikatorerne for pleie- og omsorgstjenester i norske sykehjem.

Metode: Det ble gjort systematisk litteratursøk. 46 indikatorer fra USA, Australia, Norge, New Zealand og UK innenfor 18 sykepleieområder ble inkludert i studien. Kvalitetsindikatorernes reliabilitet, validitet og anvendbarhet ble bedømt.

Funn: Ingen av de utvalgte kvalitetsindikatorerne hadde tilfredsstillende dokumentasjon på alle kriteriene. Alle indikatorerne var vurdert som sensitive for sykepleie, og de hadde god dokumentasjon for klinisk relevans. Vurdering av teoretisk validitet var vanskelig fordi kun få studier hadde fokusert på dette. Ingen studier hadde fokusert på evne til å fange opp kvalitetsforbedringer eller anvendbarhet. Dokumentasjon fantes for reliabilitet når det gjaldt kvalitetsindikatorerne brukt ved sykehjem i USA. De hadde også definert minimumsstandarder og hadde justert for pasientsammensetning for sine kvalitetsindikatorer.

Konklusjon: Utviklingen og testing av kvalitetsindikatorer er lite dokumentert i litteraturen, noe som gjør det vanskelig å ta i bruk disse i Norge. Det kan også stilles spørsmål ved hvorvidt indikatorerne fanger opp pasientopplevd kvalitet, spesielt psykososialt velvære hos sykehjemspasienter med demens.

Nøkkelord: Sykehjem, kvalitetsindikatorer, systematisk kunnskapsoppsummering, kvalitetsforbedring

Abstract:

Background: Nursing-sensitive quality indicators are quantitative measurements that are used to assess quality in nursing homes. The purpose of the study was to obtain an overview of the quality indicators that are used in other, comparable countries, and to assess their validity as quality indicators for nursing and care services in Norwegian nursing homes. Method: A systematic search in literature was performed. 46 indicators from the United States, Australia, Norway, New Zealand and the UK within 18 nursing areas were included in the study. The quality indicators' reliability, validity and applicability were judged.

Findings: None of the selected quality indicators had satisfactory documentation on all of the criteria. All the indicators were considered sensitive for nursing, and they had good evidence of clinical relevance. The assessment of the theoretical validity was difficult because only a few studies had focused on this. No studies had focused on the ability to capture quality improvements or applicability. Reliability testing had been done for quality indicators used in the United States. They had also defined minimum standards and had adjusted for patient mix in their quality indicators.

Conclusion: The development and testing of quality indicators are sparsely documented in the literature, which makes it difficult to make use of these in Norway. It can also be questioned whether the indicators capture the patient experienced quality, especially the psychosocial well-being of nursing home patients with dementia.

Key words: Nursing home, quality indicators, systematic review, quality improvement



UTVIDET OMSORGSBEGREP: Kvaliteten på pleie og omsorg i sykehjem må omfatte den eldre som både beboer og pasient. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Bakgrunn

Kvalitet på pleie- og omsorgstjenesten kan bedømmes ut fra ulike perspektiver. Både pasienten, personalet og styrende myndigheter har krav og forventninger til kvaliteten, men kvalitetsbegrepet kan være vanskelig å definere slik at alles syn på kvalitet forenes (6). Institute of Medicine i USA har bidratt med en internasjonal anerkjent definisjon på kvalitet (7), som ble oversatt til norsk i 2010:

«Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkelt-personer og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap» (8), side 41.

I Veileder til kvalitetsforskriften er følgende definisjon brukt:

«...helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov» (9), side 7.

For pasienten vil kvalitet være situasjonsbestemt og preget av den umiddelbare effekten pleien og omsorgen har for den enkeltes opplevelse av velvære. Kvalitet kan også sees i et større perspektiv, der tjenestekvaliteten vurderes ut fra hvorvidt den øker helsen i befolkningen og fremmer en god opplevelse av helsetjenesten samtidig som kostnaden i forhold til nytten reduseres (10). Dette er også i tråd med Nasjonal strategi for kvalitet i helsetje-

TABELL 1: Kvalitetskontroll og bruk av kvalitetsindikatorer i de ulike landene.

Land	Pasientkartlegging	Kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg i sykehjem i bruk (Antall indikatorer)	Kvalitetskontroll i sykehjem	Lovverk og reguleringer
USA	Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set (RAI-MDS)	Nasjonale kvalitetsindikatorer utledet fra RAI-MDS (24 indikatorer)	Akkreditering av Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (kvalitetsindikatorer, observasjon og ekstern evaluering)	Omnibus Budget and Reconciliation Act (OBRA) 1987 Federal Nursing Home Reform Act 1987
Australia	Aged Care Assessment Program (ACAP)	Aged Care Standards (4 standarder med 44 indikatorer for forventede resultat)	Akkreditering av Aged Care Standards and Accreditation Agency	Aged Care Act 1997
Norge	Individbasert pleie og omsorgsstatistikk (IPLOS)	Utleddet fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) (9 indikatorer)	Statens helsetilsyn Internkontroll	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011
New Zealand	National Needs Assessment	Health and Disability Sector Standards for Ministry of Health Certification (6 resultatmål med 42 standarder)	Sertifisering av Ministry of Health. Sertifiseringsaudit av ekstern organisasjon (oppfyllelse av lovkrav)	Health and Disability Services (Safety) Act 2001. Health and Disability Services (Safety) Hospital Care, Residential Disability Care and Rest Home Care Standards Notice 2002
England	Single Assessment Process (SAP) Minimum Data Set for Health Care (MDS HC)	Standards for Care Homes for Older People (38 standarder)	Care Quality Commission (CQC) inspeksjon inkludert rangering med 0-3 sters (38 standarder)	Care Standard Act 2000, National Minimum Standards Care Homes for Older People
Sverige	SAMSPRÅK (ikke brukt nasjonalt)	-	Helsetilsyn for helsetjenesten og intern evaluering	Hälso- ock sjukvårdslagen 1982
Danmark	Fællessprog	Lokale standarder	Inspeksjon ved overlegen i amtet og intern evaluering	Socialtjenesteloven 1997

nesten som stiller krav til at gode helsetjenester skal «... være virkningsfulle, være trygge, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt.» (11), side 11.

