

# Nordisk Tidsskrift for *Helseforskning*

Nr. 1-2018 // 14. årgang

## Leder

### **Brukerkunnskap om relasjonens betydning for god helse**

Johanne Alteren

## Fagfellevurderte artikler

### **Innvandrerkvinnens erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge - en kvalitativ studie**

Hilde Egge, Kristine Kvellestad, Kari Glavin

### **Patientens delaktighet i val av vårdgiver. En litteratur review**

Madeleine Nilsson, Lillemor Lindwall, Jan Nilsson, Ingrid From

### **Besøk på sykehjem.**

### **En kvantitativ studie av sykehjemsbeboeres besøkshyppighet**

Joanna Galek, Morten Simonsen, Ellen-Karine Grov, Anne Marie Sandvoll

### **Hverdagsrehabilitering - spesialisert eller integrert?**

Arvid Birkeland, Eva Langeland, Hanne Tuntland, Frode F. Jacobsen, Oddvar Førland

### **Klinisk fagring som ein kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta - sjukepleiarar og leiarar sine erfaringar**

Astrid Bjørnerheim Hynne, Kirsti Torjuul, Bente Paulsen

### **Inflammatorisk fordøyelsessykdom - fra partnerens synsvinkel**

Anne Øverlie, Ellen Karine Grov, Siri Ytrehus

## **Nordisk Tidsskrift for Helseforskning**

ISSN 1891-2982 til tittelen: Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Utgiver: Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet

Ansvarlig redaktør: Johanne Alteren; [johanne.alteren@nord.no](mailto:johanne.alteren@nord.no)

Fagredaksjon for artikler publisert i Nr. 1-2018

Fagredaktør; Inger Jorun Danielsen; [inger.jorun.danielsen@uit.no](mailto:inger.jorun.danielsen@uit.no)

Fagredaktør; Frøydis Perny Vasset; [fv@ntnu.no](mailto:fv@ntnu.no)

Fagredaktør; Gabriele Kitzmüller; [gabriele.kitzmuller@uit.no](mailto:gabriele.kitzmuller@uit.no)

Fagredaktør; Betty-Ann Solvoll; [betty.a.solvoll@nord.no](mailto:betty.a.solvoll@nord.no)

Bilde forsiden: Havstrøm utenfor Lofoten av Ragnhild Angelsen

Trykk: Trykkeriet, Nord universitet

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning har 2 utgivelser pr. år, juni og desember

Web adresse:

*Septentrio Academic Publishing*

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/index>

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning er indeksert i DOAJ (Directory of Open Access Journals) CINAHL, Sve-med, NORART, Helsebiblioteket, og EBESCO

Tidsskriftet har en åpen publiseringspolitikk der tidsskriftsmaterialet publiseres på internett med åpen tilgang til alt innhold. I tillegg står forfatterne fritt til å disponere eget materiale i ettertid.

Tidsskriftet er godkjent på nivå 1 av det norske Universitets- og Høgskolerådet.

## Leder

### **Brukerkunnskap om relasjonens betydning for god helse**

Relasjonen til andre mennesker har betydning for å oppleve et godt helsetilbud og et godt liv. I artikkelen «Inflammatorisk fordøyelsessykdom – fra partnerens synsvinkel» undersøkes hvordan partneren opplevde samlivet med en person med denne diagnosen. Funnene viser at sykdommen skaper begrensninger når det gjelder sosialt liv og påvirker relasjonen mellom partnerne. Partneren får et utvidet ansvar og en vokterrolle overfor den syke. De kan oppleve sorg på grunn av begrensninger som sykdommen medfører for deres mulighet til eget sosialt liv og på grunn av de store begrensningene de ser at sykdommen medfører for den som er rammet.

Det er et potensial i helsetilbudene når det gjelder tilrettelegging og anerkjennelse av utfordringer livssituasjonen kan skape for den enkeltes helse. Funnene i artikkelen «Innvandrerkvinner erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge – en kvalitativ studie» viser at gode erfaringer er fundert på anerkjennelse av helsepersonell og stor medvirkning og kontakt med familien. Forfatterne av artikkelen «Besøk på sykehjem. En kvantitativ studie av sykehjemsbeboeres besøkshyppighet» peker på helsetjenestens ansvar for å forebygge ensomhet blant sykehjemsbeboere. Funnene viser at noen beboere får lite besøk, noe som kan få konsekvenser for den eldre sitt sosiale liv. Helsepersonells relasjoner til den eldre kan få betydning, og funnene i artikkelen «Patientens delaktighet i val av vårdgivere» bekrefter at relasjonen til helsepersonell er én faktor som avgjør hvilken omsorgstjeneste pasienten velger.

Forskning i denne utgaven av Nordisk Tidsskrift for Helseforskning viser at anerkjennelse av relasjonen til de betydningsfulle i brukerens omgivelser er sentralt for opplevelsen av en god helsetjeneste og et godt liv. Helsetjenestens ulike nivå har et ansvar for å tilrettelegge og å skape rom for anerkjennelse av utfordringer i livssituasjonen til den det gjelder.

### **Kun digital utgave av Nordisk Tidsskrift for Helseforskning**

Fra 1. januar 2018 opphørte papirutgaven av Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. I de siste årene har antall abonnenter gått ned. I tillegg har bibliotekene signalisert at de ikke vil ta inn papirutgaver av tidsskrift som publiseres digitalt. Det er nå blitt den digitale versjonen som står for det meste av distribusjonen. Artiklene publiseres kontinuerlig digitalt med Open Access. I tråd med CC BY-lisensen står det leserne helt fritt å skrive ut og distribuere papireksemplarer. Dette er ikke brudd på copyright, men tillatt og ønskelig på bakgrunn av lisensen som er gitt i medhold av forfatterens opphavsrett. Tidsskriftet langtids arkiveres i regi av et internasjonalt samarbeid og vil derfor

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4467>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

ikke bli borte fra nettet. Den digitale versjonen av Nordisk Tidsskrift for Helseforskning er å finne her: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/index>. Tidsskriftet er også finnbart og tilgjengelig i Oria, universitetenes og høgskolenes felles biblioteksystem, og de enkelte artiklene er indeksert og søkbare i DOAJ (Directory for Open Access Journals), CINAHL, Sve-med, NORART, Helsebiblioteket, og EBESCO.

Det er fortsatt gratis å lese og å publisere i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Redaksjonen ønsker deg velkommen som leser og bidragsyter.

*Johanne Alteren*

## **Innvandrerkvinneres erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge - en kvalitativ studie**

Hilde Egge, Kristine Kvellestad og Kari Glavin

Hilde Egge, høyskolelektor, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo  
[hilde.egge@vid.no](mailto:hilde.egge@vid.no)

Kristine Kvellestad, tjenesteutvikler, Grorud helsestasjon, Oslo

Kari Glavin, professor, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

### **Abstract**

#### **Immigrants' experiences of pregnancy, childbirth and the postnatal period in Norway - a qualitative study**

*Right to equal healthcare is statutory in Norway, but there is little knowledge of immigrant women's experiences of health- and welfare services during pregnancy and the postnatal period. Immigrant women are at higher risk for a number of complications related to this period. The purpose of this study was to acquire deeper insight into immigrant women's needs and experiences during their pregnancy, childbirth and the postnatal period in Norway. The study has a qualitative design using in-depth interviews with immigrant women during pregnancy and the postnatal period. The results are divided into four categories; networks, health professionals have different approaches, the father's role, and knowledge and information. Results show that language is an important prerequisite for equitable and culture-sensitive health services. Mutual understanding has to be established for the woman's needs to be met and to experience co-determination and recognition. More attention to the father's role is suggested.*

### **Keyword/nøkkelord**

*equal healthcare; immigrant women; qualitative design; birth; postnatal period  
likeverdige helsetjenester; innvandrerkvinner; kvalitativt design; fødsel;  
barseltid*

### **Referee\***

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4295>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduksjon

I Stortingsmelding nr. 12, En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (St.meld. nr. 12. (2008–2009) 2009) hevdes retten til likeverdige helsetjenester for gravide og fødende kvinner. Grupper med særlige behov, herunder kvinner med innvandrerbakgrunn, skal prioriteres.

Med likeverdige helsetjenester menes at alle skal ha lik tilgang til tjenestene, uavhengig av økonomiske, organisatoriske og språklige barrierer, at individuelle behov skal dekkes og at helsetilbudet skal utvikles med stor nærhet til brukerne (Helse-og omsorgsdepartementet 2013). Økt mangfold i befolknings-sammensetningen gir helsearbeidere en utfordring i forhold til å gi hver enkelt innbygger tilpassede tjenester. Ved inngangen til 2017 utgjorde innvandrere 33 prosent av Oslos befolkning, mens andelen varierer på bydelsnivå fra 17% til over 50% (SSB 2017). For mange nyankomne innvandrerkvinner blir svangerskap og fødsel deres første møte med norsk helsevesen.

Målrrettede virkemidler skal tas i bruk mot denne brukergruppens behov, og tiltak skal iverksettes for å møte innvandrernes særlige utfordringer. Hva pasienter med ulik innvandrerbakgrunn opplever som god og tilstrekkelig helse- og omsorgstjeneste, og hvilke forventninger de har til tjenesteapparatet, er det imidlertid liten kunnskap om (Helse-og omsorgsdepartementet 2013).

Studier viser at innvandrerkvinner har høyere risiko for en rekke komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid, som lav fødselsvekt, for tidlig fødsel, perinatal dødelighet og medfødte misdannelser. Risikoen var signifikant mindre i land med en god integreringspolitikk (Bollini, Pampallona, Wanner og Kupelnick 2008). En svensk studie finner sammenheng mellom kort botid i landet og risiko for både for tidlig og for sen fødsel (Khanolkar, Wedrén, Essén, Sparén og Koupil 2015). Andre internasjonale studier viser økt risiko blant innvandrerkvinner for keisersnitt (Janevic et al. 2014) og barseldepresjon (Falah-Hassani, Shiri, Vigod og Dennis 2015; Hennegan, Redshaw og Kruske 2015; Kingston et al. 2011). En norsk studie viser til dobbelt så mange dødfødsler blant ikke-vestlige fødende sammenlignet med vestlige fødende (Saastad, Frøen og Vangen 2007).

Høyere risiko for komplikasjoner blant fødende kvinner med innvandrerbakgrunn kan tyde på at helse- og velferdstjenestene i for liten grad er tilpasset denne målgruppen, og Stortingsmelding nr. 12 (St.meld. nr. 12. (2008–2009), 2009) peker altså på et behov for å gjøre disse tjenestene mer likeverdige og kultursensitive. Kultur defineres av Magelssen som «de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn» (2008 s.15), og omfatter både en kognitiv, affektiv og psykomotorisk dimensjon. Kultursensitivitet handler om å møte andre mennesker med både følelser og

fornuft, - det handler om å ha en fordomsfri, aksepterende og lyttende innstilling i tillegg til en evne til empati. En sensitiv kommunikasjon innebærer bruk av flere sanser for å fange opp intensjonen bak de konkrete ordene (Magelssen 2008).

Kvinner i svangerskap og barseltid er i utgangspunktet i en sårbar fase hvor kropp og sinn er i stadig endring (Birss 2018). Når de da samtidig skal integrere seg i et nytt samfunn vil de være utsatt for det sosiologen Aron Antonovsky kaller stressorer, faktorer som leder til stress, og som kan påvirke helseutviklingen (Antonovsky 2012). Et sentralt begrep i Antonovskys salutogene teori er generelle motstandsressurser (GMR). Interne motstandsressurser kan være god selvfølelse, intellektuell kapasitet, god fysisk form og materielle ressurser. Eksterne motstandsressurser kan være sosial støtte som venner, familie, naboer og samfunnsmessige strukturer i form av velferdsordninger. Generelle motstandsressurser bidrar til mestring som igjen fører til bedre helse. Det andre sentrale begrepet i Antonovskys mestringsteori er «Opplevelsen av sammenheng» (OAS) (Antonovsky 2012). OAS innbefatter begrepene forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet og uttrykker i hvilken grad en innehar en grunnleggende tillit til at indre eller ytre stimuli er forklarlige, at en har ressurser til å håndtere dem og at det vil kjennes meningsfylt å engasjere seg i utfordringene.

Med erfaringsbakgrunn fra helsestasjonstjenesten, har vi ønsket å få brukerkunnskap om hvordan vi best kan gjøre tjenestene mer likeverdige og kultursensitive, med bakgrunn i innvandrerkvinnens mestring av foreldrerollen i et fremmed land. Hensikten med denne studien var derfor å få en dypere innsikt i innvandrerkvinnens behov og erfaringer gjennom svangerskap, fødsel og barseltid i Norge.

## **Metode**

Studien har et kvalitativt design med individuelle dybdeintervjuer som metode. Dette er en egnet metode for å få frem deltakerens opplevelser og erfaringer. Metoden gir også mulighet til oppfølgingsspørsmål og utdyping (Malterud 2017). Det ble utarbeidet to intervjuguider som hjelp til å føre intervjuene fremover. Intervjuguiden for de gravide kvinnene inneholdt demografiske data og erfaringer med å være gravid i Norge. Intervjuguiden i oppfølgings-intervjuet omhandlet oppholdet på sykehuset, barseltiden hjemme og erfaringer med helsestasjonen. Oppfølgingssspørsmål ble stilt ved behov.

## ***Utvalg***

Inklusjonskriterier var kvinner med innvandrerbakgrunn. De skulle være født utenfor Norge og selv ha innvandret hit. Kvinnene skulle være gravide, gå til svangerskapsoppfølging hos jordmor på helsestasjonen og planlegge å føde i

Norge. Jordmor på helsestasjonen rekrutterte kvinnene i svangerskapet ved å informere muntlig om studien og dele ut informasjonsskriv. Ingen av forskerne var kjent med kvinnene fra før. Forskerne fikk navn og telefonnummer til de som var interessert i å delta i studien, og kontaktet kvinnene for intervjutidspunkt på helsestasjonen. Til sammen 16 gravide passet inklusjonskriteriene. Av disse svarte åtte ja, tre nei, og fem fikk vi ikke kontakt med. For å få kvinnenes erfaringer gjennom hele forløpet med nærhet i tid valgte vi å intervjuer kvinnene både i svangerskap og etter fødsel.

Åtte kvinner mellom 24 og 42 år ble intervjuet i svangerskapet. Alle var gift, men ingen av kvinnene hadde egen familie i Norge utenom mannen. To hadde svigerfamilie her. Fire av kvinnene var førstegangsfødende, mens de andre hadde ett eller to barn fra før. En av kvinnene hadde gjennomgått en spontanabort omtrent halvveis i forrige svangerskap. Kvinnene hadde vært relativt kort tid i Norge på intervjutidspunktet (median 3 år), bortsett fra kvinnen som hadde flyktet til Norge for rundt 14 år siden. Fire av deltagerne i studien kom opprinnelig fra ulike land i Afrika, mens de øvrige fire kom henholdsvis fra Sør-Asia, Midtøsten, Latin-Amerika og Europa. De fleste hadde kortere, eller lengre opphold i andre land før de kom til Norge, mens tre av kvinnene kom direkte hit. Fire av kvinnene hadde høyere utdanning fra universitet eller lignende. To hadde fullført videregående, mens det for to av kvinnene var uklarerhet rundt utdanningen. Fire av kvinnene hadde jobb, to var uten jobb, mens for to mangler denne informasjonen. En kvinne hadde keisersnitt mens de andre hadde vaginal fødsel.

### ***Datainnsamling***

De åtte kvinnene ble intervjuet første gang i svangerskapsuke 28-35 med et oppfølgingsintervju seks uker til tre måneder etter fødselen, da det ikke passet for alle å komme akkurat seks uker etter fødselen. En kvinne var ikke mulig å få tak i til andre gangs intervju, slik at det totalt ble gjennomført 15 individuelle intervjuer. Alle intervjuene ble gjennomført på helsestasjonen hvor kvinnene var kjent. Artikkelforfatterne vekslet på å gjennomføre intervjuene, og på 12 av dem var to forfattere til stede. Fem av kvinnene trengte tolk i intervjusituasjonen. Intervjuene varte mellom 37 og 78 minutter. Det ble benyttet lydopptaker og intervjuene ble transkribert ordrett.

### ***Dataanalyse***

Data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim og Lundman 2004). Alle forfatterne var involvert i analysen av intervjuene for å oppnå en felles forståelse og for å styrke troverdigheten. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger og meningsbærende enheter ble identifisert. Teksten ble forkortet til kondenserte meningsenheter som ble abstrahert og kodet.



Kodene ble kategorisert i underkategorier som så munnet ut i fire hovedkategorier. Eksempel på analyseprosessen er fremstilt i tabell 1.