Hensikten med å utvikle sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer er at de skal være et verktøy for å dokumentere pleie- og omsorgskvaliteten og måle kvalitetsforbedringer i sykepleien (12). Å overvåke og kontinuerlig evaluere kvaliteten på sykepleietjenesten (monitorering) er én måte å sikre god kvalitet på sykehjemstilbudet (13). Det er økende krav fra myndigheter, helsepersonellet, pasient og pårørende om å måle både kvalitet i og effekt av ulike helse- og omsorgstjenester. Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013): «God kvalitet – trygge tjenester», gir anbefalinger om det helhetlige kvalitetsarbeidet, inklusive bruk av kvalitetsindikatorer og implementering av et system for kontinuerlig kvalitetsforbedring (14). Kommunene skal i tråd med regelverket ha et system for å innhente pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter, og benytte disse til å bedre kvaliteten på tjenestene (15).

For å kunne måle kvaliteten må det benyttes målbare størrelser som, for eksempel, kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et kvantitativt mål som brukes som en pekepinn for å overvåke og evaluere (16). Det anbefales å bruke sammensatte kvalitetsindikatorer som måler kvalitet innenfor strukturkvalitet, prosesskvalitet og resultatkvalitet (17). Strukturkvalitet innbefatter ulike strukturelle faktorer som påvirker kvaliteten, som for eksempel organisering av personalet ved sykehjemmet og bygningmessige forhold. Prosesskvaliteten er måten personalet utfører den direkte pleien og omsorgen på. Helseeffekten for den enkelte pasient eller grupper av pasienter måles som resultatkvalitet, som igjen påvirkes av struktur og prosess. Kvalitetsindikatorene har som formål å påvise forskjeller i sykepleiepraksisen, og det må tas hensyn til naturlige og forventede endringer i helsetilstanden hos pasienten som vil kunne påvirke resultatkvaliteten (16). Ettersom pasientene i sykehjem er skrøpelige og har mange kroniske lidelser som kan påvirke utviklingen i helsetilstanden over tid, er dette særlig relevant for kvalitetsmåling i sykehjem. God sykepleie kan derfor ofte ikke måles ved kun å se på sluttresultatet (resultatindikatorer) for den enkelte pasient. Det bør benyttes prosessindikatorer i tillegg for å vurdere kvaliteten.

Kvalitetsbegrepet er abstrakt og trenger derfor å

bli operasjonalisert i form av kriterier (6). Kriterier er variabler som er representative for fenomenet og som gir uttrykk for hva som er godt eller dårlig. Oppfyllelse av kriteriene betyr at kvalitetsmålet er oppnådd. For å bestemme hvilke kriterier som inngår i kvalitetsindikatoren, må det være definert en standard for beste praksis, eller et ønsket nivå, slik at man har noe å måle opp mot. Hva som er god standard for pleie- og omsorgstjenesten i sykehjem må baseres på både forskningsbasert kunnskap og praksiskunnskap samtidig som pasientens preferanser ivaretas. Det er forsket lite på hvilke standarder som skal gjelde for behandling, pleie og omsorg ved norske sykehjem (18). Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (19) gir føringer for et minimum av innhold i tjenesten, men har ikke satt noen standard for måloppfyllelse, for eksempel hvorvidt standarden for eneromsdekning for langtidspasienter skal være 100 prosent. Ofte er slike forskrifter for abstrakte til at de kan benyttes som kvalitetsmål direkte. Noen

«Det er forsket lite på hvilke standarder som skal gjelde.»

forskere har utledet kvalitetsmål basert på kvalitetsforskriften for å måle kvalitet i sykehjem (20, 21).

Det er nærmest et ubegrenset antall mulige kvalitetsindikatorer for helsetjenesten. Det kritiske punktet er å finne kvalitetsindikatorer som er gyldige og pålitelige mål for pleie og omsorg på sykehjem. Videre er det en fordel om det allerede finnes data som kan benyttes til kvalitetsindikatoren, for eksempel i pasientjournaler (22). Dette vil lette innsamlingen av data og gjøre kvalitetsmålingen mer effektiv. Imidlertid er behovet for gyldige og pålitelige data viktigere enn lett tilgjengelige data, så disse to behovene må holdes opp mot hverandre.

Mange land i den industrielle verden har startet å utvikle kvalitetsmål for pleie og omsorg. Det er derfor hensiktsmessig å innhente og dra nytte av kunnskap fra dette internasjonale arbeidet ved utvikling av norske kvalitetsindikatorer for sykepleietjenesten i våre sykehjem. Denne artikkelen bruker derfor data fra en studie med en oversikt over utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer i land det er naturlig å sammenligne seg med. Sju land ble inkludert: USA, Australia, Norge, New Zealand, England, Sverige og Danmark. Selv om USA har en helsetjeneste som er nokså ulik norsk helsetjeneste med mer innslag av private tjenester, ble USA likevel inkludert fordi de har kommet

lengst i utviklingen av kvalitetsindikatorer og i stor grad har bidratt med forskning på dette feltet (23). Et utvalg av sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer ble evaluert for validitet og anvendbarhet for norske forhold på bakgrunn av litteratur.