Tabell 1: Eksempel på analyse

Meningsbærende enhet	Kondensering	Kode	Underkategori	Hovedkategori
.. jeg tenker at hun sitter der for å hjelpe meg (jordmor), så det var lett for meg å ta opp ting med henne	Lett å ta opp ting med jordmor	Åpen atmosfære	Anerkjennelse	Ulik tilnærming fra helsepersonell
Og etter jeg og legen planla keisersnitt....	Samarbeid med legen	Bruker-medvirkning		
I was also feeling pain, but they said everything was OK. So... I... They gave us a taxi and I was brought home.	I was feeling pain, but they did not listen	Lukket atmosfære	Ignorering	

### ***Etiske hensyn***

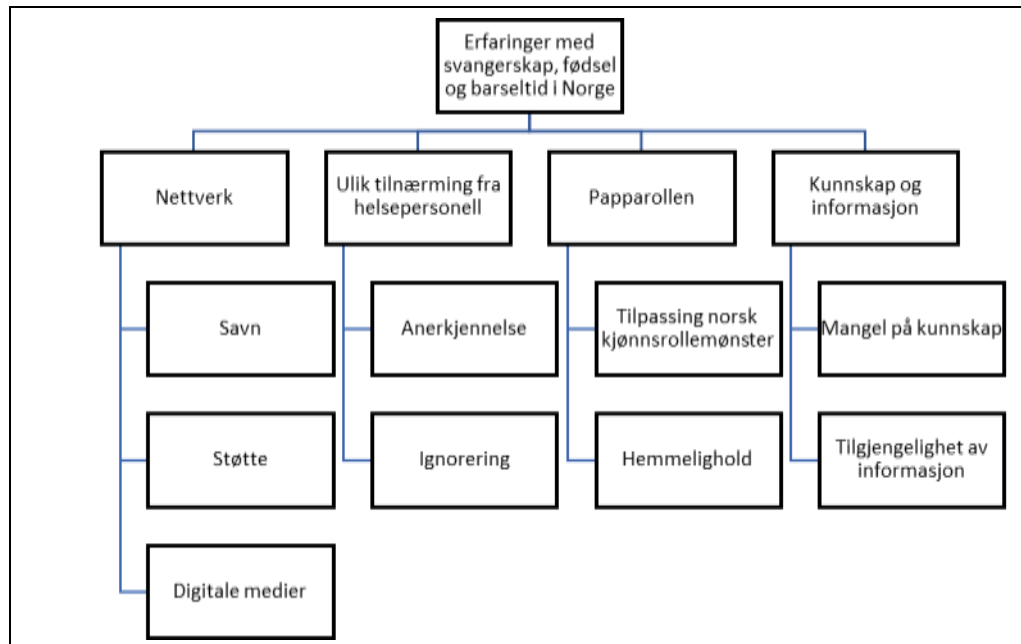
Det har i rekrutteringsprosessen vært lagt stor vekt på å gi hver enkelt deltaker tilstrekkelig og forståelig informasjon om prosjektet muntlig, om nødvendig med tolk, og skriftlig på eget morsmål, slik at de kunne ta en informert beslutning om deltagelse. Informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om studien, anonymisering, frivillig deltagelse og retten til å trekke seg. Det ble presisert overfor deltakerne at det ikke var noen sammenheng mellom deres deltagelse i studien og tjenestene de mottok.

Det var tolk til stede under intervjuene når kvinnen ikke behersket norsk eller engelsk. Tolkene var ukjent for kvinnene. Det ble tatt høyde for at noen kvinner kunne ha traumatiske erfaringer fra svangerskap -, fødsel og barselperioden som ennå ikke var tilstrekkelig bearbeidet, og bydelens jordmødre og helsesøstre ville følge opp sine brukere dersom noen av kvinnene skulle få sterke emosjonelle reaksjoner i forbindelse med intervjuet. Ingen av kvinnene fikk reaksjoner. Studien ble fremlagt for REK og ble vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde (2014/1330). Studien er meldt til NSD som har tilrådd at studien gjennomføres (39607).

### **Resultat**

Studiens hensikt blir på bakgrunn av analysen av kvinnenes erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge besvart gjennom de fire kategoriene;

nettverk, ulik tilnærming fra helsepersonell, papparollen, kunnskap og informasjon (fig. 1).



Figur 1: Innvandrerkvinnens erfaringer med svangerskap, fødsel- og barseltid i Norge.

### **Nettverk**

Å flytte til et nytt og fremmed land, noen også som gravide, innebar tap av nærkontakt med familie og venner. Å ikke kjenne noen, og heller ikke forstå språk og systemer bidro, sammen med savnet av sine nærmeste, til at enkelte av kvinnene gikk inn i et lavt stemningsleie en periode etter ankomst. Enkelte av kvinnene i studien kom alene til Norge for å bo sammen med en mann som allerede hadde bodd i landet i mange år, som hadde jobb, lært seg språket og hadde etablert et sosialt nettverk. Kvinnene hadde god nytte av at mannen kunne språket, men opplevde det vanskelig å gli inn i mannens vennekrets. Til tross for at de var fra samme land, kunne de ha forskjellige dialekter, ulik bakgrunn og sosial rang; «*Ja, det var ikke mine venner egentlig, så det var ikke så lett at de bare skulle bli venner med meg bare på grunn av mannen min....*» Kvinner som kom til Norge sammen med sin mann hadde en å dele sin forhistorie og erfaringer med, og de hadde begge samme utgangspunkt når de skulle gjøre seg kjent med språk og norske forhold. De jobbet seg gjennom vanskelighetene sammen.

Enkelte av familiene hadde opplevd hyppig flytting mellom ulike asylmottak, også under svangerskapet, og siden mellom ulike byer, noe som hadde vanskeliggjort opprettelse av kontaktnett. At kvinnene ikke hadde egen familie i Norge utgjorde et stort savn som ble erstattet av mann, barn, venninner eller

andre; «*Den tryggheten de (familien) kan gi, kan ingen andre gi*». Mange av kvinnene fremhevet familien, og spesielt de eldre kvinnene, som de viktigste støttespillerne i forbindelse med fødsel og barseltid i hjemlandet. En latinamerikansk kvinne fortalte at mødrene alltid kom for å hjelpe til med husstellet etter døtrenes fødsel der hvor hun kommer fra. Da hun selv fikk sin første datter etter å ha flyttet til Vest-Europa, kom moren og bodde hos henne i 2,5 måneder. En annen kvinne fortalte at det i hennes hjemland er vanlig at gifte kvinner flytter inn hos mannens familie, og der lever under stor innflytelse av svigermor, på godt og vondt, - også når det gjelder familieforøkelse; «*Mammaen til mannen din sier hva du skal gjøre, og da skal du gjøre det.*» «*Ja, de bor i samme hus, og da bruker du liksom erfaring fra moren til mannen din.*»

Flere av kvinnene kom fra land med relativt høy spebarns- og mødredødelighet, og fryktet både fødselssmerter, døden, ikke å bli forstått og ikke å skulle klare seg i barseltiden uten familien rundt seg. En mor fortalte at mye tid alene med en datter som sov lite og ville ha mat hele tiden bidro til depresjon etter forrige fødsel. Mange vonde minner dukket opp fra hjemlandet hvor hun hadde vokst opp med langvarig krig og konflikt. I tillegg var hun svært redd for at hun skulle falle med datteren på armen og slik forårsake datterens død. Hun orket ikke å ta dette opp på helsestasjonen, da det var så mye hun måtte fortelle om tidligere vonde opplevelser for at de skulle kunne forstå hvordan hun hadde det. Hun forsøkte å hjelpe seg selv ved å gå turer og snakke med mannen, som hjalp til det han kunne.

En av kvinnene prøvde seg i barselgruppe etter forrige svangerskap, men samtalen gikk for fort, og når kvinnen prøvde å bidra, var samtalen over på et annet tema. Ingen av kvinnene hadde deltatt på barselgrupper etter denne fødselen. De som hadde fått tilbud syntes det ble for vanskelig med språket. Informantene hadde ellers fått venner gjennom skole, jobb eller kirketilhørighet.

Utviklingen av digitale medier mente kvinnene hadde hatt en revolusjonerende effekt på mulighetene for kontakt med familie og venner i hjemlandet. Tidligere gikk store deler av lønningene til telefonregninger og frimerker, mens de nå holdt kontakten gratis via Skype.

### ***Ulik tilnærming fra helsepersonell***

Alle informantene følte seg godt ivaretatt av det norske helsevesenet, men kunne likevel fortelle om ulike tilnæringsmåter. Kvinnene foretrakk å snakke med jordmor om svangerskapet framfor fastlegen, da «*jordmor er opptatt av det kvinner er opptatt av, og har spesialkunnskap om svangerskap og fødsel*». De møtte oppmerksomhet hos jordmor for den situasjonen de var i, og syntes dessuten det var lettere å spørre jordmor fordi hun hadde bedre tid. De erfarte at jordmor ga god oppfølging. Hvordan en av kvinnene beskrev at hun og legen planla keisersnitt sammen illustrerer opplevelsen av anerkjennelse.

Det fremkom imidlertid også historier om ignorering. En av kvinnene kunne fortelle at hun i sitt forrige svangerskap ble bedt om å dra hjem fra sykehuset etter indusering av fødselen med beskjed om at det ville gå lang tid før det skjedde noe, og at hun bare kunne komme tilbake hvis riene startet. Kvinnen hadde sterke smerter, var uten bil og nektet å sette seg på bussen hjem. Mannen ble i tillegg ringt etter for sent, og kvinnen måtte føde alene. En annen kvinne opplevde i et tidligere svangerskap i Norge at fosteret døde noen dager etter at hun hadde fått beskjed på sykehuset om at alt var bra. Hun fortalte at hun tross dette opplevde å få god oppfølging og omsorg i etterkant, både på sykehuset og på helsestasjonen, og at hun var glad det skjedde i Norge. Etter denne siste fødselen fikk alle mødrene tett oppfølging fra helsesøster og bekymret seg lite. De satte pris på hjembesøk, all informasjonen fra helsesøster, de hyppige konsultasjonene og at helsestasjonen lå i nærområdet.

### ***Papparollen***

Noen av deltagerne i studien fortalte at de kom fra land hvor det ikke var sosialt og kulturelt akseptert for menn å delta under fødselen og i barseltiden. Som oftest var det mor, søster, svigermor eller andre kvinner i familien som hadde og tok dette ansvaret. Kvinnen fra Sør-Asia fortalte at det i hennes hjemland var forventet at mennene trakk seg helt tilbake, eller forlot huset når fødselen begynte. Mennene ble da vanligvis borte i flere dager. Deres rolle ble hovedsakelig å skaffe penger til familien, mens kvinnene i familien samlet seg rundt moren og det nyfødte barnet. En kvinne fra Midtøsten sa at hun trodde mange menn egentlig ville valgt å bli med på fødselen hvis det hadde vært sosialt akseptert, og at mannen hennes ikke hadde noen problemer med å være med her i Norge; «*Mannen min var med meg når jeg fødte begge sønnene mine. Det ville ikke skjedd i .....*».

Kvinnene opplevde at de blivende pappaene raskt tilpasset seg det norske kjønnsrollemønsteret. De hjalp mer til enn mennene i hjemlandet, og viste mer forståelse for kvinnens tilstand og behov enn hva som er vanlig der de kommer fra. Kvinnene opplevde at de kunne snakke med mannen sin om vanskeligheter i svangerskapet. De ble med til jordmor og de deltok under fødselen. I noen av kulturene kvinnene kom fra var dette veldig fremmed, og de fortalte at noen menn ikke fortalte familien sin om det; «*Han syntes det var greit å være med på fødselen. Han har aldri sagt det til familien, for det er tabu.*» Etter hjemkomst fra sykehuset bisto de med å bade barnet, kontaktet helsestasjonen, og erstattet familien så godt de kunne. Mødrene var godt fornøyde med at mannen stilte opp, og de syntes det var bra med pappapermisjon etter fødselen. De opplevde at dette var noe de var sammen om.

### ***Kunnskap og informasjon***

Språket var en utfordring for kvinnene, og de åtte informantene var på ulike nivåer når det gjaldt å mestre dette. Noen gikk på norskkurs, og noen ble «tvunget» til å snakke norsk med sine «norske» barn eller på jobb. Andre mistet muligheten til å lære seg norsk på jobb fordi det meste foregikk på engelsk. De syntes det var lettere å forstå norsk enn å snakke selv, men sa det kom litt etter litt.

Informasjon og kunnskap om svangerskap og fødsel hentet kvinnene fra internett, bøker og brosjyrer på engelsk og norsk. De kvalitetssikret informasjonen de fant på nettet med jordmor. Fra helsevesenet likte de best å få informasjonen både muntlig og skriftlig, for da kunne de finne tilbake til ting de hadde glemt. Mennene hjalp til med å oversette hvis informasjonen var på norsk. Det ble uttrykt ønske om mer informasjon oversatt til engelsk. Kun en av kvinnene hadde fått omvisning på sykehuset før fødselen, noe som skyldtes at hun gikk til oppfølging der for høyt blodtrykk.

Noen av kvinnene fortalte at de kommer fra land hvor mange ikke har grunnleggende kunnskap om sin egen kropp og reproduktive helse, og hvor det også er tabu å snakke om disse temaene; «*Ja, du blir gift, også vet du ikke hva du skal gjøre med mannen din når du blir gift. Det er jo forferdelig. Du må jo vite, ikke sant?*» Det lille de visste hadde de ofte lært fra de eldre kvinnene i familien, eller svigermor. En av informantene fikk, som en av få jenter på den tiden hun vokste opp, ta høyere utdanning ved et universitet i hjemlandet. Likevel kjente hun ikke til kvinners anatomiske forhold før hun selv skulle føde; «*Ingen forteller deg hvordan kroppen fungerer, ikke på universitetet heller*», sa hun. Kvinnene som fikk tilbud om tolk under fødselen, hadde takket nei. De ønsket heller å bruke mannen i en så intim situasjon, mens de på konsultasjoner på helsestasjonen syntes det var bra med tolk. Venninner ble også brukt som tolk.

Det fremkom under intervjuene at ikke alle kvinnene kjente til velferdsordninger som permisjon med lønn, fødselspenger, sykepenger og barnetrygd, og om de kjente til dem kunne det være en utfordring å få tilgang til ordningene. En av kvinnene beskrev prosessen med å søke penger fra NAV (Arbeids- og Velferdsetaten) som stressende og komplisert; «*Så du går dit som en blind person (ler litt). Du vet ikke hvor du skal gå*». For en annen av kvinnene kom informasjonen for sent i svangerskapet, slik at hun tross dårlig form sto i sitt arbeid helt frem til fødselspermisjonen og måtte ha hjelp av mannen sin til å utføre det. Kvinnene ønsket også mer informasjon om oppfølging etter fødselen og tilbud i barseltiden.

## Diskusjon

### *Nettverk*

Som gravide kvinner i fremmed land, savnet kvinnene nettverket sitt i hjemlandet. De savnet den praktiske hjelpen som var vanlig å gi hverandre, og de savnet kunnskapen som var vanlig å få fra de eldre kvinnene i familien ved at de delte sine mange fødselserfaringer. Uten familien rundt seg var de bekymret for fødselssmerter, om de ville dø under fødselen, om de ville klare å gjøre seg forstått og om de ville klare å ta vare på barnet etter fødselen. Tidligere hendelser kunne være med å sette sitt preg på svangerskapet og fødselen.

Fødselsforberedende kurs som i Norge tilbys på helsestasjonen, sykehuset eller privat, ofte med omvisning på føde - og barselavdelingen, kunne være et tiltak som kunne erstatte nettverket de savnet, både den sosiale siden ved det og kunnskapsdelingen. Kun en av våre informanter hadde imidlertid benyttet seg av dette tilbudet. Disse kursene holdes i de aller fleste tilfellene på norsk, noe som gjør det vanskelig for mange nyankomne innvandrere å delta. I tillegg har de gjerne en dyr kursavgift. Flere av kvinnene i studien har bakgrunn fra land med en tydelig kjønnsrollefordeling hvor kun familiens kvinner er involvert i fødsel- og barseltid. Spesielt i den muslimske kulturen er det liten aksept for samhandling mellom menn og kvinner (Ververda og Ismail 2017), og tilgangen for menn på svangerskapskurs kan hindre kvinner i å takke ja til dette tilbudet (Higginbottom et al. 2015). Egne fødselsforberedende kurs for innvandrerkvinner med tolk anbefales (Glavin og Sæteren 2016; Higginbottom et al. 2015). På steder hvor det ikke arrangeres svangerskapsforberedende kurs kunne organiserte besøk på fødeavdelingen med følge og tolk være et mulig tiltak.

Kvinnene i vår studie fortalte at de eldre kvinnene i familien er viktige støttespillere under og etter fødselen i deres kultur, og at det er et større fokus på mor enn barnet etter fødsel. Dette bekreftes i studien til Glavin og Sæteren (2016) hvor de somaliske kvinnene beskriver hvordan mor får hvile etter fødselen ved at familien lager mat, vasker og passer barn. Den sosiale isolasjonen i fremmed land står i sterk kontrast til den oppfølgingen som vanligvis gis i hjemlandet i barseltiden, og kan medvirke til utvikling av psykososiale problemer. Kultursensitive helsesøstre spiller en avgjørende rolle i møte med disse kvinnene (Higginbottom et al. 2015; Ververda og Ismail 2017).

Gratis kontakt med familien via digitale medier kan bidra positivt til å forhindre ensomhet, men kan samtidig ha en negativ effekt hvis det medfører en nedprioritering av å knytte nye kontakter. Språkbarrieren vanskeliggjør mulighet for å etablere nytt nettverk samtidig som innlæring av fremmed språk forutsetter samtalepartnere. I Glavin og Sæterens (2016) studie konkluderes med at kvinnene burde deltatt i barselgruppe for bedre integrering og for å få muligheter til kontakt med norske kvinner. Sosial støtte og vennskap er i følge Antonovsky

(2012) eksterne motstandsressurser som bidrar til mestring og dermed bedre helse. Oppretting av kontakt er imidlertid ikke så lett når de ikke klarer å delta i samtalen, noe en av våre informanter hadde tidligere erfaring med. Språkproblemer var begrunnelsen for at ingen av kvinnene i vår studie hadde deltatt på barselgruppe etter denne fødselen. Deres integrering foregikk ved hjelp av venner gjennom skole, jobb eller kirketilhørighet. Her får de hyppig og jevnlig språktrening istedenfor mer sporadisk i en barselgruppe. Når språket ikke lenger er en hindring for kontakt, kan tverrkulturelle barselgrupper være et godt tilbud. Som et rent støttetiltak i en vanskelig livsfase, kan barselgrupper med kvinner fra samme kultur være et helsefremmende tiltak.

### ***Ulik tilnærming fra helsevesenet***

Informantene fortalte at de stort sett følte seg godt ivaretatt gjennom hele svangerskaps- og fødselsforløpet i Norge. Positive erfaringer med helsevesenet er i studier forbundet med å bli behandlet med godhet og respekt og bli tatt på alvor med sine bekymringer (Small et al. 2014). Til tross for enkeltstående opplevelser med feilvurderinger i tidligere svangerskap, ga kvinnene uttrykk for å ha blitt tatt på alvor i det norske helsevesenet, noe som ifølge Robertson (2015) kan ha en direkte helsefremmende effekt. God selvfølelse er nevnt som en av Antonovskys interne motstandsressurser som gjennom bedre mestring bidrar til bedre helse (Antonovsky 2012). Når kvinnene i Robertsons (2015) studie ble møtt med tillit og omsorg av helsepersonalet økte selvtilliten, og gjorde dem i stand til å hente fram sine egne ressurser.

En av informantene opplevde i et tidligere svangerskap i Norge å ikke bli tatt på alvor da hun med sterke smerter ble bedt om å dra hjem fra sykehuset. Ufølsomhet hos personalet for innvandrerkvinner fødselssmerte beskrives også i andre studier (Small et al. 2014). Dette er uforenlig med jordmødrenes yrkesetiske retningslinjer som sier at jordmødre skal ivareta kvinnenes psykologiske, fysiske og emosjonelle behov. Omsorgen skal ytes med respekt for kulturelt mangfold, og i relasjonen mellom jordmor og kvinne skal brukermedvirkning vektlegges (Den norske jordmordforening 2016). En slik tilnærming går også på tvers av Antonovskys helsefremmende teori hvor positiv respons på uttrykte behov som uttrykk for anerkjennelse er viktig for at livet skal kjennes meningsfylt (Antonovsky 2012).

At våre informanter gjennomgående opplevde seg respektfullt og godt ivaretatt av helsevesenet står i kontrast til flere internasjonale studier hvor innvandrerkvinner forteller om umyndiggjøring i forhold til keisersnitt, sårende kommentarer i forhold til omskjæring, og konflikter knyttet til atferd i barseltiden (Higginbottom et al. 2015; Small et al. 2014). Andre studier forteller om vanskeligheter med å følge egne tradisjoner på sykehuset med hensyn til mat og ikke dusjing etter fødsel (Small et al. 2014). Noen er også blitt møtt med negative holdninger til å føde mange barn (Glavin og Sæteren 2016). En mulig

årsak til at tilsvarende erfaringer ikke ble fanget opp i vår studie kan være at våre informanter representerte stor bredde i kulturbakgrunn, og dermed ulike forventninger, men det kan også skyldes den senere tids økte fokus på innvandrerkvinnens behov, og bevisstgjøring og kompetanseheving i kjølvannet av dette hos helsepersonell.

Kvinnene i studien uttrykte stor tilfredshet med helsestasjonstilbudet, noe som samsvarer med erfaringer i en annen norsk studie (Glavin og Sæteren 2016). Men til tross for at kvinnene i Glavin og Sæterens studie fremhever helsesøster som en snill og god person, og sammenligner henne med en søster de hadde kjent i mange år, fremkommer det at helsearbeideres manglende kulturelle sensitivitet kan føre til at kvinner ikke ber om hjelp. En mor i vår studie unnlot å ta opp sin depresjon med helsesøster fordi den hadde sitt utgangspunkt i mange tidligere opplevelser som var en forutsetning å kjenne til for å forstå morens reaksjoner. Kulturell sensitivitet innebærer å åpne opp for den historien og forståelsen av den som kvinnene har med seg i bagasjen fra hjemlandet (Jareg og Pettersen 2006).

Å oppsøke hjelp kan i noen kulturer være skambelagt eller uttrykk for svakhet. Mange innvandrerkvinner har dessuten verken kunnskap om eller ord for depresjon og er dermed ikke i stand til selv å oppfatte symptomene på det. Ulike kulturer kan dessuten ha ulike uttrykk for samme tilstand. Der hvor somaliske kvinner klager over at de er slitne, kan tyrkiske kvinner klage over hodepine. For noen er depresjon en straff fra Gud. Det kan derfor være vanskelig for helsepersonell å fange opp symptomer på depresjon. Ved å stille spørsmål og være gode til å lytte kan helsepersonell få innsikt i kvinnenes kulturelle bakgrunn, deres tanker og erfaringer (Ververda og Ismail 2017). Tidspress hos helsepersonell kan imidlertid være et hinder for å snakke om følelser (Higginbottom et al. 2015), og særlig hvis tilstanden har sin bakgrunn i en lang forhistorie som hos vår informant. Behov for utvidet konsultasjonstid bør vurderes. For en god psykososial oppfølging er det i tillegg til forståelse for den kulturelle manifestasjonen og den kulturelle konteksten for barseldepresjon viktig med god tverrfaglig kommunikasjon (Higginbottom et al. 2015).

Et nyttig verktøy til å fange opp barseldepresjon hos kvinner er EPDS-skjema (Edinburgh Postnatal Depression Scale). EPDS er et enkelt spørreskjema som tar utgangspunkt i hvordan kvinnen har følt seg de siste syv dagene, - om hun har ledd, gledet seg til ting, vært lei seg, grått osv. og er en inngangsport til å snakke om følelser. Skjemaet er oversatt til flere språk og er brukt i flere internasjonale studier for å identifisere barseldepresjon hos innvandrerkvinner (Ganann, Sword, Thabane, Newbold og Black 2016; Løvlie og Madar 2016). For å sikre korrekt forståelse er det også her viktig å vurdere behovet for tolk.



### ***Papparollen***

For mange av kvinnene i vår studie viste det seg unødvendig å bekymre seg for hvordan de ville klare seg på egenhånd etter fødselen uten familien rundt seg. De nybakte pappaene tok på seg nye oppgaver i nytt land, og gjorde sitt beste både med å erstatte savnet av familien og å utføre de tradisjonelle praktiske kvinneoppgavene. Uavhengig av kulturell og religiøs tilhørighet opplevde informantene at mennene raskt tilpasset seg den norske papparollen, og ble en deltagende, støttende og involverende mann som de kunne snakke med om hvordan de hadde det. At fedrene i ganske stor grad påvirkes av normer, verdier og forventninger til papparollen i det nye landet de bor i, og inntar en mer aktiv og tilstedeværende farsrolle enn mange ville blitt forventet å ta i hjemlandet bekreftes også i andre studier (Taniguchi, Shimada, McIntyre 2015; Ny, Plantin, Dejin-Karlsson og Dykes 2008). Mennene inntar med dette en ny posisjon som ikke nødvendigvis er verdsatt av familien i hjemlandet, og som det kanskje kunne være behov for et støttende mannsnettverk for. En pappa-gruppe for innvandrerfedre hvor de kan være til gjensidig støtte for hverandre vil være et helsefremmende tiltak også for mor, da fars rolletilpasning har stor betydning for mors håndtering av sin nye livssituasjon. Far er for mor en viktig ekstern motstandsressurs i tilpasningen til en ny kultur (Antonovsky 2012). I en artikkel om en pakistansk kvinnes barseldepresjon etter et keisersnitt beskrives hvordan far selv kan stå i fare for å utvikle barseldepresjon på grunn av manglende støtte og kunnskap om fenomenet (Khan, Arif, Tahir og Mudassir 2009). Tidlig involvering av far i omsorgen for barna er derfor viktig (Taniguchi, Shimada, McIntyre 2015).

### ***Kunnskap og informasjon***

Våre informanternes frykt hadde sin årsak i manglende kunnskap om egen kropp, graviditet og fødsel, og ikke alle turte spørre. Usikkerhet og frykt knyttet til fødselen går igjen i flere studier med innvandrerkvinner. De har ikke fått tilstrekkelig med informasjon om hvordan de skal forberede seg til fødselen, og språket blir et hinder for helsehjelp (Akhavan 2012; Glavin og Sæteren 2016; Higginbottom et al. 2015; Saastad et al. 2007). I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten var 89 av 692 avviksmeldinger for uheldige hendelser under svangerskap, fødsel-og barseltid knyttet til språk (Saastad, Kirschner og Flesland 2015). Sykehusene har for liten tilgang på kvalifiserte tolker, og bruk av mann eller annen familie kan ofte føre til misforståelse (Saastad et al. 2007).

Kvinner med stress og engstelse prenatalt har vist seg å ha høy risiko for barseldepresjon (Higginbottom et al. 2015), noe som er i tråd med Antonovsky's teori om stressorerers påvirkning på helseutviklingen (Antonovsky 2012). Bruk av tolk i svangerskapsomsorgen, især når det gjelder formidling av kunnskap omkring fødselsprosessen og hva som skjer på sykehuset kan bidra til økt

forståelse mellom den gravide og jordmor, og dermed redusere engstelse og bekymring (Glavin og Sæteren 2016). Forståelse er en av dimensjonene i Antonovskys begrep «Opplevelse av sammenheng», og som bidrar til økt stressmestring (Antonovsky 2012).

De åtte kvinnene vi intervjuet var på ulikt norskspråklig nivå. Til tross for frykt for både fødselen i seg selv og for ikke å bli forstått, takket alle nei til tolk under fødselen. Akkurat i denne situasjonen ønsket de bare tilstedeværelse av mannen, men tok gjerne imot tilbudet om tolk på helsestasjonen. Dette handler om å ha respekt for den private sfære, og anerkjenne betydningen av medbestemmelse (Antonovsky 2012).

I følge Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001) har også gravide innvandrerkvinner rett til informasjon tilpasset sine individuelle forutsetninger, som erfaring, kultur og språkbakgrunn. Informasjonen skal sikre forståelse og informerte valg. Også i henhold til Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre §1a (Den norske jordmorforening 2016) og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere §2.4 og 3.1 (Norsk Sykepleierforbund 2011), skal jordmor og helsesøster møte hver bruker ut i fra brukerens forutsetning. Riktig bruk av tolk og respekt for andres helseforståelse er en vei til likeverdige helsetjenester for innvandrere (Ngo-Metzger Quyen et al. 2003), og tolk på resept (Kolbjørnsen 2016) kan kanskje være en mulig løsning også i svangerskapsomsorgen. Behov for tolk avklares da ved første besøk hos lege/jordmor og resulterer i en «tolkeresept» med navn, fødselsdato og hvilket språk kvinnen trenger tolk i. «Tolkeresepten» kan kvinnen bruke selv ved timebestillinger og innkallinger til helsetjenesten gjennom hele svangerskapet og tiden etterpå, og er sikret informasjon på sitt eget språk på alle konsultasjoner. I Regjeringens Strategiplan for likeverdige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) er målsettingen at helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker.

Kvinnenes utdanningsnivå vil ha betydning både for hva de mottar av tilbud og for hvilke tilbud de benytter seg av (Akhavan 2012). Intellektuell kapasitet hører også med innunder Antonovskys interne motstandsressurser (Antonovsky 2012), men som en av våre velutdannede informanter fortalte, så er ikke høy utdanning noen garanti for kunnskap om kropp og helse.

Mye informasjon ble hentet fra engelske kunnskapskilder, og det var ønske om mer informasjon oversatt til engelsk. Imidlertid er det mange migranter som ikke forstår engelsk, slik at målgruppen vil være begrenset (Kolbjørnsen 2016). At kvinnene kvalitetssikret informasjonen fra nettet hos jordmor viser stor tillit til jordmor som kunnskapskilde.

Innvandrerkvinnene satte stor pris på gratis helsetjenester, noe som også poengteres i studien til Glavin og Sæteren (2016), men for liten kunnskap om hvordan det norske samfunnet fungerer gjorde at flere av kvinnene ikke mottok stønader de hadde krav på. De følte seg hjelpeløse på NAV-kontoret. Velferdsordninger er et eksempel på eksterne motstandsressurser som kan bidra til mestring (Antonovsky 2012). Jordmødre og helsesøstre har en viktig rolle i å informere innvandrerkvinner om velferdsordninger, og hjembesøket etter fødsel er en viktig arena for både bygging av relasjon og kartlegging av behov i en ny fase av livet (Glavin og Sæteren, 2016). Helsepersonell bør være klar over og ta hensyn til alle utfordringene kvinnene møter ved nyetablering i nytt land i en sårbar fase av livet. De kan dermed bidra til at kvinnene blir aktører i eget liv og unngå at kvinnene og deres familier gjøres til ofre (Robertson 2015).

### ***Styrker og svakheter ved studien***

Siden jordmødrene som rekrutterte innvandrerkvinnene kjente dem godt fra svangerskapsoppfølgingen, kunne de raskt finne ut hvem som oppfylte studiens inklusjonskriterier og som representerte demografisk variasjon og mangfold. En svakhet ved studien er at alle deltakerne er rekruttert fra samme helsestasjon, noe som kan ha ført til mindre variasjon i erfaringer fra svangerskaps- og barselomsorgen enn om kvinnene var rekruttert fra flere ulike helsestasjoner. Imidlertid styrkes flere av våre funn ved samsvar med liknende studier.

To intervjuere under de fleste intervjuene har vært en styrke i forhold til å stille ulike oppfølgingsspørsmål og å observere den non-verbale kommunikasjonen, noe som er av betydning for hvordan vi tolker og forstår det som blir sagt.

For å minimere risikoen for å miste eller misforstå informasjon gjennom kommunisering med tolk, ble profesjonelle tolker brukt, to intervjuere, lydopptak og verbatim transkripter. Gjennomføring av intervjuene med tolk tilstede kan ha ført til mindre åpenhet av frykt for at tolken skulle bringe informasjon videre, men kvinnene ble informert om profesjonelle tolkers omfattende taushetsplikt, og vi oppfattet ikke dette som noen utfordring under intervjuene. Å intervjuer kvinnene både før og etter fødsel har gitt oss mulighet til å bli bedre kjent med kvinnene og til å følge opp viktige temaer fra det første intervjuet.

### **Konklusjon**

Funnene fra vår studie er unike ved at de får fram ny kunnskap om innvandrerkvinnenes situasjon både før og etter fødsel slik at deres erfaringer beskrives og drøftes gjennom hele forløpet fra graviditet til barseltid. Kunnskapen som har fremkommet tydeliggjør at gode erfaringer er fundert på anerkjennelse fra helsepersonell og stor medvirkning fra de nybakte papaene, samt lettere tilgang til familien gjennom digitale medier. Funnene i studien viser

at det er et forbedrings-potensialet i helsetilbudet som er knyttet til nettverksbygging. Helsetjenesten kan bidra til dette ved hjelp av tilrettelagte svangerskapskurs og barselgrupper samt mer involvering og ivaretagelse av pappaene, gjerne i form av egne pappagrupper for innvandrere. Funnene tyder også på at innvandrerkvinner trenger mer kunnskap om egen kropp, fødselsforløp og hvordan det norske samfunnet fungerer og hva de har krav på. Økt vekt på formidling av kunnskap og informasjon, spesielt med tanke på velferdsordninger er tiltak som bør iverksettes i tjenestene. En forutsetning for en kultursensitiv og likeverdig helsetjeneste er en felles språkforståelse, gjerne ved bruk av tolk.

Helsepersonell kan bidra til økt mestring av foreldrerollen i fremmed land ved å vise innvandrerkvinnene sosial anerkjennelse, medbestemmelse og gi positiv respons på uttrykte behov. I følge Antonovskys helsefremmende teori vil dette medføre at kvinnene opplever det meningsfullt å håndtere alle utfordringene i nytt hjemland, og dermed gjenvinne kontroll over livet sitt. Kan helsepersonell bidra til sterkere sammenheng mellom dimensjonene forståelse, håndtering og meningsfullhet, kan de samtidig bidra til en høyere grad av helse og velvære hos innvandrerkvinnene. Fedres behov og evne til omstilling i nytt hjemland, samt deres betydning for kvinnes mestring av morsrollen er et interessant felt for videre forskning.