Metode

Det ble gjort et systematisk litteratursøk hvor litteratur som omhandlet utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer i de utvalgte landene (USA, Australia, Norge, New Zealand, England, Sverige, Danmark) ble inkludert. Det ble avgrenset til litteratur på engelsk eller nordiske språk. Det er ulike begrep for sykehjem i de ulike landene, og det ble derfor søkt på alle former for heldøgns omsorgstjenester som hadde langtidstilbud til eldre over 65 år, sykepleietjeneste med autoriserte/offentlig godkjente sykepleiere og tilgang til legetjeneste.

Innledningsvis ble det laget en oversikt over bruken av kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten i sykehjem i de ulike landene ut fra informa-

«Det er nærmest et ubegrenset antall mulige kvalitetsindikatorer.»

sjon på websidene til landene, rapporter og lovverk. Videre ble 45 artikler fra det systematiske søket i databasene inkludert i studien, og dannet grunnlaget for vurderingen av et utvalg av sykepleiesensitive indikatorer blant de mange indikatorene fra de ulike landene. Kun prosess- og resultatindikatorer ble inkludert fordi sykepleiere har mindre innflytelse på de strukturelle indikatorene. For å evaluere kvalitetsindikatorene, ble det utformet 8 evalueringskriterier basert på kriterier fra to amerikanske anerkjente organisasjoner; Agency for Healthcare Research and Quality (16) og Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (24), se merknad til tabell 2.

Resultater

I tabell 1 vises en oversikt over hvordan kartlegging og vurdering av pasientene ble gjort før pasienten flyttet til sykehjem. Disse skjemaene var svært ulike fra land til land. I USA har de benyttet "Resident Assessment Instrument Minimum Data Set" (RAI-MDS) siden 1991 (25), og det brukes nå i alle sykehjem i USA (26). England hadde også utviklet «Single Assessment Process for Older People» (SAP-



MANGE ER I GANG: Mange land fra den industrielle verden har startet med å utvikle kvalitetsmål for pleie og omsorg. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

TABELL 2: Analyser av utvalgte sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsindikator	Land	Kvalitetsdomene	Klinisk område	Evidens innen kriteriene* Bokstav i parentes = usikker evidens
1. Nye frakturer 2. Fall	USA USA	Resultat Resultat	Pasientsikkerhet/ uhell	A, B, E, F, G A, B, E, F, G
3. Depresjon og angst 4. Problematisk atferd 24. Håndtering av problematferd 5. Depresjon (uten antidepressiv behandling)	USA USA Australia USA	Resultat Resultat Prosess Resultat	Mental funksjon/atferd	A, B, E, F, G A, B, E, F, G A, B, G A, B, (C), (E), F, G
6. Nyoppstått kognitiv svikt	USA	Resultat	Kognitiv funksjon	A, B, E, F, G
7. Tap av kontroll over blære- og tarmfunksjon hos lavrisikopasienter 8. Bruk av permanent kateter 9. Inkontinens uten plan for toalettrutiner 25. Håndtering av kontinens 10. Opphopning av feces i rektum	USA USA USA Australia USA	Resultat Prosess Prosess Prosess Resultat	Eliminasjon	A, B, C, E, F, G A, B, E, F, G A, B, C, E, F, G A, B A, B, E, F, G
12. Vekttap 13. Sondeernæring 14. Dehydrering 26. Ernæring og væskebalanse 41. Ernæring og væskebalanse 44. Måltider og spisesituasjon	USA USA USA Australia New Zealand England	Resultat Prosess Resultat Prosess Prosess eller resultat Prosess	Ernæring	A, B, C, E, F, G A, B, E, F, G A, B, E, F, G A, B A, B A, B
15. Smerte 27. Smertehåndtering	USA Australia	Resultat Resultat	Smerte	A, B, C, (E), F, G A, B
16. Økning i hjelpebehov til daglige aktiviteter	USA	Resultat	Fysisk funksjon	A, B, E, F, G
17. Sengeliggende pasienter 18. Økt forflytningsproblem 19. Reduksjon i rekkevidde 28. Mobilitet, førlighet og rehabilitering	USA USA USA Australia	Resultat Resultat Resultat Prosess	Fysisk aktivitet	A, B, (C), (E), F, G A, B, E, F, G A, B, E, F, G A, B
21. Lite eller ingen aktivitet	USA	Prosess eller resultat	Aktivitet	A, B, (C), E, F, G
20. Fysiske tvangsmidler 37. Fysiske tvangsmidler	USA Norge	Prosess Prosess	Tvangsmidler	A, B, (C), E, (F), (G) A, B
22. Trykksår 29. Pleie av huden	USA Australia	Resultat Resultat	Pleie av huden	A, B, (C), E, F, G A, B, E
23.; 30.; 38.; 42.; 45. Standardisert nasjonalt kartleggings skjema	USA Australia Norge New Zealand England Norge New Zealand England	Prosess Prosess Prosess Prosess Prosess Prosess Prosess Prosess	Kartlegging og pleieplanlegging	A, B, G A, B, G A, B, G A, B, G A, B, G A, B, G A, B, G A, B, G
31. Klinisk sykepleie, spesialsykepleie og andre helse relaterte tjenester 46. Helsetjeneste	Australia England	Prosess Prosess	Klinisk sykepleie	A, B A, B, G
32. Munn- og tannhelse 39. Munn- og tannhelse	Australia Norge	Prosess Prosess	Munn- og tannpleie	A, B, G A, B, G