## Litteratur

- Akhavan, S. (2012) Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 1-10. doi: <https://link.springer.com/article/10.1186/1475-9276-11-47>
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birss, S. (2018). Overgangen til foreldrerollen. In J. K. Nugent, C. H. Keefer, S. Minear, L. C. Johnson, & Y. Blanchard (Eds.), *Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P. og Kupelnick, B. (2008) Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68(3), 452-461. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.018>
- Den norske jordmordforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <http://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S. og Dennis, C. (2015) Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* (70), 67-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.010> Epub 2015 Aug 13
- Ganann, R., Sword, W., Thabane, L., Newbold, B. og Black, M. (2016) Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the

- Year After Childbirth. *Journal of Women's Health* 25(2), 155-165. doi:<https://10.1089/jwh.2015.5292>. Epub 2015 Oct 8. <https://www.researchgate.net/publication/282764460> Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the Year After Childbirth
- Glavin, K. og Sæteren, B. (2016) Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences with Health Care in Norway. *Health Science Journal*, 10(4), 1-9. <http://www.hsj.gr/medicine/cultural-diversity-in-perinatal-care-somali-new-mothers-experiences-with-health-care-in-norway.php?aid=9850>
- Graneheim, U. H., og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf)
- Hennegan, J., Redshaw, M. og Kruske, S. (2015) Another country, another language and a new baby: A quantitative study of the postnatal experiences of migrant women in Australia. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 124-133. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.001>. Epub 2015 Aug 6
- Higginbottom, G. M., Morgan, M., Alexandre, M., Chiu, Y., Forgeron, J., Kocay, D. og Rubina, B. (2015) Immigrant woman's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Systematic Reviews*, 4(13), 1-30. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-13>
- Holan, S. (2009) Fødselshjelp i et flekulturelt Norge. I S. Holan & M. L. Hagtvedt (red.), *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Janevic, T., Lofffield, E., Savitz, D., Bradley, E., Illuzzi, J. og Lipkind, H. (2014) Disparities in cesarean delivery by ethnicity and nativity in New York city. *Maternal and Child Health Journal*, 18(1), 250-257. doi:10.1007/s10995-013-1261-6 <https://rd.springer.com/article/10.1007/s10995-013-1261-6?no-access=true>
- Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006) *Tolk og tolkebruker - to sider av samme sak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Khan, T. M., Arif, N. H. B., Tahir, H., og Mudassir, A. (2009). Role of the husband's knowledge and behaviour in postnatal depression: a case study of an immigrant Pakistani Woman. *Mental Health in Family Medicine*, 6, 195-201. <http://europepmc.org/articles/PMC2873875>
- Khanolkar, A. R., Wedrén, S., Essén, B., Sparén, P. og Koupil, I. (2015) Preterm and postterm birth in immigrant- and Swedish-born parents: a population

- register-based study. *European Journal of Epidemiology*, 30(5), 435–447.  
doi:10.1007/s10654-014-9986-0  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-014-9986-0?no-access=true>
- Kingston, D., Hearman, M., Chalmers, B., Kaczorowsky, J., O'Brien, B., Lee, L., Dzakpasu, S. og O'Campo, P. (2011) Comparison of maternity experiences of Canadian-born and recent and non-recent immigrant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 33(11), 1105-1115.  
[https://era.library.ualberta.ca/files/qz20st06f/JOBG\\_33\\_2011.pdf](https://era.library.ualberta.ca/files/qz20st06f/JOBG_33_2011.pdf)
- Kolbjørnsen, I. E. (2016) Reduserer språk-barrierer på sykehus. *Sykepleien*(11), 80-84.  
doi:10.4220/Sykepleiens.2016.59420  
<https://sykepleien.no/forskning/2016/11/sprakbarrierer-pa-sykehus>
- Løvlie, A. L. og Madar, A. A. (2016) Postpartum Depression Among Somali Women in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health* doi:DOI: 10.1007/s10903-016-0487-y  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-016-0487-y>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet – om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Cappelen Damm.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg). Universitetsforlaget.
- Ngo-Metzger Quyen, Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R. B., Iezzoni, L. I. og Phillips, R. S. (2003) Linguistic and Cultural Barriers to Care. Perspectives of Chinese and Vietnamese Immigrants. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 44-52. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20205.x  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494812/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Ny, P., Plantin, L., Dejin-Karlsson, E., Dykes, og A-K. (2008). The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focus-group discussions and content analysis. *Midwifery* (24)281-290.  
doi:10.1016/j.midw.2006.05.006  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17129643>
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (2001, 01.10.17) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Robertson, E. (2015) «To be taken seriously»: woman`s reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sex Reprod Healthc*, 6(2), 59-65.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>

- Saastad, E., Frøen, F. J., og Vangen, S. (2007) Suboptimal care in stillbirths - A retrospective audit study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 444-450. doi:DOI: 10.1080/00016340701207724  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340701207724/abstract?globalMessage=0>
- Saastad, E., Kirschner, R. og Flesland, Ø. (2015) *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid*. Hentet fra  
[http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-  
under-svangerskap-fodsel-og-barseltid](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-under-svangerskap-fodsel-og-barseltid)
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H. og Holmboe, O. (2013, 25.11.14). Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Hentet fra  
[http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/brukererfaringer-med-  
svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/brukererfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater)
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., Mc Court, C. og Gagnon, A. (2014) Immigrant and non-immigrant woman`s experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *Pregnancy & Childbirth*, 14(152).  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-152>
- SSB. (2017) Statistisk sentralbyrå. Hentet fra  
[https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flest-nye-  
bosatte-fra-syria](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flest-nye-bosatte-fra-syria)
- St.meld. nr. 12. (2008–2009). (2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg ...* (St.meld. nr. 12. (2008–2009)). Hentet fra  
[file:///C:/Users/ls64/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/  
3IOQ4VBY/stm200820090012000dddpdfs.pdf](file:///C:/Users/ls64/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/3IOQ4VBY/stm200820090012000dddpdfs.pdf).
- Taniguchi, H., Shimada, M., og McIntyre, M. (2015) Japanese Men`s Success in Altered Fatherhood Role in a Foreign Country. *Journal of Transcultural Nursing* 26(1) 39-46.  
DOI: 10.1177/1043659614524231tcn.sagepub.com  
[http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043659614524231?url\\_  
er=Z39.88-  
2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed  
&](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043659614524231?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&)
- Ververda, J., og Ismail, N. (2017) Har ikke ord for depresjon. *Sykepleien*(1), 54-57.doi:10.4220/Sykepleienn.2017.59772  
[https://sykepleien.no/forskning/2016/12/nar-depresjon-mangler-i-  
spraket](https://sykepleien.no/forskning/2016/12/nar-depresjon-mangler-i-spraket)





## Patientens delaktighet i val av vårdgivare. En litteratur review

Madeleine Nilsson, Lillemor Lindwall, Jan Nilsson og Ingrid From

*Madeleine Nilsson, leg ssk, FM, doktorand, Åbo Akademi, Enheten för Vårdvetenskap, Vasa, Finland, [madeleine\\_nilsson@telia.com](mailto:madeleine_nilsson@telia.com)*

*Lillemor Lindwall, leg ssk, Fil Dr, professor, Karlstad Universitet, Institutionen för Hälsovetenskaper, Karlstad, Sverige*

*Jan Nilsson, leg ssk, Med Dr, docent, Karlstad Universitet, Institutionen för Hälsovetenskaper, Karlstad, Sverige, och Sophiahemmet Högskola, Institutionen för hälsofrämjande vetenskap, Stockholm, Sverige*

*Ingrid From, leg ssk, Fil Dr, lektor, Högskolan i Dalarna, Akademin Utbildning, hälsa och samhälle, Falun, Sverige*

### Abstract

#### Patient's participating in choice of healthcare provider. A literature review

*The idea behind care choice is that healthcare providers would be more responsive to patients' health problems and needs and in doing so compete with increased quality and that patients should be able to choose from this. The question is how patients choose a healthcare provider by themselves. The aim was to describe what affected when patients chose healthcare providers. A literature review was carried out. The results showed that patients' choice of healthcare providers depended on the following three themes: their own care experiences, caring relationships with staff and service provided by caregivers. The underlying idea of care choice is competition based on quality of care, but the results show that patients make their choices based on other factors as described in the result and therefore improvement can be achieved if focus is placed on being responsive for patient care needs.*

### Keyword/Nøkkelord

*patient participation; primary care; caring needs; quality of care; care choice; caring science*

*pasientdeltakelse; primæromsorg; omsorgsbehov; kvalitet på omsorg; omsorg valg; omsorgsfull vitenskap*

### Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4440>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduktion

I denna artikel är fokus på hur patienten själv väljer vårdgivare. Människans förväntningar på hälso- och sjukvård är höga både internationellt och nationellt. Sverige framstår som bra i jämförelser med andra länder vad gäller vårdens resultat och kvalitet (Anell, Glenngård & Merkur, 2012). Svensk hälso- och vård presterar exempelvis väl i olika internationella jämförelser över sjukdomsorienterade indikatorer av vårdkvalitet, såsom överlevnad efter bland annat hjärtinfarkt och stroke. Däremot bedöms vårdens tillgänglighet som mer bristfällig. När det gäller väntetider presterar Sverige sämre än vid jämförelser av olika behandlingsresultat (Sveriges kommuner och landsting - SKL, 2015). En jämförande internationell enkätundersökning (EU-kommissionen, 2007) visade att den svenska befolkningen uppfattar tillgängligheten till hälso- och sjukvården som mindre jämfört med de allra flesta EU-länder, både avseende tillgång till sjukhus och specialister samt avseende primärvårsläkare (EU-kommissionen, 2007). Den svaga punkten, inom svensk hälso- och sjukvård, har varit långa väntetider för diagnos och behandling men även skillnader i vårdkvalitet mellan regioner (EU-kommissionen, 2007). I en återkommande befolkningsundersökning mellan 11 jämförbara länder angav 48 procent av de tillfrågade i Sverige att de fick träffa en läkare eller sjuksköterska samma eller efterföljande dag som de sökt kontakt med vården, vilket är lågt i jämförelse med övriga länder i studien (The Commonwealth Fund, 2013). I ett internationellt perspektiv framkommer också att Sverige har jämförelsevis få läkarbesök per invånare (avseende både primär- och specialiserad vård), trots att den svenska sjukvården uppvisar ett stort antal läkare per invånare i förhållande till andra länder (OECD, 2015). Det totala antalet öppenvårdsbesök hos läkare för varje svensk är i snitt färre än vad som gäller för befolkningen i en rad andra jämförbara länder. En anledning till de låga svenska siffrorna kan vara att en större andel av besöken, särskilt i primärvården, utförs av andra personalkategorier än läkare, såsom sjuksköterskor och barnmorskor. En annan förklaring kan vara att antalet allmänläkare per invånare, vilka huvudsakligen arbetar inom den besöksorienterade primärvården, bland annat är lägre än genomsnittet per invånare i OECD - Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD, 2015) och lägst i jämförelse med andra nordiska länder samt Storbritannien och Nederländerna (Anell, 2015). Detta kan ha att göra med att den svenska hälso- och sjukvården är mer koncentrerad till sjukhus och att kopplingen mellan läkare och patient inom primärvården därmed är svagare (Anell, 2015).

Under det senaste decenniet har flera nationella reformer införts i Sverige vilka initierats av vårdgivare som valt att fokusera bland annat på utveckling av primärvården och äldreomsorg. Reformerna på nationell nivå har fokuserat till exempel på hälsosystemens ansvar, satsningar på olika patientgrupper, fortsatt

specialisering och centralisering av sjukhusvården, privatisering inom apotekssektorn samt införande av valfrihetssystem inom primärvården. Det sistnämnda kan innebära ökad jämförelse av kvalitet och effektivitet. Historiskt sett har patientens rätt att välja vårdgivare inte varit lagstadgat i Sverige utan snarare tillämpats på frivillig basis (Anell, Glenngård & Merkur, 2012). Under de senaste decennierna har patientens valfrihet i allt högre grad kommit att inta en central plats i debatten om hur hälso- och sjukvården ska organiseras (Winblad, Isaksson & Bergman, 2012). Även internationellt förekommer olika valfrihetsreformer inom hälso- och sjukvård (Winblad, Isaksson & Bergman, 2012). I Sverige finns ett lagstadgat fritt vårdval inom primärvården från 2010. Reformen med vårdval innebär att alla vårdgivare som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig på valfri geografisk plats och att patienters val styr ersättningen till vårdgivaren (Winblad, Isaksson & Bergman, 2012). Det finns säkert fler skäl till patientens val av vårdgivare.

Anell, Glenngård och Merkur (2012) beskriver valfrihetssystem inom primärvården som en reform med ökat fokus på utförande och värde. Det exemplifieras av den ökade uppmärksamheten på utförande och konkurrens, incitament för kvalitetsförbättringar hos vårdgivarna och patienters valmöjligheter. Syftet med införandet av Lagen om valfrihetssystem (LOV), var enligt Fredriksson (2013) förutom att förbättra hälso- och sjukvårdssystemet, att stärka patientens makt. Ahgren (2010) menade dock att det kunde uppstå svårigheter att utveckla och dela gemensamma värderingar mellan vårdgivarna i ett valfrihetssystem på grund av decentralisering och specialisering.

Förutom det tidigare nämnda vårdvalet inom primärvården är det upp till regionala beslutsfattare att genom politiska beslut avgöra om valfrihetssystem skall införas eller ej i vårdverksamheterna (SKL, 2009). LOV bygger på fem EU-rättsliga principer som skall ge bra förutsättningar för konkurrens: icke-diskriminering, öppenhet, proportionalitet, likabehandling och ömsesidigt erkännande. LOV är en procedurlag och inte en lag som styr eller begränsar hur valfrihetssystemet utformas och de krav som ställs på vårdgivarna utöver de EU-rättsliga principerna. LOV innebär att priset är fastställt på förhand, ersättningen är lika för alla och att vårdgivarna konkurrerar med kvalitet. Lagen har ingen begränsning för hur många vårdgivare som kan ingå i ett valfrihetssystem utan alla vårdgivare som uppfyller kraven i det på förhand fastställda förfrågningsunderlaget får delta (SKL, 2009).

Grundidén bakom LOV var att vårdgivare skulle vara mer lyhörd för patientens problem, behov och önsknings, och med detta konkurrera med ökad kvalitet och tillgänglighet (Fredriksson, 2013). Ahgrens (2010) studie beskriver att ett valfrihetssystem är självsanerande där de vårdgivare som inte håller måttet automatiskt sällas bort genom kvalitetskonkurrensen. Vårdgivare skall uppfylla de krav som ställs i ett på förhand fastställt förfrågningsunderlag. Förfrågnings-

underlaget måste innehålla alla de krav som ställs genom lagar, förordningar och föreskrifter. Kvalitetsfrågan i offentliga sektorn utgår oftast ifrån hur verksamheterna bedrivs, med hänsyn till förutsättningarna samt vad som uppnås. I den offentliga sektorn har de nationella målen en central betydelse vid kvalitetsdiskussioner. Måluppfyllelse av de nationella målen ses ofta som lika med en hög kvalitet (Ahgren, 2010).

### ***Begreppet vårdkvalitet***

Intresset för vårdkvalitet har funnits sedan mitten av 1800-talet då Florence Nightingale började utvärdera sjukvården (Andersson, 1995). Resultaten användes sedan för förbättringar av vården och vårdmiljön. På 1950-talet påbörjades strukturerad utvärdering och bestämning av vårdkvaliteten i USA. Europa följde efter på 1960-talet (Andersson, 1995).

Begreppet kvalitet är i teorin neutralt och associeras till något positivt önskvärt och är känslomässigt laddat (Wilde, 1994). I den internationella kvalitetsstandarden ISO 9000:2008 definieras kvalitet som ”Grad till vilken inneboende egenskap uppfyller krav” (ISO 9000:2008). En bred och allmän beskrivning av vårdkvalitet gjordes av Lee och Jones (1933) ”att kriterier för kvalitet är inte något mer än värderingar som tillämpas på olika aspekter, egenskaper, innehåll och dimensioner i processen som kallas sjukvård. På så sätt kan definitionen på kvalitet vara vad var och en önskar att den ska vara” (översättning Lee & Jones (1933)).

Gällande vårdkvalitet är det konsekventa vårdkvalitetskriteriet svårt att definiera och ingen allmän definition finns tillgänglig. Vårdkvalitet har sina rötter i Donabedians forskningsteori, där vårdkvalitet beskrivs som en kombination av struktur, process och resultat (Larson & Muller, 2002). Donabedian (1966) beskrev att vårdkvaliteten är anmärkningsvärt svår att definiera och betonade de många fördelar som uppnåtts genom användningen av prestation som kriterier för kvalitet i vården. Studien pekade dock på att detta har sina begränsningar. Ibland kan ett visst resultat inte vara relevant, till exempel när överlevnad väljs som ett kriterium för goda resultat (Donabedian 1966).

### ***Vårdbehov***

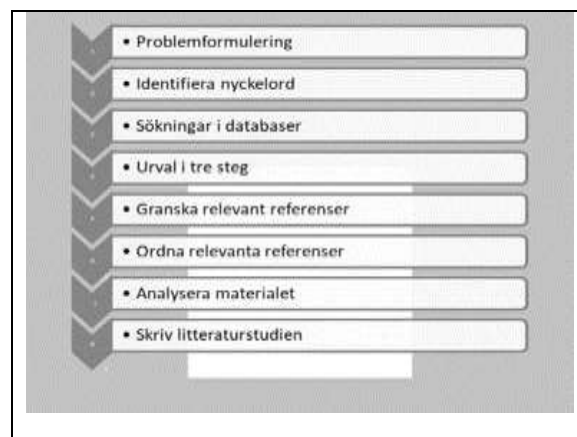
Glenngård (2013) menade att patienters val skulle vara drivkraften för kvalitet, men begreppet kvalitet är svårdefinierat. Istället borde patientens behov vara vägvisaren mot kvalitetsförbättringar. Tidigare forskning har genomförts för att undersöka vad vårdbehoven är. Fagerström (2000) fann att de vårdbehov som visade sig bland patienter var hälsa, tillit, kunskaper och holistisk vård. Andra behov som framkom i studien handlade om att känna trygghet, ha hopp och få vägledning, att kunna uttrycka andliga behov nämndes också, liksom att vårdare upprätthåller den andres värdighet, att den andre blir bekräftad, behandlas med respekt, uppleva mötet med en annan människa och uppleva närhet. Utgångs-

punkten i att förstå patientens vårdbehov var att ha en helhetssyn på människan som en odelbar helhet som består i kropp, själ och ande.

Sammanfattningsvis handlar införandet av vårdval om att förbättra för patienter genom att vårdgivarna skulle konkurrera med vårdkvalitet, och att patienter skulle kunna välja vårdgivare utifrån detta. Men hur väljer patienter egentligen? Syftet med den föreliggande litteraturöversikten var att beskriva vad som påverkade när patienter valde vårdgivare.

## Metod

Studien är en litteraturöversikt över tidigare empirisk forskning och följer stegen för litteraturöversikt enligt Polit och Beck (2017), där studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats har granskats och analyserats. Likheter och skillnader har sedan jämförts och sammanställts i resultatet. Första steget är problemformuleringen som inleddes med identifiering av nyckelord i enlighet med ord och begrepp i syftet. Sökningar i databaserna gjordes utifrån valda nyckelord. Urvalet skedde i tre steg, som beskrivs under Urval och granskning. De referenser som blev kvar i steg tre i urvalet granskades och ordnades i en matris. Materialet analyserades och till sist skrevs litteraturöversikten. (se Figur 1).



Figur 1. Illustration av de olika stegen i litteraturöversikten baserad på Polit och Beck

Genomförandet av litteraturöversikten innebar att data samlas in från tidigare studier och är av vikt som underlag när forskare planerar nya empiriska studier (Yin, 2011). Insamlingen av data kräver noggrannhet, eftersom insamlingsförfarandet är sådant att rimliga och tillförlitliga uppgifter skall erhållas och att slutsatser skall vara möjliga att dra (Forsman, 2004).

Enligt Forsberg och Wengström (2013) har översikter ett värde för forskning och utveckling, och drivs i allt större utsträckning inom kunskapsområde omvårdnad. Den stora mängden publicerade artiklar gör det svårt för enskilda utövaren att hålla sig uppdaterad med kunskapsläget på olika områden. Därför

är det av stort värde i att resultaten av flera vetenskapliga studier systematiskt sammanställs. I den föreliggande litteraturöversikten har forskning använts som publicerats i det angivna området.

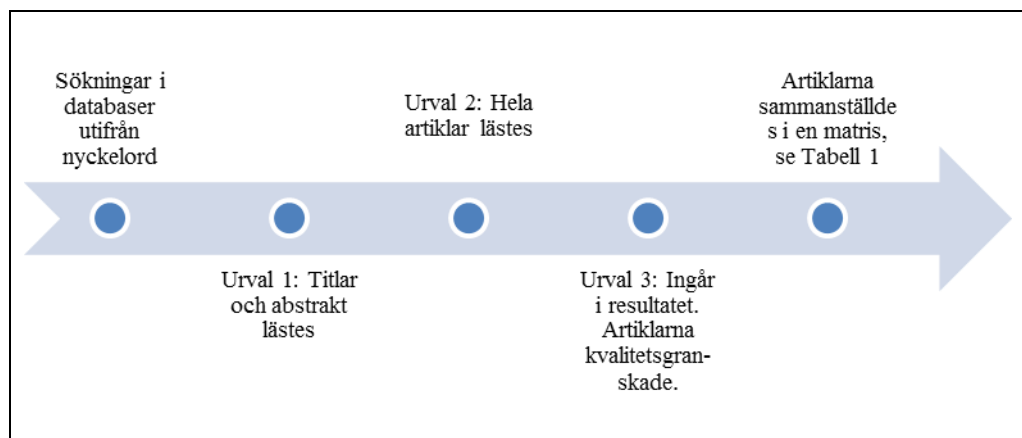
### ***Sökstrategier***

En litteratursökning utfördes med hjälp av MEDLINE, PubMed och CINAHL. Sökningarna utfördes med hjälp av följande nyckelord i olika kombinationer: patientdelaktighet (patient participation), primärvård (primary care); vårdbehov (caring needs); vårdkvalitet (quality of care); vårdval (care choice) vårdvetenskap (caring science).

Studien omfattade följande inkluderingskriterier: vårdval och patienters val av vårdgivare, relaterat till syftet för denna litteraturöversikt. Dessutom att artiklarna var referegranskade och skrivna på engelska. Totalt ingår tretton studier i översikten.

### ***Urval och granskning***

Inledningsvis lästes artiklarnas titlar. Titlar inom området för studien ledde vidare till läsning av abstrakt. Abstrakten studerades i förhållande till studiens syfte. De abstrakt som ansågs relevanta för syftet behölls, och fulltextversionen hämtades för ytterligare granskning (figur 2).



Figur 2: Urvalsprocessen

Efter en granskning av artiklarna i fulltext sammanställdes en lista över inkluderade studier. I studien ingår både kvalitativa och kvantitativa studier för att ge ett så brett underlag som möjligt. Utvärdering av kvalitet för de valda artiklarna (n = 13) gjordes av första författaren, baserat på de kriterier för relevans som Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) presenterat. Utvärderingen synar studiernas population (är populationen beskriven, är inklusions- respektive exklusionskriterier adekvat beskrivna) samt undersökt intervention (är den relevant, genomförd på ett reproducerbart sätt). Kriterierna för de artiklar som skulle ingå i denna studie var att de hade hög eller

medelhög hög kvalitet. Kvaliteten baserades på nivåerna hög, mellan och låg. Gränserna bestämdes att under 60% poäng var låga, 61-80% var medel och 81-100% var hög kvalitetsnivå. Av de 13 artiklarna i denna litteraturoversikt bedömdes elva ha hög kvalitet och två medelhög kvalitet. Därefter organiserade de 13 utvalda artiklarna i en matris (Tabell 1).

Tabell 1: Matris som beskriver valda artiklar som ingår i resultatet

Författare, land	Syfte	Urval	Design/Metod	Kvalitet nivå
Ahgren, B. & Nordgren, L. (2012). Sverige	att undersöka hur patienter väljer inom vårdval	21 personer	Kvalitativ studie Gruppintervjuer	Hög
Antoun, J.M., Hamadeh, G.N. & Adib, S.M. (2014) Libanon	att belysa vad patienterna prioriterade för att besöka samma vårdgivare inom primärvården igen	400 personer	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Ashworth, M. & Armstrong, D. (2006). England	att illustrera sambandet mellan vårdkvalitet i primärvården, social deprivation och praxis	Data från 8480 vårdcentraler var insamlade	Kvantitativ studie	Hög
Glenngård, A.H. (2013). Sverige	att analysera variationen i patientnöjdhet med avseende på organisatoriska och strukturella faktorer inom primärvården	Data källa: Nationella patientenkäten	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Glenngård, A.H., Anell, A. & Beckman, A. (2011). Sverige	att svara på frågorna hur patienter väljer vårdgivare och hur de får information innan de väljer.	3000 enkäter 50% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Harris, K. (2003). USA	att beskriva processen där patienter söker och väljer läkare	33 000 enkäter 56% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Hjelmgren, J. & Anell, A. (2007). Sverige	att undersöka vilka faktorer som var viktiga när individer väljer primärvård	1600 enkäter 58% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Medel

Nordgren, L. & Åhgren, B. (2010). Sverige	att göra en undersökning om hur patienter väljer i primärvården och vilka faktorer valen beror på	4 paneler med 5-7 deltagare och några enskilda intervjuer som komplement	Kvalitativ studie Intervjuer	Hög
Ranstad, K., Midlöv, P. & Halling, A. (2014) Sverige	att studera sambanden mellan aktiva val inom primärvården och utnyttjande, kön, multisjukdom, ålder	Invånarna i Blekinge (151 731 st)	Kvantitativ studie Beskrivande tvärsnittsstudie.	Hög
Razzouk, N., Seitz, V. & Webb, JM. (2004). USA	att undersöka vilka faktorer som var viktiga när patienter väljer läkare i primärvården	992 deltagare	Kvantitativ studie Enkät	Medel
Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P., Hall, N. (2006). England	att undersöka patienternas preferenser när de bokade en tid inom primärvården	1153 patienter	Kvantitativ studie Discrete Choice Experiment Val av alternativ, statistik	Hög
Wilde-Larsson, B. & Larsson, G. (2009). Sverige	att undersöka sambandet mellan hur patienter upplevde vårdkvalitet och deras vilja att besöka samma vårdgivare igen	22 170 enkäter 75% svarande	Kvantitativ studie Enkät	Hög
Zielinski, A., Håkansson, A., Beckman, A. & Halling, A. (2011). Sverige	att undersöka om ålder, kön och multisjukdom var av betydelse när patienter väljer primärvård	12 696 individer var studerade	Kvantitativ studie Register baserad kohortstudie	Hög

### **Analys**

Analysen bygger på Polit och Becks (2017) beskrivning av tematisk analys. Den föreliggande studien baseras på 13 vetenskapliga artiklar. Analysen genomfördes genom att de empiriska studiernas metodologiska egenskaper, inkluderat ursprungslandet, syftet, urval, design, använt forskningsinstrumentet och studiernas resultat granskades. Genomläsning gjordes flertalet gånger för att verkligen förstå och ha en korrekt översättning, då alla artiklar var skrivna på engelska, erhöles en fördjupad förståelse om varje studie, samtidigt fördes



anteckningar i syfte att identifiera kategorier. Fynd som berörde liknande ämnen sammanställdes till en gemensam kategori. Kategorierna döptes efter de gemensamma nämnare som gick att urskilja från fynden. Analysen resulterade i nio kategorier som slutligen bildade tre teman som svarar mot litteraturöversiktens syfte.

### ***Forskningsetiska överväganden***

De vetenskapliga artiklarna som ingår i översikten har granskats utifrån ett etiskt förhållningssätt och följt de etiska principerna. De etiska principerna har sitt ursprung i FN:s mänskliga rättigheter (Northern Nurses Federation, 2003 och Helsingforsdeklarationen, 2014). Det etiska ställningstagandet som gjorts är att inte förvanska eller ändra källans textmaterial utan återge det på ett så korrekt sätt som möjligt. Genomförandet av litteraturöversikten har skett objektivt och översättningarna beaktats noggrant. Inga egna åsikter har vägts in. Artiklarna valdes objektivt oberoende av resultatet i studierna och informationen framställdes så sanningsenligt som möjligt för att undvika förvanskning eller snedvridning av översiktens resultat (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturöversiktens genomförande har utgått ifrån att göra gott och med god vetenskaplig praxis samt grundlig genomgång av den vetenskapliga litteraturen (Helsingforsdeklarationen, 2014).

### **Resultat**

Resultatet visar att patientens delaktighet i valet av vårdgivare utgår från vårderfarenhet, vårdrelationer med professionella vårdgivare och erhållen service.

### ***Vårderfarenhet***

Temat vårderfarenhet inkluderar två kategorier: patientens ålder och tidigare erfarenheter av vård.

#### Patientens ålder

I en svensk studie av Ahgren och Nordgren (2012) framkom att unga patienter var passiva i valet av vårdgivare. I studien använde forskarna gruppintervjuer för att samla data. De unga var inte så noga med avseendet på kontinuitet i vården utan värderade korta väntetider högre, oavsett vem de träffade när de sökte vård.

Sannolikheten att patienter valde en offentlig vårdgivare istället för en privat vårdgivare ökade med ålder och med ökad nivå av multisjukdom (Zielinski, Håkansson, Beckman & Halling, 2011). Studien genomfördes med data från en registerbaserad kohortstudie där 12 696 personer deltog. Samma resultat framkom i en enkätundersökning av Hjelmgren och Anell (2007). 1 600 informanter från Sverige deltog och resultatet visar att äldre patienter och personer med kroniska sjukdomar oftare valde en offentlig vårdgivare.

Antal konsultationer, multisjukdom, ålder och kön visade sig påverka i valet av vårdgivare genom en enkät genomförd i Blekinge i Sverige (Ranstad, Midlöv & Halling, 2014).

#### Tidigare erfarenheter av vård

Patienter lägger ofta större vikt vid egen erfarenhet av vård än jämförande information. I Sverige genomfördes en studie (Nordgren & Åhgren, 2010) som använde fyra paneler med medborgare. Panelerna genomfördes som halvstrukturerade gruppintervjuer. Varje panel bestod av 5-7 personer och inkluderade "familjer med barn", "människor mitt i livet" och "äldre". Dessutom var invånare i större och mindre kommuner representerade i panelerna. Som ett komplement genomfördes individuella halvstrukturerade intervjuer med ett antal personer baserat på samma frågeområden som användes i panelerna. Författarna drog slutsatsen att patienternas egna vårderfarenheter vägde tungt i valet av vårdgivare. Detta var oberoende av ålder och bosättningsort (Nordgren & Åhgren, 2010).

#### ***Vårdrelation med professionella vårdgivare***

Temat för vårdrelationer med professionella vårdgivare omfattar kategorierna: bemötande, delaktighet och möjligheten att påverka den egna vården.

#### Bemötande

Bemötande var en viktig aspekt för äldre personer vid val av vårdgivare. Detta visades i en studie (Åhgren & Nordgren, 2012) som utfördes som gruppintervjuer på fyra platser i Sverige med totalt 21 personer. Resultatet visar hur patienterna bemöttes av vårdpersonal var en viktig faktor vid valet av vårdgivare, men speciellt som en viktig faktor när patienterna valde att välja bort en vårdgivare (Nordgren & Åhgren, 2010).

#### Delaktighet och möjlighet att påverka den egna vården

Relationen mellan patienters uppfattning om vårdkvalitet och deras vilja att återvända till samma vårdgivare inom primärvården undersöktes i en studie av Wilde-Larsson och Larsson (2009). Resultatet, som baserat på 22 170 patienters svar, visade att patienternas erfarenheter av delaktighet påverkades om de ville återvända till vårdgivaren igen. Enligt studien var det 10% som tvekade att återvända till samma vårdgivare. Variabeln i undersökningen som fick lägst rankning (62%) var "Jag hade ett bra tillfälle att delta i beslut om min vård". "Jag fick möjlighet att prata med läkaren om min vård och hur jag ville ha det" rankades högst (91,8%).

Patienternas förmåga att påverka sin egen hälso- och sjukvård uppskattades i valet av vårdgivare och visades i en undersökning (Hjelmgren & Anell, 2007) som inkluderade 1600 deltagare i Sverige.

Antoun, Hamadeh och Adib (2014) studie handlar om vad som spelade in när patienter fattade beslut att besöka samma vårdgivare inom primärvården igen. Enkätstudien visade på att en doktor som ger patienten adekvat tid för diskussion rankades högt av patienterna.

### ***Erhållen service***

Temat för erhållen service innefattar kategorierna: uppfattningar av vårdgivare, tillgänglighet, kontinuitet och patientnöjdhet.

#### Uppfattningar av vårdgivare

En svensk enkätstudie (Glenngård, Anell & Beckman, 2011) visade att mer än 70% av patienterna uppgav att deras val av vårdgivare var förknippat med en positiv uppfattning av vårdgivaren. Resultatet var baserat på en enkätundersökning som genomfördes i nio kommuner i tre län i Sverige

Faktorer som amerikanska patienter inom primärvård ansåg vara viktigast vid valet av vårdgivare studerades bland 992 deltagare (Razzouk, Seitz & Webb, 2004). Studiens resultat visade att patienternas uppfattning av vårdkvaliteten påverkades av hur andra patienter bedömde bemötande av personal, utbildning och kompetens hos personalen samt tillgänglighet. Patienterna uppgav också att rekommendationer från vänner, familj och läkare och fortlöpande medicinsk utbildning var viktiga vid val av vårdgivare inom primärvården.

En minoritet av patienterna valde aktivt sin läkare, vilket framgår av en enkätstudie i USA (Harris, 2003). Nedsatt hälsa och starka band till sin läkare gjorde patienterna mindre benägna att aktivt söka andra medicinska alternativ. Det fanns dock ökad aktivitet bland etniska minoritetspatienter, där de använde informationen om läkare när de fattade beslut om sina val. Detsamma sågs hos dem som var missnöjda med den medicinska behandling som de hade mottagit någon gång under de senaste fem åren (Harris, 2003).

#### Tillgänglighet

I Rubin, Bate, Shackley och Hall (2006) engelska studie med 1153 deltagare undersöktes vikten av väntetiden i förhållande till att kunna välja en vårdgivare och välja tid för ett besök. Observationen innehöll tre attribut: väntetid, val av tid för besök och val av läkare. Resultaten visade att kortare väntetider var av intresse för patienterna, men andra faktorer, som att kunna välja en läkare och eller tid för ett besök vägde lika tungt eller tyngre. Korta väntetider uppskattades för barn under fem år och patienter med nya hälsoproblem.

För att primärvården skulle uppfattas som geografiskt tillgänglig var kort avstånd av avgörande betydelse. Ambulerande patienter accepterade längre avstånd till vårdgivare, medan äldre patienter med nedsatt rörlighet och eller med

ökad ålder värderade kortare avstånd till vårdgivaren högre (Nordgren & Åhgren, 2010).

Det har visat sig att yngre patienter upplevde tillgängligheten som viktig, vilket huvudsakligen sågs hos patienter (ålder 20-45 år). Tillgänglighet innebar korta väntetider men också möjlighet att boka ett besök efter kontorstid (Ahgren & Nordgren, 2012).

### Kontinuitet

För kvinnor, äldre och personer med en lång sjukdomshistoria var kontinuitet viktigare än korta väntetider. En engelsk observationsstudie av patienters val av vårdgivare (Rubin et al., 2006) visade att äldre var beredda att vänta upp till 2,5 dagar för att få träffa "sin egen läkare" och kvinnor var villiga att vänta två extra dagar. Detta indikerar att vissa grupper av patienter värderade kontinuitet och flexibilitet högre än snabb tillgänglighet.

Hjelmgren och Anell (2007) genomförde en svensk enkätstudie av äldre och kroniskt sjuka personer. Resultatet visade att flertalet deltagare föredrog kontinuitet i kontakt med vårdgivare. Frågeformuläret omfattades av ett utskick till 1600 deltagare i Sverige. Resultaten av en annan studie (Ahgren & Nordgren, 2012) som utfördes som gruppintervjuer visade också att kontinuitet är en variabel som är viktig vid valet av vårdgivare. Nordgren och Åhgren (2010) fann också i sin studie om vad som avgör patienters val av vårdgivare att kontinuitet bidrar till valet av vårdgivare.

### Patientnöjdhet

Glenngård (2013) visade att patienterna var mest nöjda med små vårdcentraler där de flesta besöken var till läkaren ( $p < .000$ ). Större patientnöjdhet uttrycktes också vid vårdcentraler med en hög andel patienter från lägre sociala klasser, liksom en stor andel multisjuka patienter ( $p < .000$ ). Vidare framkom i Glenngård (2013) studie att patientnöjdheten hade ett samband med privata vårdgivare, både gällande besök hos doktor och sjuksköterska.

En annan studie (Ashworth & Armstrong, 2006) visade att kvaliteten på primärvården var lägre i fattiga områden. Indikatorer av bättre kvalitet enligt denna studie, som högre utbildning bland personal, var sällsynta inom dessa områden.

## **Diskussion**

I den föreliggande litteraturöversikten var fokus på att beskriva patienters val av vårdgivare inom vårdval. I denna studie framkom att patienters val av vårdgivare görs utifrån vårderfarenhet, vårdrelationer med professionella vårdgivare och erhållen service. De underliggande kategorierna var: ålder och tidigare erfarenhet av vård, bemötande av vårdpersonal, delaktighet, möjlighet att påverka

egen vård, uppfattningar av vårdgivare, tillgänglighet, kontinuitet och patientnöjdhet.