Tabellen fortsetter på neste side

Kvalitetsindikator	Land	Kvalitetsdomene	Klinisk område	Evidens innen kriteriene* Bokstav i parentes = usikker evidens
33. Syns- og hørselstap	Australia	Prosess	Sansning	A, B
34. Søvn	Australia	Resultat	Søvn	A, B
35. Emosjonell støtte	Australia	Prosess	Håndtering av livssituasjon	A, B
11. Urinveisinfeksjoner	USA	Resultat	Hygiene	A, B, E, F, G
36. Infeksjonskontroll	Australia	Prosess		A, B
40. Infeksjonskontroll	Norge	Prosess		A, B
43. Infeksjonskontroll	New Zealand	Prosess		A, B

* Merknad til tabellen: Evalueringskriteriene var:
A. Relevant for sykehjem og påvirket av sykepleien (Nursing sensitivity)
B. Klinisk relevans (Face validity)
C. Begrepsvaliditet som viser at det er samsvar med andre mål som skal måle det samme (Construct validity)
D. Evne til å fange opp endringer i kvaliteten (Discriminant validity)
E. Presisjon og pålitelighet som viser konsistent måling over tid, systematiske feilkilder er eliminert og er reproduserbare (Reliability)
F. Justering for pasientsammensetning er vurdert (Risk-adjustment or stratification)
G. Definert (minimums)standard (Thresholds for high and low quality)
H. Anvendbarhet i forhold til å innhente data fra eksisterende datakilder (Feasibility)

MDS) basert på RAI-MDS (27). Australia hadde basert sitt nasjonale kartleggingsverktøy på International Classification of Functioning (ICF) utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) (28). Norge, New Zealand og Danmark hadde utviklet egne kartleggingsverktøy hvor deler av andre instrumenter var integrert. Det norske individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) som benyttes i dag har inkludert elementer fra RAI-MDS og ICF (29).

Utviklingen av ulike kartleggingsverktøy var knyttet til hvordan pasientdata fra kartleggingsverktøyene primært var tenkt brukt i de forskjellige landene. I Australia var hovedformålet å vurdere på hvilket nivå pasienten hadde behov for sykehjemstilbud, det vil si hvorvidt pasienten trengte spesialisert sykepleie eller botilbud med noe basisservice. Også i Norge ble IPLOS-skåren lagt til grunn for hvorvidt det var behov for helse- og omsorgstjenesten. Pasientdataene ble brukt til pleieplanlegging i USA, New Zealand og England.

For å drive sykehjem og få statlig finansiering, krevdes det i alle landene en form for godkjenningssystem, akkreditering eller sertifisering (tabell 1). Godkjenningssystemene fokuserte i hovedsak på om lover og reguleringer for sykehjemsdrift ble fulgt. USA, Australia, New Zealand og England hadde krav i loven om systematisk overvåknings av kvaliteten i sykehjem (30-33). Godkjenningssystemer varierte også mellom landene og kunne være

lokale myndigheter eller nasjonale organisasjoner. England hadde et system med både årlig egenvurdering, og ekstern inspeksjon og tilsyn med stjernegradering av kvalitet (32). I den norske helse- og omsorgstjenesteloven fra 2011 §4-2 er krav om systematisk arbeid for kvalitetsforbedring omtalt. I Norge ble det gjort tilsynsbesøk av Statens helsetilsyn, og satt en frist for å utbedre pålegg gitt etter tilsyn (34). Tilsynshyppigheten varierte med behov og kapasitet, fra ½ til 4 år mellom hvert tilsyn. I 2012 ble Helsetilsynet i fylket integrert i fylkesmannsembetet, hovedsakelig som følge av at vi fikk ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (35), samt endringer i helsetilsynsloven.

Kvalitetsindikatorer i de ulike landene

I tabell 2 vises en oversikt over utvalgte sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer fra hvert enkelt land. For en nærmere beskrivelse av indikatorene henvises det til Nakrem m.fl. 2009 (36). Det var helt klart USA som hadde flest sammensatte og spesifikke kvalitetsindikatorer i bruk, med 23 indikatorer inkludert i oversikten. Fra Australia ble det valgt ut 13 indikatorer, og disse hadde en bredere formulering enn de mer spesifikke indikatorene i USA. For eksempel var indikatoren for kontinensomsorg i Australia (nr. 25.) beskrevet slik: «Beboernes kontinens er godt håndtert» mens det i USA var fem kvalitetsindikatorer for det samme problemområdet:

Tap av kontroll over blære- og tarmfunksjon hos lavrisikopasienter (nr. 7); Bruk av permanent kate-ter (nr. 8); Inkontinens uten plan for toalettrutiner (nr. 9); Opphopning av feces i rektum (nr. 10); og urinveisinfeksjoner (nr. 11).

Fra norsk sykehjemstjeneste ble 4 sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer trukket ut: Bruk av fysiske tvangsmidler overfor personer med psykisk funksjonshemming i sosialtjenesteloven §4A (37) (nr. 37). (Fra 1. januar 2012 trådte ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Lov om sosiale tjenester kapittel 4A er erstattet med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9, i det vesentlige

«Det er grunn til å være kritisk til bruk av sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer.»

uten endringer i innholdet); Standardisert nasjonal kartlegging av pasientene (IPLOS) (nr. 38); Årlig tilsyn av tannhelsetjeneste (nr. 39); og infeksjonskontroll (nr. 40). Kvalitetsindikatorene fra England, som var hentet fra "Care Standards Act, National Minimum Standards Care Homes for Older People" (38), var svært bredt formulert. Hver indikator hadde imidlertid underpunkter som tilsvarte noen av de andre lands mer spesifikke kvalitetsindikatorer, for eksempel for indikatoren «måltider og spisesituasjon» (nr. 44) hvor det ble beskrevet som krav at pasientene «...får variert, appetittvekkende og næringsriktig mat... og måltidene serveres i hyggelige omgivelser og til fleksible tider». Til sammenligning hadde USA indikatorer som vekttap, sondeernæring og dehydrering, mens Australia og New Zealand hadde generelle formuleringer i en samlet indikatorer om at pasientene skulle få dekket sine behov for ernæring og væske på en adekvat måte.

Kvalitetsindikatorenes validitet

Tabell 2 oppsummerer forskning som ligger til grunn for kvalitetsindikatorenes gyldighet og pålite-lighet. Alle indikatorene som ble valgt ut ble vurdert til å være sykepleiesensitive (kriterium A i lista over evalueringskriterier), og alle hadde god dokumen-tasjon for klinisk relevans (kriterium B). Ingen av indikatorene oppfylte alle de åtte kriteriene. De to evalueringskriteriene som var mest problematisk å finne svar på i litteraturen, var kriterium D: «Evne til å fange opp endringer i kvaliteten», og kriterium

H: «Anvendbarhet i forhold til å innhente data fra eksisterende datakilder».

Begrepsvaliditet (kriterium C) var også vanskelig å dokumentere for de fleste sykepleiesensitive kvali-tetsindikatorene. Dette skyldtes at det er få (om noen) «gullstandarder», det vil si validerte måleinstrumen-ter å sammenligne med. Noen få studier er gjennom-ført for å teste hvor godt ulike indikatorer samsvarer med andre instrumenter som måler det samme eller observert praksis. Disse omfatter smerte (39, 40), sengeliggende pasienter (41), bruk av tvangsmidler (42), trykksår (43-45), depresjon (46-48), vekttap (49) og urininkontinens (50, 51). Studiene viste imidlertid at det generelt var liten sammenheng mellom kva-litetsindikatorene og observert kvalitet på pleie og omsorg i sykehjemmene.

Reliabilitetstesting var gjort for de 23 indikato-rene som er utledet fra RAI-MDS i USA (kriterium E). Mest vanlig var testing for inter-rater reliabilitet (bedømmerpålitelighet) og test-retest reliabilitet (to målinger av indikatoren på ulike tidspunkt) (52, 53). For kvalitetsindikatorene brukt i Australia, New Zealand, England og Norge var det den subjektive vurderingen gjort av inspektør eller tilsynsperso-ner i forbindelse med godkjenning av institusjonen eller innrapportering av data som ble lagt til grunn for kvalitetsindikatoren. Det ble ikke funnet noen reliabilitetstesting for disse. Med tanke på bestem-melse av minimumsstandard for kvalitet (kriterium G), viste kun en amerikansk studie av kvalitetsin-dikatorer i sykehjem at det var utviklet terskler for høy og lav kvalitet (54). En gradering av sykehjem («Five star quality rating») var også offentliggjort på internett på bakgrunn av blant annet 10 av disse indikatorene (26). Noen av indikatorene var beskre-vet i litteraturen på en måte som viser at standarden eller terskelen var 100 prosent oppfyllelse for alle pasienter (indikator nr. 23, 30, 38, 42, 45, 46, 32 og 39 i tabell 2).

Diskusjon

Litteraturstudien som er presentert i denne artik-kelen viser at kvalitetsindikatorer er i bruk i mange land, og at de har betydning for akkreditering, serti-fisering eller andre godkjenningsordninger. Imidler-tid var mange av de sykepleiesensitive indikatorene tatt i bruk uten at det var gjort formell testing av validiteten. Selv i USA, der kvalitetsindikatorer har vært brukt siden 1995 (55), var grunnlaget for å bedømme begrepsvaliditet mangelfullt (56). Gene-relt har kvalitetsindikatorene fra USA gjennomgått

mer testing enn de som brukes i andre land. Det er også definert hva som er høy og lav kvalitet for disse indikatorene, noe som er en hjelp for å sammenligne kvaliteten ved ulike sykehjem (54). Per i dag utføres en del arbeid for å bedre validiteten og reliabiliteten på kvalitetsindikatorne (57-59), men mye gjenstår for å sikre at indikatorene faktisk måler kvaliteten på tilbudet i sykehjem.

Siden kvalitetsbegrepet er flertydig og mange-sidig, ville det ideelle ha vært å ha sammensatte og spesifikke indikatorer for alle viktige kvalitetsdimensjoner (57, 60). Særlig kan det se ut som psykososiale forhold er det som er vanskeligst å måle ved hjelp av kvalitetsindikatorer (61). Pasienter i sykehjem er svært forskjellige med svært ulike behov som helsepersonellet har ansvar for å dekke til samme tid. Det er verdt å merke seg at det ikke ble funnet studier som hadde testet indikatorenes evne til å påvise meningsfulle endringer i pleie og omsorg (kriterium D). Dette er derfor en viktig faktor i utvikling av kvalitetsindikatorer som bør utforskes videre (6).

Fem av de sju landene i studien hadde tatt i bruk noen utvalgte nasjonale sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Sverige har i den senere tid etablert et system med såkalte «öppna jamförelser», det vil si resultater fra målinger med ulike kvalitetsindikatorer legges ut på internett (se www.skl.se). Her kan alle interesserte, også pasient og pårørende, få mer informasjon og følge med tjenesten.