Ålder är en faktor som har visat sig vara viktig för valet av vårdgivare. Äldre människor och patienter med flera diagnoser och kroniska sjukdomar är förmodligen villiga att vänta längre för att få ett möte med sin ordinarie läkare. Ålder har också visat sig vara en variabel som påverkar valet av offentliga och privata vårdgivare. Resultatet visar att patienter med ökad ålder och ökad nivå av multisjukdom är mer benägna att välja offentliga vårdgivare istället för privata vårdgivare (Hjelmgren & Anell, 2007). Andra forskare (Zielinski et al., 2011) har föreslagit att mätning av graden av multisjukdom skulle ge en bättre förståelse för kroniskt sjuka patienter, deras val av vårdgivare och för att förbättra vården för äldre människor (Zielinski et al., 2011). Det finns behov av att utveckla vården av äldre människor och att geriatrisk kompetens är en nödvändighet, särskilt i den offentliga sjukvården. Det är också av vikt med teamarbete mellan olika professioner för att möta patienters behov.

Tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvårdvård är en faktor som påverkar valet av vårdgivare. I denna studie framkom att patienternas egna vårderfarenheter vägde tungt i valet av vårdgivare; Detta var oberoende av ålder och var patienten bor. Här av kan slutsatsen dras enligt ett citat (Victoor, Delnoij, Friele & Rademakers, 2012) att "det finns inget sådant som en vanlig patient; alla gör olika val i olika situationer". Det innebär att alla har en egen upplevelse av vård, både bra och dåligt, vilket leder till helt individuella val. Detta visar att en mångfald och bredare utbud av vårdgivare är nödvändiga för att uppfylla patienternas olika behov och önskningar för att uppnå tillfredsställelse i vårdsituationer.

Hur patienterna bemöttes av vårdpersonalen var oerhört viktigt i valet av vårdgivare. För de flesta deltagarna i studien var gott bemötande i telefon och i personliga möten avgörande faktorer vid val av vårdgivare (Socialstyrelsen, 2012).

Resultatet visar att patienter är mer benägna att välja att återvända till en vårdgivare om de upplever att de kan påverka och vara delaktiga. Hur delaktighet skall implementeras i klinisk praxis verkar dock ej klarlagt. I en svensk studie (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2006) visade forskarna att sjuksköterskor uppfattade att patienter i högre grad bad om delaktighet än de faktiskt gjorde. Skillnader i patienters önskemål hittades i förhållande till ålder och social status, men inte i förhållande till kön. Sjuksköterskorna var inte alltid medvetna om patientperspektivet och hade en tendens att överskatta patienternas vilja att ta en aktiv roll i sin egenvård (Florin et al., 2006). Här föreslås en ökad lyhördhet för att möta patienternas vårdbehov. Återigen är det av betydelse att personalen har ambitionen att ta reda på patienternas uttryckta önskningar när vården planeras.

Tillgänglighet anses som en angelägen variabel för valet av vårdgivare. Studien visar att korta väntetider är viktiga, liksom möjligheten att boka en tid efter kontorstid. Geografisk tillgänglighet är också av betydelse, särskilt när ålder ökar och rörligheten minskar. Det har framkommit att det måste vara lätt att komma i kontakt med vårdgivare. God bemanning under telefontid och ett telefonsystem där personalen ringde tillbaka sågs positivt. Förutom god tillgänglighet var det också viktigt att vårdgivaren kunde erbjuda tid samma dag eller nästa dag. Om patienterna fick tala direkt med läkaren gav detta ett mervärde (Socialstyrelsen, 2012).

Resultatet speglar betydelsen av kontinuitet; Äldre människor var beredda att vänta upp till 2,5 dagar för att träffa "sin egen läkare" och kvinnor var villiga att vänta två extra dagar. För kvinnor, äldre människor och patienter med lång sjukdomshistoria var kontinuitet viktigare än korta väntetider. Det visades att en majoritet av befolkningen ansåg att det var viktigt att ha en väletablerad läkare i primärvården. Följaktligen kan detta vara något som är nödvändigt att granska när personalomsättningen är hög och tillfälliga läkare är ofta anställda. Enligt Eriksson och Lindström (2003) innebär det att förtroende och tillit måste upprätthållas inom en vårdrelation. Det är mänskligt att möta varandra med förtroende och att kunna lita på en annan. Om det skall vara möjligt för tillit och förtroende att växa behövs det kontinuitet. Kontinuitet i vården är en förutsättning för att förtroendet ska fungera i praktiken.

Victoor et al. (2012) rapporterade i en studie att jämförande information kring vårdgivare verkade ha relativt begränsad inverkan på de val som många patienter gjorde. I Socialstyrelsens rapport (2012) visades att informerade val kräver att medborgarna lätt kan få tillgång till information om kvaliteten och effektiviteten hos vårdgivarna. I dessa avseenden är informationsutbudet mycket begränsat och vårdgivarna verkar inte ha funnit effektiva sätt att marknadsföra sig.

Patientnöjdhet ger ett visst mått på kvaliteten hos en vårdgivare, vilket framgår av resultatet. Ett exempel på detta var att patienterna uttryckte större nöjdhet med små vårdcentraler och vårdcentraler där den största andelen besök var till läkaren, även där det fanns en stor andel patienter från lägre sociala klasser samt en stor andel patienter med multisjukdom. Patienter med hög social status var mest missnöjda. En rapport (Manian, Gillman & Spitznagel, 2012) visade att patienter med dålig eller mycket dålig hälsa hade det lägsta förtroendet för och var minst nöjda med sina vårdgivare. Det fanns också skillnader mellan olika åldersgrupper. De som var 70 år och äldre hade det största förtroendet för sin offentliga vårdgivare (75%). Motsvarande siffra i åldersgruppen 30-39 var 52%. De främsta orsakerna till bristen på förtroende bland de 2190 personer som undersöktes var "du får inte den hjälp du behöver" (24%), "dåliga kunskaper hos läkare" (23%) och "olika läkare vid besöken" (13%) (Manian et al., 2012). Här kan ses att det finns ett behov av utveckling avseende kontinuitet.

Få studier som ingick i översikten undersökte effekter av vårdval och dess inverkan på vårdkvalitet, både när det gäller primär och specialiserad sjukvård. Studier utförda i Sverige visar att patientnöjdheten har ökat något sedan reformen av vårdvalet infördes. Dock kan slutsatsen inte dras att ökningen beror på reformen med vårdval. I det svenska sammanhanget har det inte undersökts huruvida medicinsk kvalitet också påverkats, troligen på grund av brist på giltig och godkänd medicinsk kvalitetsmätning i primärvården (Winblad et al., 2012). Ett sätt att kategorisera olika aspekter av kvalitet är att skilja mellan struktur, process och resultat (Donabedian, 1966). Ett resultat som härrör från kvalitet är de förbättringar som kan tillskrivas struktur och process och beskriver vad som ska uppnås. Resultaten kan delas in i underkategorier, till exempel hälsovård, funktionella och kliniska resultat och patientnöjdhet. Patientens nöjdhet kan vara påverkad av tillgänglighet och väntetid (Örnerheim, 2013).

### ***Studiens begränsningar***

Det fanns relativt få vetenskapliga artiklar som publicerats inom vårdval. I litteratursökningen valdes databaser utifrån antagandet att val av vård kan innebära mer forskning än de medicinska aspekterna, således sökningar också i mer generella databaser. Sökningarna har gjorts i olika databaser för att samla så mycket material som möjligt. Det var emellertid inte lätt att söka efter artiklar som kunde motsvara syftet med litteraturöversikten eftersom det inte gav många relevanta resultat när sökningarna specificerades. Det är möjligt att det fanns andra användbara nyckelord som skulle gett mer data. De artiklar som ingår i studien är från Sverige, England, Libanon och USA. Studien genomfördes enligt Polit och Becks (2017) metod för genomförandet av en litteraturöversikt, vilket kan ha betydelse för överförbarheten. Det har varit vår ambition att göra databehandlingen objektivt och inga personliga synpunkter har vägts in.

### **Konklusion**

Den bakomliggande idén kring vårdval är konkurrens baserad på vårdkvalitet, men resultaten visar att patienterna gör sina val utifrån andra faktorer som deras egna vårderfarenheter, vårdrelationer med personal och erhållen service hos vårdgivarna. Reformen, vårdvalet, som har utgångspunkten att vårdkvaliteten skall öka, har ett utrymme för förbättring om istället fokuset lades på lyhörighet för patienternas vårdbehov. En viktig grupp är äldre människor med ökade vårdbehov med önskan om kontinuitet och vårdpersonal med unik kompetens inom geriatrisk vård. Det innebär även att ytterligare forskning är nödvändig, till exempel kring patienternas delaktighet och möjlighet att påverka egen vård, vilket är ett aktuellt ämne.

### ***Författarnas bidrag***

MN designade studien och genomförde litteratursökningarna, analyserade materialet och deltog i skrivandet av manuskriptet. IF fungerade som

huvudhandledare, JN och LL som bihandledare och deltog i analys av materialet och skivandet av manuskriptet. Alla författarna har läst och godkänt det slutliga manuskriptet.

## Litteratur

- Ahgren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy*, 96: 91-97.
- Ahgren, B. & Nordgren, L. (2012). Is choice of care compatible with integrated health care? An exploratory study in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27, 162-172.  
<http://dx.10.1002/hpm.2104>
- Andersson, I.S. (1995). *Utveckling av metoder för mätning av vårdkvalitet – med inriktning mot omvårdnad*. Avhandling: Linköpings universitet.
- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt*. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4).
- Anell, A., Glengård, A.H. & Merkur, S. (2012). Sweden. Health system review. *Health Systems in Transition*, 14, 5.
- Antoun, J.M., Hamadeh, G.N. & Adib, S.M. (2014). What matters in the patients' decision to revisit the same primary care physician? *Le Journal Medical Libanais*, 62(4), 198-202.
- Ashworth, M. & Armstrong, D. (2006). The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework. *BMC Family Practice*, 7, 1-8.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691-729.
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2003). *Gryning II*. Finland: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- EU-kommissionen (2007). *Health and long-term care in the European Union*.
- Fagerström, L. (2000). *Patientens vårdbehov. Att förstå och mäta det omätbara*. Finland: Avhandling, Åbo Akademi.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses and patients perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1498-1508.  
<http://dx.doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forsman, B. (2004). *Forskarens frihet. Om makt och moral*. Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, M. (2013). Is patient choice democratizing Swedish primary care? *Health Policy*, 111, 95-98.
- Glengård, A. H. (2013). Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings



- based on data from the national patient survey in Sweden. *Health Economics, Policy and Law*, 8, 317-333.
- Glenngård, A. H., Anell, A. & Beckman, A. (2011). Choice of primary care provider: Results from population survey in three Swedish counties. *Health Policy*, 103, 31-37.
- Harris, K. (2003). How Do Patients Choose Physicians? Evidence from a National Survey of Enrollees in Employment-Related Health Plans. *Health Services Research*, 38(2), 711-732.
- Helsingforsdeklarationen: 06, februari, 2014 från <http://www.codex.Vr.se/manniska2>
- Hjelmgren, J. & Anell, A. (2007). Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy*, 83, 314-322. <http://dx.10.1016/j.healthpol.2007.02.006>, ISO 9000:2008
- Larson, J. S. & Muller, A. (2002). Managing the quality of health care. *Journal of Health & Human Services Administration*, 262-280.
- Lee, R. I. & Jones, L.W.V. (1933). *The fundamentals of good medical care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Manian, F. A, Gillman, M. & Spitznagel, E. L. (2012). A Comparaison Between Rankings of Top Hospitals by the U.S. News & World Report and the Consumer Reports Patient Ratings: Clarity of Confusion for the Empowered Consumer? *Journal of Consumer Health on the Internet*, 16(2),162-169. <http://dx.doi.org/10.1080/15398285.2012.673462>
- Nordgren, L. & Åhgren, B. (2010). *Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler*. Uppdragsforskningsrapport: 2010:3, Konkurrensverket
- Northern Nurses Federation: Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003).
- OECD (2015). *OECD health statistics – health care utilisation*.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ranstad, K., Midlöv, P. & Halling, A. (2014). Importance of healthcare utilization and multimorbidity level in choosing a primary care provider in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32, 99-105.
- Razzouk, N., Seitz, V. & Webb, J. M. (2004). What's important in choosing a primary care physician: an analysis of consumer response. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 17(4),205–11. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860410541522>
- Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P. & Hall, N. (2006). Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. *The British Journal of General Practice*, 56 (531), 743–8.
- Socialstyrelsen (2012). *Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv*. Slutredovisning.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Valfrihetssystem för nybörjare och andra nyfikna*.

- Sveriges Kommuner och Landsting (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*.
- The Commonwealth Fund (2013). *International Health Policy Survey*.
- Victoor, A., Delnoij, D., Friele, R. & Rademakers, J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *Health Services Research, 12*, 272.
- Wilde, B. (1994). *Quality of care: models, instruments, and empirical results among elderly*. Avhandling: Karlstads universitet.
- Wilde-Larsson, B. & Larsson, G. (2009). Patients views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 22*, 600-611.  
<http://dx.doi.10.1108/09526860910986867.x>
- Winblad, U., Isaksson, D. & Bergman, P. (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård– en kartläggning av kunskapsläget*. Rapport 2012:2. Myndigheten för vårdanalys.
- Yin, R. K. (2011). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.
- Zielinski, A., Håkansson, A., Beckman, A. & Halling, A. (2011). Impact of comorbidity on the individual's choice of primary health care provider. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29*, 104–109.  
<http://dx.10.3109/02813432.2011.562363>
- Örnerheim, M. (2013). *Kvalitetsbegreppet i lagstiftningen inom den mänskliga sektorn. En översikt*. Linköping: Linköping University Electronic Press.

## Besøk på sykehjem. En kvantitativ studie av sykehjemsbeboeres besøkshyppighet

Joanna Galek, Morten Simonsen, Ellen-Karine Grov og Anne Marie Sandvoll

Joanna Galek, høskulelektor, Høgskulen på Vestlandet (HVL), [Joanna.Galek@hvl.no](mailto:Joanna.Galek@hvl.no)

Morten Simonsen, rådgjevar HVL, [Morten.Simonsen@hvl.no](mailto:Morten.Simonsen@hvl.no)

Ellen-Karine Grov, professor, HVL og OsloMet – storbyuniversitetet, [Ellen-Karine.Grov@oslomet.no](mailto:Ellen-Karine.Grov@oslomet.no)

Anne Marie Sandvoll, førsteamanuensis, HVL, [Anne.Marie.Sandvoll@hvl.no](mailto:Anne.Marie.Sandvoll@hvl.no)

### Abstract

#### Visit at nursing homes. A quantitative study of visit frequencies in nursing homes

*Social contact is essential for the well-being of the nursing home residents. Visiting frequency in nursing homes is rarely investigated. The purpose of this study was to map the number of visits for nursing home residents. Nursing students collected data during their nursing home practice. 355 residents were included in this cross-sectional study. We explored the association between visit frequency and age, gender, type of department, activities of daily living (ADL) and length of stay. Data was analyzed using statistical analysis. The average number of visits was 8,8 per month. However, there were differences in visit frequency among the 15 institutions. Residents in the long-term department received fewer visits compared to the dementia and short-term department. Significant correlations between ADL function, gender, length of stay, age and frequency of visits were not found. More research to identify causes for the differences in visit frequency between different institutions is needed.*

### Keyword/Nøkkelord

*nursing homes; visiting; visit frequencies*

*sykehjem; besøk; besøkshyppighet*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4287>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Referee\*

### Introduksjon

Antallet personer på 80 år eller eldre vil øke fra rundt fire prosent av befolkningen i 2014, til om lag ti prosent i 2060 (Syse & Pham, 2014). De siste 30 årene er andelen eldre som bor på sykehjem blitt gradvis redusert, men de er mer omsorgstrengende enn før (Gabrielsen, 2013). Sosial kontakt og støtte fra de nærmeste er noen av de viktigste psykososiale tiltakene for beboere på sykehjem, og har betydning for aktiv deltaking i dagliglivet, samt for psykisk og fysisk helse for disse (Dale, Sævareid, Kirkevold, & Söderhamn, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Pårørende får stadig større betydning når en blir syk og trenger helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 15, 2017–2018; Meld. St. 26, 2012-2013; Meld. St. 29, 2012-2013).

Pårørende er en ressurs ikke bare for beboeren, men også for helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) viser at pårørende til beboere med demenssykdom ønsker dialog og fortsatt ansvar, men at de i liten grad inkluderes i beboernes liv etter innleggelse i institusjon. Wold, Rosvold og Tønnessen, (2017) viser at stor pårørende-belastning kan gå utover beboeren og redusere muligheten til å ivareta omsorgsgiverrollen. Det ser ut som omsorgsbyrden oppleves likt av kvinner og menn (Wold et al., 2017). Overgang til institusjonell omsorg kan være preget av sterke følelser som skyld, usikkerhet, skam og fortvilelse (Kirkevold, 2014; O'Shea, Weathers, & McCarthy, 2014). Det er viktig for både beboere og pårørende å skape et «privat hjem» på sykehjemmet slik at beboernes personlige vaner kan lede institusjonelle rutiner og støtte meningsfylte aktiviteter (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim, 2012; O'Shea et al., 2014).

Rutiner knyttet til besøk på institusjon etableres i stor grad i perioden umiddelbart etter flytting (Parmenter, Cruickshank, & Hussain, 2012). En studie fra USA viser at de fleste omsorgspersoner opprettholder frekvensen på besøk i lengre perioder (Noriko, Aneshensel, & Levy-Storms, 2002). En kartlegging av besøkshyppighet på sykehjem i Australia viser at 73% av pårørende til beboere besøkte sine nærmeste sjeldnere enn en gang i måneden (Parmenter et al., 2012). Ifølge Gaugler (2005) og Parmenter et al. (2012) avtar besøkshyppighet med tiden. Tid, geografisk avstand og problemer med transport ble oppgitt som mest vanlige barrierer for besøk (Parmenter et al., 2012).