Det er viktig å være oppmerksom på at dersom kun noen få kvalitetsindikatorer benyttes for å sammenligne sykehjem eller brukes som benchmarking for å vurdere egen virksomhet, er det nødvendig å ta hensyn til pasientsammensetningen. Dette gjøres ved å risikojustere kvalitetsindikatorne, eller ved å gruppere pasientene etter funksjonsnivå og sykdomsforhold slik at sykehjemmene blir sammenlignbare (59, 60, 62, 63). Alternativt kan det brukes sykepleiesensitive indikatorer som har en lett gjenkjennbar høy eller lav standard for å markere et sykehjems kvalitet generelt. Eksempler kan være indikatorer som viser økning i fall med skader, vekttap, trykksår eller bruk av tvangsmidler. Slike målinger kan gi en indikasjon på at kvalitetsforbedringer innen noen områder bør iverksettes (16).

Videre utvikling av kvalitetsindikatorer bør gjøres med en systematisk tilnærming, spesielt gjelder det indikatorer som skal brukes nasjonalt og internasjonalt for å overvåke og dokumentere kvaliteten. En slik systematisk prosedyre består i

fire anbefalte faser. Først blir det viktig å identifisere relevante kvalitetsindikatorområder ved å studere forskningsfeltet (64), før man i neste fase gjør en utvelgelse av kvalitetsindikatorer. Det er mest nyttig å velge områder som er vanlige (stort volum), viktige (for eksempel stor risiko) og som har stor variasjon i kvaliteten (65). I tredje fase av utviklingsarbeidet må det bestemmes kriterier for måloppnåelse, standard og datasamlingsmetode. Her er det viktig å ha fokus på realistiske, gjennomførbare og nyttige indikatorer (66, 67). Til slutt bør det gjøres en utprøving og systematisk validering av kvalitetsindikatorne (68, 69). Disse strenge retningslinjene for utvikling av kvalitetsindikatorer gjelder ikke nødvendigvis for mindre lokale prosjekter som bruker kvalitetsindikatorer for å måle endringer, som for eksempel forbedringsprosjekt. Det må likevel kontrolleres hvorvidt kvalitetsmålene som benyttes henger sammen med formålet med prosjektet og de tiltakene som settes i verk, og om kvalitetsindikatorne er pålitelig målt (70, 71).

Etablering av et system for kontinuerlig forbedringsarbeid har vist seg å være effektivt (72). Nøkkelfaktorene for å lykkes med kvalitetsforbedring er å dokumentere endringer, noe som krever at en benytter gode kvalitetsindikatorer, samler tilstrekkelig med data og gjennomfører relevante analyser (70, 73, 74). Internkontroll alene vil neppe være tilstrekkelig for å sikre kvaliteten, og ekstern kontroll eller tilsyn trengs for å understøtte de interne prosessene (72). På den andre siden vil ikke tilsyn og overvåking av kvaliteten ved hjelp av nasjonale kvalitetsindikatorer automatisk føre til forbedring



EFFEKTIVT: Det viser seg at etablering av et system for forbedringsarbeid lønner seg. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

av kvaliteten. Kvalitetsforbedring forutsetter at en lærer av feil og utvikler god praksis basert på dette. At feil og uheldige hendelser oppstår er nærmest uunngåelig, men ved å ha en systematisk tilnærming til kvalitet og pasientsikkerhet, kan risiko avdekkes før det får alvorlige konsekvenser (75). Nasjonale kvalitetsindikatorer og tilsyn på riktige tidspunkt, samt kontinuerlig innsats for forbedringer er derfor løsningen for å sikre kvalitet i sykehjem.

Konklusjon

Internasjonal forskning viser at det er grunn til å

være kritisk til bruk av sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer i sykehjem fordi det er usikkerhet om deres validitet og reliabilitet. Utviklingen og testing av kvalitetsindikatorer er lite dokumentert i litteraturen, noe som gjør det vanskelig å ta i bruk disse i Norge. Det er behov for en grundig gjennomgang av hvordan ulike dimensjoner av kvalitet kan måles ved hjelp av kvalitetsindikatorer. Det bør rettes spesiell oppmerksomhet på behovet for å utvikle kvalitetsindikatorer som evner å fange opp psykososialt velvære, særlig for pasienter med demens som er hovedtyngden av pasientene i sykehjem. ■

Referanser:

1. Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003
2. Hauge S. Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. [Oslo]: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2004.
3. Paulsen B, Harsvik T, Nygard L, Halvorsen T, Martinsen P. Bemanning og tjenestetilbud ved sykehjem. Trondheim: Sintef/Ressurssenter for omstilling i kommunene, 2004.
4. Eriksson K. Omsorgens idé. København: Munksgaard; 1996.
5. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice. Geneva: ICN; 2001.
6. Donabedian A, Bashshur R. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
7. IOM. Measuring the Quality of Health Care. Washington, D.C.: 1999.
8. Rygh L, Helgeland J, Braut G, Bukholm G, Fredheim N, Frich J, et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010. Contract No.: 16.
9. Sosial- og helsedirektoratet. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Oslo: 2004.
10. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs (Project Hope)*. 2008;27(3):759-69.
11. Sosial- og helsedirektoratet. ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. 2005.
12. Lloyd R. Quality Health Care. A Guide to Developing and Using Indicators. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
13. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. www.kunnskapssenteret.no.
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013): God kvalitet – trygge tjenester. Bergen: 2013.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg. Bergen: 2013.
16. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Quality Indicators - Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization. Revision 4. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004 Desember 22. Report No.: Contract No.: Pub. No. 02-R0204.
17. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press; 1980.