Mangel på god sosial støtte kan føre til ensomhet og tidligere død (Drageset, 2014; Drageset, Eide, Kirkevold, & Ranhoff, 2012). Sosial støtte som begrep har flere dimensjoner og inkluderer emosjonell støtte, deltaking i et sosialt felleskap, utveksling av informasjon og praktisk hjelp. Disse faktorene har betydning for helse, livskvalitet, samt opplevelse av trygghet og tilhørighet (Weiss, 1973). Livskvaliteten til personer med demens på sykehjem viser seg å være lavere

sammenliknet med dem som bor i eget hjem, noe som kan være relatert til mindre sosial kontakt og mindre aktivitet (Olsen et al, 2016). Sosial isolasjon kan være en konsekvens eldre erfarer, og sykepleiere bør være involvert i å identifisere sosiale nettverk og sosiale behov blant eldre for å forbygge ensomhet (Dale et al, 2010). Ifølge Dale et al. (2010) hadde beboerne ofte kontakt med flere typer sosiale nettverk, som venner, naboer og religiøse samfunn, i tillegg til nær familie. Større avhengighet i dagliglivet kan muligens bidra til sosial og emosjonell kontakt i stedet for å redusere den (Dale et al, 2010). Kirchhoff, Grøndahl og Andersen (2015) viser også til at de fleste beboere hadde familiære relasjoner til barn og barnebarn (83,3-88,1%), til venner, naboer og bekjente (97,4%). Et mindretall (28,9%) av beboerne hadde kontakt med ulike former for organisert virksomhet. Mange brukte telefon til å holde kontakt med sitt nettverk og noen, særlig de under 67 år, brukte internett (Kirchhoff, et al., 2015).

Daglige aktiviteter knyttet til sosial kontakt blir ofte trukket fram som avgjørende for trivsel blant beboerne på sykehjem (Björk, et al., 2017; Haugland, 2012;). Det å snakke med slektninger og venner, få en klem, samt å prate om ikke-omsorgsrelaterte ting med de ansatte ble trukket fram som avgjørende for trivsel (Björk et al., 2017). Involvering av familiemedlemmer kan være viktig for å opprettholde identiteten til beboere med kognitiv svikt, og pårørende tar ofte på seg en «advokatrolle» for ivaretagelse av beboernes behov (Verbeek, 2017). Det er mange barrierer for pårørendes medvirkning på sykehjem, som rollekonflikter, dårlig kommunikasjon og holdninger (Norheim & Sommerseth, 2014; Verbeek, 2017). Besøkende på sykehjem er ofte tvunget til å innordne seg rutiner på sykehjem, og muligheten for å involvere seg i pleie kan være begrenset og hindrer en følelse av «hjemlighet» (Holmgren, Emami, Eriksson, & Eriksson, 2012; Ruths, 2005).

En australsk studie rapporterte om sykehjemsbeboeres manglende muligheter for å dyrke vennskap. Videre viser studien at beboere på demensenheter opplevde mindre sosial støtte sammenliknet med beboere på andre avdelinger (Casey, Low, Jeon, & Brodaty, 2016). Riktignok viser Bergland og Kirkevold (2008) i sin studie at sosial kontakt med andre beboere ikke er avgjørende for trivsel på sykehjemmet. Sykepleiere er i en unik posisjon når det gjelder å kartlegge, og å sette inn tiltak i forhold til beboerens behov for kontakt med andre. I praksis må sykepleierne være oppmerksomme på og avklare i hvor stor grad beboerne har sosial omgang med familie, venner og med beboere, og deretter tilrettelegge for at ikke bare fysiske behov blir dekket under oppholdet (Foss & Wahl, 2009). Det er behov for endring av personalets holdninger, og mer kunnskap i forhold til pårørendeinvolvering på sykehjem (Norheim & Sommerseth, 2014; O'Shea et al., 2014).

Litteraturgjennomgangen viser flere perspektiver på pårørendes betydning for beboere i sykehjem, mens besøkshyppighet i sykehjem i liten grad er utforsket.

Litteraturen poengterer viktigheten av sosial støtte fra ulike grupper, både fra helsepersonell og fra nærmeste familie og venner. Denne studien har til hensikt å kartlegge antall besøk sykehjemsbeboere får under opphold på sykehjem, og utforske ulike sammenhenger mellom besøkshyppighet og alder, kjønn, type avdeling, ADL-funksjon samt lengden på oppholdet.

Følgende forskningsspørsmål er stilt:

Hva er besøksfrekvensen for beboerne ved ulike sykehjemsavdelinger?

Hvilken sammenheng er det mellom besøkshyppighet og kjønn, type avdeling og lengde på opphold og beboernes ADL-funksjon?

### ***Prosjekt - ADL-kartlegging av beboere i sykehjem***

Dataene denne artikkelen baserer seg på, ble registrert i forbindelse med et forskningsprosjekt som involverer sykepleiestudenter som medforskere (Sandvoll et al., 2018). Vi utviklet et prosjekt der vi koblet forskning til studentenes praksisperiode i sykehjem. Mange eldre har store og sammensatte behov, og sykehjemmene har ansvar for å kartlegge og legge til rette hverdagen i forhold til den enkelte sitt funksjonsnivå (Dahl & Grov, 2014). Materialet til de fleste studier om Eldres helse bygger på selvrapporing, og de eldste og sykeste deltar sjelden i disse. Det er derfor behov for studier som bygger på like mål og målemetoder, og kan sammenligne grupper over tid (Langballe & Strand, 2015). Vi ønsket derfor å kartlegge ADL-status hos beboere i sykehjem i fylket, og videre avklare om denne endrer seg over tid. Videre ønsket vi å se om det var noen sammenheng mellom ADL-status og Body Mass Index (BMI), samt deltakelse i aktiviteter. Vi kartla også sammenhengen mellom ADL-status og besøkshyppighet, oppholdslengde og type avdeling, som er fokus for denne artikkelen.

## **Metode**

### ***Design***

Denne tverrsnittstudien anvender kvantitative data. Tverrsnittstudier brukes mest når en skal beskrive forekomst av et fenomen; her besøk i en bestemt tidsperiode, men designet kan ikke si noe om årsakssammenhengen (Laake, Olsen, & Benestad, 2008).

### ***Innsamling av data***

Datasamling ble utført av første års sykepleiestudenter under deres praksis på sykehjem i løpet av oktober 2016 og mai 2017. Studentene fylte ut ADL-skjemaet Barthel indeks (Aldring og Helse, 2008) på bakgrunn av observasjon av beboerne. I tillegg registrerte studentene variablene: alder, kjønn, inntakstidspunkt, type avdeling, og antall besøk i snitt per måned. Antall besøk ble kartlagt ved hjelp av korte intervju med beboeren, observasjon og i noen tilfeller intervju

med personalet. Elektronisk journalsystem ble også brukt som informasjonskilde. Kartleggingen ble gjort under veiledning av kontaktsykepleiere og lærere for å sikre kvalitet på innsamlet data. Før praksis ble det gitt opplæring til alle studentene i innsamling av data. Hver student samlet data om tre til fem beboere. Data ble framstilt og levert inn i form av et Excel-dokument. En ansvarlig forsker samlet videre alle Excel-dokumentene til en datafil.

### ***Utvalg***

Studien inkluderte alle beboere over 65 år boende på sykehjem som høgskolen benytter som praksisplasser. Beboerne under 65 år og personer i palliativ fase ble ekskludert fra studien. Utvalget består av i alt 355 beboere (tabell 1) på sykehjem som en utdanningsinstitusjon bruker som praksisplass for sykepleierstudenter på første året. Til sammen 17 sykehjem er inkludert i studien, som omfatter 15 kommuner. Fem av sykehjemmene i studien ligger i byområder, resten i små kommuner. Disse er tilfeldig valgt og vi kan derfor se på disse som et representativt utvalg for sykehjem i fylket. De fleste av beboerne i vårt utvalg hadde plass på langtidsavdeling, 14,1% på korttids- eller rehabilitering- og 24,5% på demensavdeling.

Tabell 1. Respondenter

	<b>Antall respondenter og kjønn</b>	<b>Gjennomsnittlig alder (år)</b>
<b>Kvinner</b>	249	87,6
<b>Menn</b>	106	84,6
<b>Totalt</b>	355	86,7

### ***Analyse***

Vi overførte aidentifiserte data til SAS (Statistical Analysis System) for nærmere statistisk analyse. Det ble foretatt signifikanstester og frekvensanalyser. Siden den avhengige variabelen er antall besøk per måned ble det formulert en modell som ble analysert med Generalized Linear Model (GLM). Dette er en analyseform som forutsetter at den avhengige variabelen har en Poissonfordeling. Variabler som beskriver antall ganger et fenomen inntreffer, i vårt tilfelle altså besøk, har en slik fordeling. Tabell 2 presenterer uavhengige variabler brukt i modellen.

Tabell 2. Uavhengige variabler

Variabelnavn	Beskrivelse
ADL-score	ADL-score for beboer
Kjønn	Dummy variabel for beboers kjønn (1=Mann)
Alder	Alder på beboer
Lengde på opphold	Antall år beboer har tilbrakt på institusjon
Korttidsavdeling	Dummy for avdelingstype korttids/rehabilitering
Langtidsavdeling	Dummy for langtidsavdeling

I tillegg representerer konstantleddet i modellen kvinner på demens-avdeling. Dette er gruppen som har verdien 0 på alle dummy-variablene i tabellen ovenfor. Vi har tre avdelinger, altså har vi dummy-variabler for to av dem. Konstantleddet er gjennomsnittlig besøkshyppighet for kvinner på demens-avdeling for en gitt alder, ADL-score og lengde på opphold.

Vi kjørte først en Poisson-regresjonsanalyse siden vi har antall besøk som avhengig variabel. Denne type analyse brukes gjerne når avhengig variabel er begivenheter som fordeler seg tilfeldig over tid (Aalen et al., 2006). Analysen viser at vi har over-dispersjon, det vil si for stor varians relativt til gjennomsnittet. Vi har derfor kjørt en negativ-binomial regresjonsanalyse.

### ***Etiske hensyn***

Studien ble søkt godkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i oktober 2015. REK vurderte det slik at studien falt utenfor helseforskningsloven, og derfor ikke trengte behandling hos REK. Studien ble derfor meldt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og har godkjenningsnummer 46303. Informert samtykke ble hentet fra alle beboerne før kartlegging, og de ble informert om at de kunne trekke seg fra studien underveis. Alle personidentifiserende data ble aidentifisert før analyse og publisering, og kodenøkkel er oppbevart i et låsbart skap inntil prosjektslutt (Polit & Beck, 2008; WMA Declaration of Helsinki, 2008).

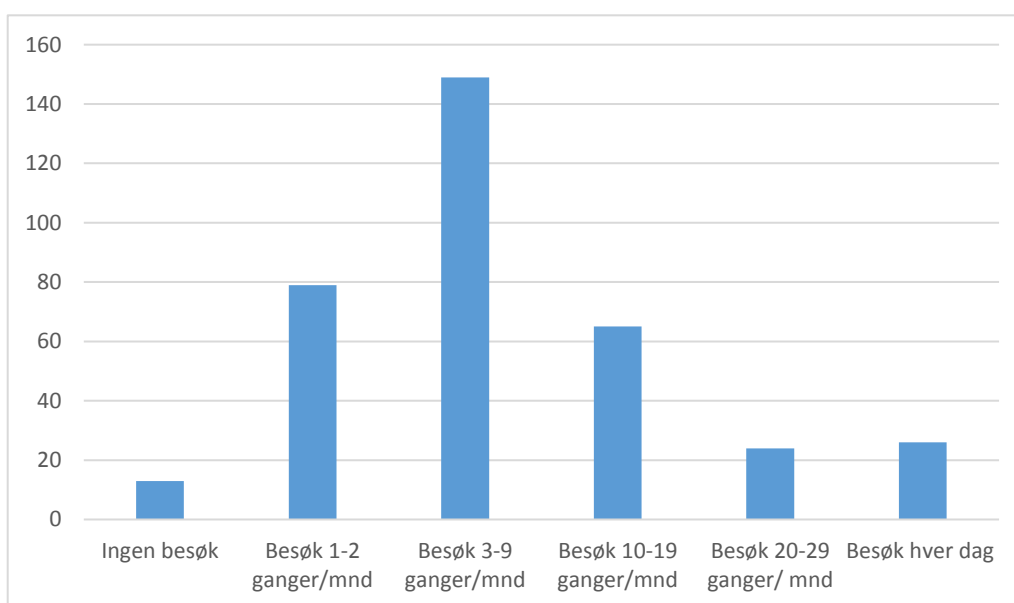
### **Resultat**

I gjennomsnitt mottar hver beboer 8,8 besøk per måned, altså besøk om lag hver tredje eller fjerde dag. Figur 1 viser fordeling av antall besøk per måned. Halvparten av beboerne i studien hadde besøk fem ganger eller færre i løpet av



en måned, altså så vidt ett besøk i uka. En tredjedel av beboerne hadde tre besøk eller færre i løpet av en måned. De 10% av beboerne som får mest besøk, får 22 besøk eller mer per måned. De 10% som får minst besøk får ett eller færre enn ett besøk per måned. Antall besøk per måned er ikke normalfordelt. Gjennomsnittet er 8,8, mens median er 5 besøk per måned. Det betyr at det er noen som har veldig mange besøk, mens de fleste har betydelig færre. En beboer får besøk 65 ganger i måneden. Det er ikke korrigert for denne observasjonen, den er med i den videre analysen. Datasamling ble gjennomført i to omganger. Gjennomsnittlig besøkshyppighet på våren var 9,7 mens på høsten var antallet 8,5.

Figur 1. Antall besøk



Menn har 1,12 høyere besøksrate enn kvinner. Dette svarer til at antall besøk øker med 12% om vi bytter ut en kvinne med en mann med samme alder, ADL-skår og lengde på opphold. Det er flere kvinner på langtidsavdelinger, og de er eldre. Men effekten av kjønn er ikke signifikant. Det betyr at om vi sammenlikner kvinner som er like gamle som menn på samme avdeling med samme ADL-skår og lengde på oppholdet, så sier modellen at vi ikke forventer forskjell i antall besøk. Resultat fra den negative-binomiale regresjonsanalysen vises i tabell 3.

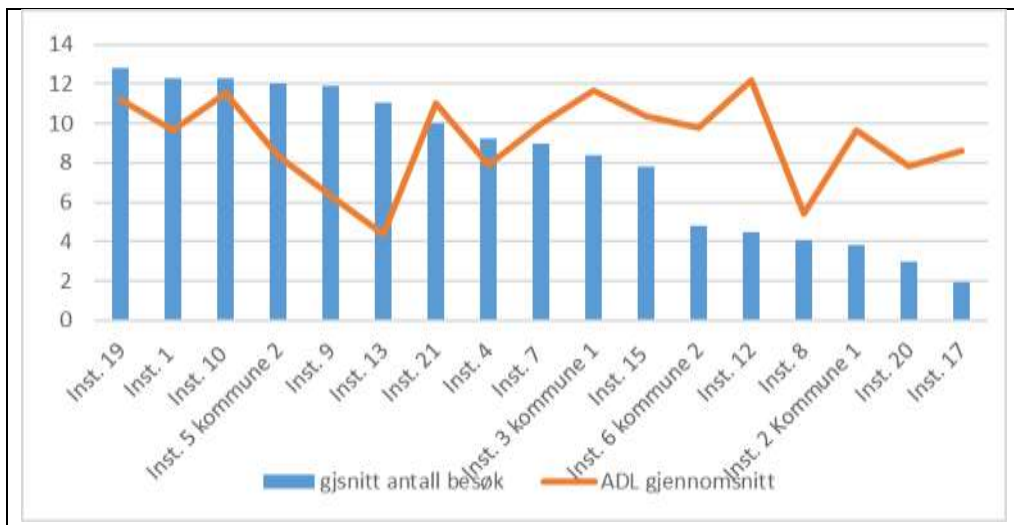
Tabell 3. Resultat fra den negative-binomiale regresjonsanalysen

Parameter	Estimat	Standard feil	Wald 95% grenser for konfidensintervall		Wald Kji-kvadrat	Pr > Kji-kvadrat
Konstantledd	3.5085	0.6359	2.2622	4.7549	30.44	<.0001
ADL-score	-0.0032	0.0107	-0.0243	0.0178	0.09	0.7637
Kjønn (1=Mann)	0.1112	0.1122	-0.1087	0.3311	0.98	0.3216
Alder	-0.0127	0.0075	-0.0274	0.002	2.87	0.0904
Lengde på opphold	-0.0281	0.0188	-0.0649	0.0087	2.24	0.1346
Korttids-/rehabiliteringsavdeling	-0.1173	0.1696	-0.4497	0.2152	0.48	0.4894
Langtidsavdeling	-0.3012	0.1321	-0.56	-0.0424	5.2	0.0225
Dispersion	0.7863	0.0663	0.6665	0.9277		

N=353, Pearson kji-kvadrat kriterium for god modell-tilpasning: frihetsgrader=346,  $\chi^2=391.9$ ,  $\chi^2$ /frihetsgrader=1.13

Gjennomsnittlig alder på beboerne i prosjektet (n=355), var 87 år. Beboere på langtidsavdelinger er i gjennomsnitt 4 år eldre enn beboerne på andre avdelinger. Økende alder reduserer hyppighet av besøk, men denne effekten er ikke signifikant. Vi sammenlikner beboere med samme alder, kjønn, type avdeling og lengde på opphold, men med ulik ADL-skår. Da får vi fram den selvstendige effekten av ADL som ikke skyldes samvariasjon med alder. Effekten av en økning i ADL-skår er negativ, men effekten er ikke signifikant. Lengde på opphold har også en negativ effekt på antall besøk pr måned, men denne effekten er heller ikke signifikant.