18. Nakrem S. Measuring quality of care in nursing homes - what matters? Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Public Health and General Practice; 2011.
19. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v., (2003).
20. Kirkevold Ø, Engedal K. The quality of care in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(2):177-83.
21. Romøren TI. Kvalitet i sykehjem - sett fra tre kanter. *Tidsskrift for Velferdsforskning*. 2005;8(4):226-33.
22. Karon SL, Zimmerman DR. Nursing home quality indicators and quality improvement initiatives. *Topics in health information management*. 1998;18(4):46-58.
23. Capitan J, Leutz W, Bishop C, Casler R. Long-Term Care Quality: Historical Overview and Current Initiatives. Washington: National Quality Forum, 2005.
24. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Attributes of Core Performance Measures and Associated Evaluation Criteria 2007 [cited 2007 November 23]. Available from: <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/7DF24897-A700-4013-A0BD-154881FB2321/0/AttributesofCorePerformanceMeasuresandAssociatedEvaluationCriteria.pdf>
25. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and ageing*. 1997;26 Suppl 2:19-25.
26. Medicare. Nursing Home Compare: U.S. Government; 2010 [cited 2010 February 8]. Available from: <http://www.medicare.gov/NHCompare/Include/DataSection/Questions/SearchCriteriaNEW.asp?version=-default&browser=IE%7C7%7CWinXP&language=English&default-status=0&pagelist=Home&CookiesEnabledStatus=True>
27. Glasby J. The single issue. *Nursing older people*. 2004;16(3):6.
28. Australian Institute of Health and Welfare. Aged Care Assessment Program Data Dictionary Version 1.0. Canberra: Australia's national health and welfare statistics and information agency, 2002.
29. Arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLoS) i KOSTRA. Forslag til informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
30. Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd. Expected outcomes, 2005.
31. Health and Disability Services (Safety) Act, (2001).
32. Care Quality Commission. Health and Social Care Regulator in England, 2010 Available from: <http://www.cqc.org.uk/>.

33. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Home page. Chicago 2013 [cited 2013 March 9]. Available from: <http://www.jointcommission.org/>.
34. Statens Helsetilsyn. Tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene 2010 [cited 2010 February 8]. Available from: <http://www.helsetilsynet.no/>.
35. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Lov Nr 30 (2011).
36. Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, Paulsen B, Seim A. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *International journal of nursing studies*. 2009;46(6):848-57.
37. Sosialdepartementet. Sosialtjenesteloven (1991).
38. National Minimum Standards for Care Homes for Older People, (2003).
39. Cadogan MP, Schnelle JF, Yamamoto-Mitani N, Cabrera G, Simmons SF. A minimum data set prevalence of pain quality indicator: is it accurate and does it reflect differences in care processes? *The journals of gerontology*. 2004;59(3):281-5.
40. Wu N, Miller SC, Lapane K, Roy J, Mor V. The quality of the quality indicator of pain derived from the minimum data set. *Health services research*. 2005;40(4):1197-216.
41. Bates-Jensen BM, Alessi CA, Cadogan M, Levy-Storms L, Jorge J, Yoshii J, et al. The Minimum Data Set bedfast quality indicator: differences among nursing homes. *Nursing research*. 2004;53(4):260-72.
42. Schnelle JF, Bates-Jensen BM, Levy-Storms L, Grbic V, Yoshii J, Cadogan M, et al. The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: does it reflect differences in care? *The Gerontologist*. 2004;44(2):245-55.
43. Bates-Jensen BM, Cadogan M, Osterweil D, Levy-Storms L, Jorge J, Al-Samarrai N, et al. The minimum data set pressure ulcer indicator: does it reflect differences in care processes related to pressure ulcer prevention and treatment in nursing homes? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51(9):1203-12.
44. Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson JJ, Ash AS, Kader B, Morris JN, et al. Evaluation of a risk-adjustment model for pressure ulcer development using the Minimum Data Set. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(7):872-6.
45. Wipke-Tevis DD, Williams DA, Rantz MJ, Popejoy LL, Madsen RW, Petroski GF, et al. Nursing home quality and pressure ulcer prevention and management practices. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(4):583-8.
46. Schnelle JF, Wood S, Schnelle ER, Simmons SF. Measurement sensitivity and the Minimum Data Set depression quality indicator. *The Gerontologist*. 2001;41(3):401-5.
47. Simmons SF, Cadogan MP, Cabrera GR, Al-Samarrai NR, Jorge JS, Levy-Storms L, et al. The minimum data set depression quality indicator: does it reflect differences in care processes? *The Gerontologist*. 2004;44(4):554-64.
48. Zisselman MH, Warren RS, Cuttillo-Schmitter T, Denman SJ. Challenging the quality of the quality indicator, «depression without treatment». *Journal of the American Medical Directors Association*. 2002;3(2):41-5.
49. Simmons SF, Garcia ET, Cadogan MP, Al-Samarrai NR, Levy-Storms LF, Osterweil D, et al. The minimum data set weight-loss quality indicator: does it reflect differences in care processes related to weight loss? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51(10):1410-8.
50. Mukamel DB, Watson NM, Meng H, Spector WD. Development of a risk-adjusted urinary incontinence outcome measure of quality for nursing homes. *Medical care*. 2003;41(4):467-78.
51. Schnelle JF, Cadogan MP, Yoshii J, Al-Samarrai NR, Osterweil D, Bates-Jensen BM, et al. The minimum data set urinary incontinence quality indicators: do they reflect differences in care processes related to incontinence? *Medical care*. 2003;41(8):909-22.
52. Mor V, Angelelli J, Jones R, Roy J, Moore T, Morris J. Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the U.S. *BMC health services research*. 2003;3(1):20.
53. Sgadari A, Morris JN, Fries BE, Ljunggren G, Jonsson PV, DuPaquier JN, et al. Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and ageing*. 1997;26 Suppl 2:27-30.
54. Rantz MJ, Petroski GF, Madsen RW, Mehr DR, Popejoy L, Hicks LL, et al. Setting thresholds for quality indicators derived from MDS data for nursing home quality improvement reports: an update. *The Joint Commission journal on quality improvement*. 2000;26(2):101-10.
55. Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, Clark BR, Collins T, Ross R, et al. Development and testing of nursing home quality indicators. *Health care financing review*. 1995;16(4):107-27.
56. Karon SL, Sainfort F, Zimmerman DR. Stability of nursing home quality indicators over time. *Medical care*. 1999;37(6):570-9.
57. Arling G, Kane RL, Lewis T, Mueller C. Future development of nursing home quality indicators. *The Gerontologist*. 2005;45(2):147-56.
58. Berlowitz DR, Christiansen CL, Brandeis GH, Ash AS, Kader B, Morris JN, et al. Profiling nursing homes using Bayesian hierarchical modeling. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(6):1126-30.
59. Mor V, Berg K, Angelelli J, Gifford D, Morris J, Moore T. The quality of quality measurement in U.S. nursing homes. *The Gerontologist*. 2003;43 Spec No 2:37-46.
60. Sangl J, Saliba D, Gifford DR, Hittle DF. Challenges in measuring nursing home and home health quality: lessons from the First National Health-care Quality Report. *Medical care*. 2005;43(3 Suppl):124-32.
61. Nakrem S, Vinsnes AG, Seim A. Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: A qualitative study. *International journal of nursing studies*. 2011;48(11):1357-66.
62. Arling G, Karon SL, Sainfort F, Zimmerman DR, Ross R. Risk adjustment of nursing home quality indicators. *The Gerontologist*. 1997;37(6):757-66.
63. Grabowski DC, Angelelli JJ, Mor V. Medicaid payment and risk-adjusted nursing home quality measures. *Health affairs (Project Hope)*. 2004;23(5):243-52.
64. Bjørndal A. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
65. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. London: King's College London National Nursing Research Unit, 2008.
66. Saliba D, Schnelle JF. Indicators of the quality of nursing home residential care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(8):1421-30.
67. O'Reilly M, Courtney M, Edwards H, Hassall S. Clinical outcomes in residential care: setting benchmarks for quality. *Australasian journal on ageing*. 2011;30(2):63-9.
68. Charlton R. Research: is an (ideal) questionnaire possible? *International journal of clinical practice*. 2000;54(6):356-9.
69. Morris JN, Moore T, Jones R, Mor V, Angelelli J, Berg K, et al. Validation of Long-term and Post-Acute Care Quality Indicators - Final Report. Centers for Medicare and Medicaid Services, Baltimore: Abt Associates Inc, Brown University and HRCA Research and Training Institute, 2003 Contract No.: CMS Contract No: 500-95-062/ T.O. #4.
70. Solberg LI, Mosser G, McDonald S. The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *The Joint Commission journal on quality improvement*. 1997;23(3):135-47.
71. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide. A practical approach to enhancing organizational performance*. 2nd edition. New York: Jossey Bass; 2009.
72. Leichsenring K. *Achieving Quality Long-term Care in Residential Facilities*. Murnau/ Bavaria: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2011.
73. Benneyan JC, Lloyd RC, Plsek PE. Statistical process control as a tool for research and healthcare improvement. *Quality & safety in health care*. 2003;12(6):458-64.
74. Mohammed MA, Worthington P, Woodall WH. Plotting basic control charts: tutorial notes for healthcare practitioners. *Quality & safety in health care*. 2008;17(2):137-45.
75. Deming WE. *The new economics: for industry, government, education*. Cambridge: MIT Press; 2000.

Samhandling for Eldres Helse

SESAM-KONFERANSEN 2015

TEMAER

Pleiekultur
Demens
Depresjon
Fra teori til praksis
m.m.

FOREDRAGSHOLDERE

Knut Engedal
Anne Marie Sandvoll
Dag Årslund
Guro Hanevold Bjørkløf
Ingelin Testad
m.fl.

PÅMELDING

www.psykopp.no/kurs/sesam/

Mer informasjon:
Stiftelsen
Psykiatrisk Opplysning
telefon 51 93 88 00
faks 51 93 88 01
www.psykopp.no

Regional konferanse i eldremedisin

Stavanger 27. og 28. mai

Målet med SESAM-konferansen er å formidle ny kunnskap og gi inspirasjon til arbeidet med Eldres Helse i alle deler av helsetjenesten. Denne årlige konferansen er en møteplass for utvikling av faglige nettverk og en mulighet til å skape bedre samhandling.

Eldremedisin er sammensatt, og helsesvikt må ses i et helhetlig perspektiv. Derfor har programmet stor bredde, og søker både å gi faglig oversikt og presentere konkrete erfaringer fra vår helseregion.

Arrangører er SESAM - Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i samarbeid med Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Vi ønsker hjertelig velkommen til SESAM-konferansen 2015!



SESAM-REGIONALT KOMPETANSESENTER FOR ELDEREMEDISIN OG SAMHANDLING