Figur 2. Antall besøk og ADL-funksjon fordelt på institusjoner



Det er store forskjeller i besøkshyppighet mellom de ulike institusjonene i studien (tabell 4 og figur 2). Besøkshyppigheten til beboere innlagt i ulike institusjoner kan variere fra to besøk til nesten tretten besøk per måned. Vi finner slike forskjeller også mellom institusjoner i samme kommune (figur 2). Beboere på institusjon 2 og 3 i en kommune får henholdsvis 3,8 og 8,4 besøk per måned. Tilsvarende i en annen kommune; på institusjon 5 og 6 får beboere 12 og 4,8 besøk per måned. Institusjon 5 og 6 har bare langtidsavdeling med i kartlegging. Institusjon 1 ligger langt fra sentrum, mens de tre andre ligger sentralt i forhold til andre fasiliteter i kommunen.

Tabell 4. Gjennomsnittlig besøk per måned per avdeling og institusjon

	Avdelingstype			Total
	Korttids-/rehab.avd.	Langtidsavd.	Demensavd.	
Inst. nr	Snitt	Snitt	Snitt	Snitt
1	16.6	10.5		11.4
2	3.8	3.8		3.8
3		15	8.1	8.4
4		9.3		9.3
5		12		12
6		4.8		4.8
7	4	5.8	14.8	9

<b>8</b>		4.1		4.1
<b>9</b>		6.1	23.5	11.9
<b>10</b>	11.3	13.7	13	12.3
<b>12</b>	8	4.3		4.5
<b>13</b>		11.1		11.1
<b>15</b>		5.2	10.6	7.8
<b>17</b>		2		2
<b>19</b>		12.5	13	12.8
<b>20</b>		1.5	4	3
<b>21</b>			10	10
<b>Total</b>	10.3	7.6	11	8.8

Vi finner en signifikant effekt av avdelingstype. Beboere innlagt på langtidsavdeling mottar færrest besøk sammenliknet med demens- og korttidsavdeling. Beboerne på langtidsavdelingen har en besøksrate som ligger 0,74 eller 26% lavere enn beboere på demens-avdelingen, som er konstantleddet i modellen. Det tilsvarer for eksempel en forskjell på 12 og 9 besøk i måneden. Det er mindre forskjeller mellom de andre avdelingene. Siden beboerne på langtidsavdeling er eldre, er effekten av alder knyttet til avdelingstype. Sammenlikner vi beboerne med lik alder, men på ulike avdelinger er det avdelingstype og ikke alder som har betydning.

## Diskusjon

Med gjennomsnittlig 8,8 besøk per måned antas at en sykehjemsbeboer får kontakt med sine nærmeste, venner eller pårørende omtrent to dager hver uke. Gjennomsnittlig besøkshyppighet på våren var 9,7 mens den var 8,5 på høsten. Dette kan muligens skyldes bedre vær- og føreforhold om våren, i tillegg til at fridager i mai kan ha hatt betydning for besøkshyppighet og datainnsamling. Vi har ikke funnet studier som kan sammenliknes med våre funn. I en studie fra Australia (Parmenter et al., 2012) kom det fram at 73% av de spurte pårørende besøkte sine nærmeste sjeldnere enn månedlig, noe som muligens tilsvarer lavere besøkshyppighet enn det som er funnet i vår studie. Behovet for å samhandle med andre for å føle trygghet og nærhet og for å ikke føle seg ensom (Drageset, 2014; Weiss, 1973), vil medføre at personalet og medbeboere ved sykehjemmet står for størstedelen av den sosiale kontakten et menneske har behov for daglig. Siden kontakt med medbeboerne ikke er avgjørende for trivsel (Holmgren et al., 2012), søker eldre praktisk hjelp fra personalet, nettopp for å få oppmerksomhet og sosial støtte (Björk et al., 2017; Dale et al., 2010).

Spørsmålet er hvordan en skal tilfredsstille beboernes behov når det er stadig mer begrensede ressurser (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016; Norheim & Sommerseth, 2014; Tønnessen & Kassah, 2017), og andelen eldre og mer pleietrengende beboere på institusjoner øker (Gabrielsen, 2013; Syse & Pham, 2014). Regjeringen foreslår å løse disse utfordringene ved å lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter (Meld. St. 29, 2012-2013). Den nylig utgitte veilederen om pårørende retter fokus på belastning og negative konsekvenser hos omsorgsgivere, samt behovet for involvering og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten. Ifølge veilederen er pårørende en ressurs ikke bare for beboere, men også for helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Også Stortingsmelding 15 (2017–2018) «Leve livet» retter fokus på aktivitet, felleskap, pårørende og frivillige. Meldingen kommer med konkrete tiltak som skal løfte kvaliteten på tjenestene til eldre. Våre funn underbygger behov for et slikt kvalitetsløft.

Relasjoner er ifølge Weiss (1973) av stor betydning. Vi har ikke kartlagt og karakterisert relasjonene beboeren har til besøkende. Det er ikke alltid bare pårørende eller venner som kommer på besøk. Vi kjenner til at mange kommuner bruker frivillige som for eksempel besøkstjeneste. Besøkstjeneste vil muligens få en mer aktuell rolle i å dekke behov for sosial kontakt blant beboere som enten ikke har familie, eller av andre grunner ikke har sosialt nettverk. Erfaringene med frivillige arbeid fra Danmark viser seg å forbedre hverdagen for beboere på pleieinstitusjoner (Nielsen, 2013).

Tidligere studier har vist at mange bruker telefon, og noen under 67 år bruker internett til å holde kontakt med sitt nettverk (Kirchhoff et al., 2015). Telefoni og internett blir etter hvert et vanlig redskap til å opprettholde nettverkforbindelser og familieforhold selv om en innlagt på et sykehjem. Denne type kontakt er ikke kartlagt i vår studie.

Tall fra Kostra og SSB viser at i 2016 var det omtrent 1040 beboere over 67 år på institusjoner i et fylke på Vestlandet (Statistisk sentralbyrå, 2018). I vår studie ble det inkludert 355 eldre over 65 år boende på institusjon i samme fylket. Det er flere kvinner enn menn inkludert i studien, noe som kan gjenspeile populasjon. Ifølge Gabrielsen (2013) er vel 70 % av institusjonsbeboere kvinner. Litteraturen viser at kvinner yter mer uformell omsorg enn menn, noe som kan ha sitt utspring i sosiale normer rundt familie og kjønn (Hansen, Jakobsson, & Slagsvold, 2017). Omsorgsbyrden derimot oppleves likt av både kvinner og menn (Wold et al., 2017). En kunne derfor forvente at menn fikk oftere besøk, noe vi ikke finner støtte for i vårt datamateriale. Dette kan muligens ha sammenheng med at gjennomsnittlig alder på kvinnelige beboere i vår studie er noe høyere enn menn, og vi vet at økende alder kan ha negativ effekt på besøkshyppigheten, selv om denne effekten heller ikke er signifikant. Ved analysen som inkluderte avdelingstype forsvant effekten av kjønn, muligens fordi beboere på langtids-

avdelinger får signifikant færre besøk. Vi fant ingen signifikante effekter på besøkshyppighet av ADL-funksjon. Grunn til det kan være at vi har for få respondenter og for lite variasjon i variabelen. Erfaringene viser at ADL varierer med alder, økende alder gir lavere ADL-skår og mer behov for hjelp.

Når behovet for hjelp hos gamle foreldre øker, er det også behov for mer innsats fra voksne barn. Denne hjelpen er likevel ofte sporadisk og har praktisk karakter. Pleieoppgaver overlater en til det offentlige apparatet (Nergård, 2015). Vi fant ut at økende alder gir færre besøk per måned, men denne effekten er ikke signifikant. Disse resultatene samsvarer ikke helt med funnene fra studiene til Gaugler (2005) og Parmenter et al. (2012), noe som muligens kan forklares med ulik metodologisk tilnærming i studiene. At eldre beboere får færre besøk kan ha sammenheng med at aldrende ektefelle eller barn overlater all omsorg for sin nærmeste til det offentlige, og ikke lenger klarer å opprettholde kontakt med beboeren. Aldrende pårørende kan også ha problem med transport slik Parmenter et al. (2012) hevder. Sykehjemsbeboerne har ofte høy alder, er skrøpelige og trenger mye behandling og hjelp til grunnleggende behov (Kojima, 2015). Et slikt sykdomsbilde kan bety at beboerne har bodd hjemme lenge før de flyttet inn på sykehjem grunnet større behov for medisinsk hjelp. Vi vet at stor omsorgsbyrde over tid kan gi dårlig psykisk og fysisk helse hos omsorgsgivere (Grosv & Eklund, 2008; Wold et al., 2017). Naturlig avgang av medlemmer i familienettverk, utslitte pårørende, og at eldre pårørende ikke har førerkort, kan muligens føre til at beboerne på sykehjem ikke får så mye besøk. Spesielt geografiske avstander kan ha betydning der sykehjem ikke har beliggenhet i gåavstand til kollektivtransport, noe som kan være tilfelle i en av kommunene i vår studie. Ved institusjonen som ligger langt fra sentrum får beboerne færre besøk (3,8) enn ved den andre institusjon som ligger i sentrum, hvor beboerne får mer enn dobbelt så mange besøk (8,4).

Våre funn viser at det er stor variasjon i besøkshyppighet på forskjellige institusjoner og avdelingstyper. Besøkshyppighet varierer fra 12,8 besøk per måned per beboer til 3 besøk per måned per beboer. Det kan tolkes som om at noen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har forbedringspotensial på området. Ifølge Norheim og Sommerseth (2014) er det behov for endring av personalets holdninger og behov for mer kunnskap i forhold til pårørendes involvering på sykehjem. Hver enkelt institusjon må jobbe for å skape rom og kultur for pårørendes involvering, slik det er anbefalt i offentlige dokumenter (Meld. St. 26, 2012-2013; Meld. St. 29, 2012-2013; Helsedirektoratet, 2017). Det er også behov for mer forskning på området, eksempelvis hvilken relasjonell tilknytting besøkende har til beboeren.

Hovedfunn i denne studien, er at beboere innlagt på langtidsavdeling får 7,6 besøk per måned i snitt. Beboere på demens- og korttidsavdelinger får oftere besøk enn langtidsavdeling-beboerne. Dette samsvarer ikke med funn fra en

studie hvor beboere boende på demensenheter opplevde mindre sosial støtte sammenliknet med beboere på andre avdelinger (Casey et al., 2016). Rognstad et al. (2015) viser at pårørende til beboere med demenssykdom i liten grad inkluderes i beboernes liv etter innleggelse i institusjon. Studien viser også at pårørende savner mer dialog og vil fortsette å ta ansvar (Rognstad et al., 2015). Våre funn kan tolkes som at pårørende til beboere innlagt på demensavdeling er bedre inkludert i beboerens liv enn på langtidsavdeling. En forklaring til funnet fra vår studie om færre besøk på langtidsavdelingene, er basert på egne erfaringer om at demensavdelingene er flinkere å tilrettelegge for pårørendeinvolvering, og ikke så rutinepreget som andre typer avdelinger. Litteraturen viser at ansatte ved skjermede avdelinger har mer fokus på individuelle behov og personsentrert tilrettelegging (Ruths, 2005; Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014). Beboerne på demensavdelingene er gjennomsnittlig yngre (84 år) sammenliknet med langtidsavdelingen (88 år), noe som kan ha en virkning på familiebandene og tilgjengelige nettverk. Begrenset sosial kontakt og mindre aktivitet (Olsen et al., 2016) er årsaken til at personer med demens trives dårligere på sykehjem enn hjemme. Basert på kunnskapen generert fra vår studie, er det viktig å rette fokus på rutiner knyttet til beboernes psykososiale behov på sykehjem, særlig på langtidsavdelingene. Utviklingen i samfunnet og overføring av ansvaret for eldre og syke til kommunale helse- og omsorgstjenester, kan føre til at familiebandene blir svekket. Erfaringene viser at sykehjem har fått en mer behandlende funksjon de siste fem årene, noe som også kan ha betydning for ivaretagning av besøkende.

Funnene om besøksfrekvensen hos personer som bor i langtidsavdeling, viser behov for videre forskning på området. Videre studier bør undersøke frivilliges bidrag som besøksvenner ved langtidsavdelinger i sykehjem, og muligheter for bruk av internett og telefon til sosiale formål. Det er også viktig å kartlegge hvem som stiller som besøkende på sykehjem, deres relasjon til beboeren og deres kjønn og alder samt motivasjon til å komme på besøk. Videre er det nødvendig med oppfølgingsstudier for å følge utviklingen av besøkhypighet og besøkende til beboerne som bor på sykehjem. Vår studie impliserer behov for ytterligere kartlegging av årsaker til forskjeller i besøkhypigheten mellom ulike institusjoner og avdelingstyper.

### **Studiens styrker og begrensninger**

I vår studie ble det inkludert 355 eldre boende på sykehjem, noe som kan gi grunnlag for generalisering. Dette er, så vidt vi har kunnet fremskaffe kunnskap om, den første norske studien som kartlegger besøk hos personer som bor på sykehjem. En svakhet med studien er at vi ikke har undersøkt nærmere hvem beboerne får besøk av, om de har kontakt med sine nettverk på telefon, og om de er fornøyd med situasjon eller savner mer besøk. Vi har heller ikke kartlagt beboernes kognitive funksjon, noe som muligens kan ha en betydning for å opprettholde kontakt med familie og venner.

Registrering av data har vært foretatt av flere personer. Dette øker sjansen for at registrering blir gjort på ulike måter. Problemet kan bli forsterket av måleenheten på variabler, som antall besøk og alder. Når det gjelder antall besøk har noen brukt desimaltall, mens andre har brukt hele tall. Vi finner samme problemet for variabelen «antall år siden innlegging», hvor noen har registrert hele år, og andre deler av året. I analysene har vi omgjort alle verdier til hele tall. Ulik registrering kan føre til større varians for disse variablene noe som kan bidra til over-dispersjon. Problemene som er nevnt, bør ikke overskygge de positive effektene av å inkludere studenter i datainnsamlingen og forskningen.

## Konklusjon

Det er flere faktorer som kan ha betydning for å opprettholde kontakt med familie og venner etter at en beboer har flyttet på sykehjem. Studien viser at besøkshyppigheten varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Beboere på langtidsavdeling mottar færre besøk enn dem som er på korttids- eller demensavdeling. Beboerne på langtidsavdelingene er gjennomsnittlig fire år eldre enn beboerne på de andre avdelingene. Økende alder på beboerne kan ha betydning for besøkshyppighet, men denne effekten er ikke signifikant. Vi har i tillegg undersøkt sammenhenger mellom kjønn, ADL-funksjon og lengde på opphold med besøkshyppighet. Våre data gir ikke grunnlag for å kunne hevde slike sammenhenger fordi effektene vi finner gjennom statistiske tester ikke er signifikante. Våre funn peker på at noen av beboerne på sykehjem får lite besøk, noe som kan være utfordrende for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Lite besøk kan medføre at ansatte må kompensere for manglende dekking av sosiale behov for å forebygge ensomhet blant sykehjemsbeboerne. Det er behov for mer forskning for å kartlegge årsaker til forskjellene mellom ulike avdelingstyper og institusjoner.

## Litteratur

- Aalen, O. O., Veierød, M. B., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., & Skovlund, E. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aldring og Helse. (2008). Barthels ADL-indeks. Norsk versjon 2008.
- Björk, S., Lindkvist, M., Wimo, A., Juthberg, C., Bergland, Å., & Edvardsson, D. (2017). Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8):1884-1895 <https://doi.org/10.1111/jan.13275>
- Casey, A.-N. S., Low, L.-F., Jeon, Y.-H., & Brodaty, H. (2016). Residents Perceptions of Friendship and Positive Social Networks Within a Nursing Home. *The Gerontologist*, 56(5):855-867. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv146>



- Dahl, A. A., & Grov, E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri. Forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dale, B., Sævareid, H., Kirkevold, M., & Söderhamn, O. (2010). Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24(3):523-532. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x>
- Drageset, J. (2014). Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt. I G. Haugan, & T. Rannestad, *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. p. 76-84.
- Drageset, J., Eide, G. E., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2012). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*. 22(1-2):106-114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x>
- Foss, B., & Wahl, A. K. (2009). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*. 90(18):35-39. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0050>
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor i sykehjem. I J. Ramm (red), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>
- Gaugler, J. E. (2005). Family Involvement in Residential Long-Term Care: A Synthesis and Critical Review. *Aging Ment Health*. 9(2):105–118. <https://doi.org/10.1080/13607860412331310245>
- Grov, E., & Eklund, M. (2008). Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. *Journal of Advanced Nursing*. 63(6):576–585. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04736.x>
- Hansen, T., Jakobsson, N., & Slagsvold, B. (2017). Tildeling av tjenester til skrøpelige eldre. I S. Tønnessen, & B. Kassah, *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 79-96.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugland, B. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*. 7(1):42-49. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0030>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). 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. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten IS-2587. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendev%20veileder.pdf>

- Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L. E., & Eriksson, H. (2012). Being perceived as a 'visitor' in the nursing staff's working arena--the involvement of relatives in daily caring activities in nursing homes in an urban community in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(3):677-85 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01077.x>
- Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V., & Andersen, K. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk sygeplejeforskning*. 5(3):266-282.
- Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 145-161
- Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sygeplejeforskning*. 6(04): 311-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>
- Kojima, G. (2015). Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11): 940-5. [doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.025](http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.025)
- Laake, P., Olsen, B., & Benestad, H. (2008). *Forskning i medisin og biofag*. Gyldendal Akademisk.
- Langballe, E. M., & Strand, B. H. (2015). Vil fremtidens eldre være friskere? *Tidsskr Nor Legeforen*. 135: 113-4. [doi: 10.4045/tidsskr.14.1598](https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1598)
- Meld. St. 15. (2017–2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26. (2012-2013). *Fremtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nakrem, S., Vinsnes, A., Harkless, G., Paulsen, B., & Seim, A. (2012). Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *International Journal of Older People Nursing*. 8: 216-225. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x>
- Nergård, T. (2015). Plikt eller kjærlighet? Om voksne barns hjelp til aldrende foreldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1(02): 108-118.
- Nielsen, K. (2013). Frivilligt arbejde på plejehjem. FOA – Fag og Arbejde.
- Norheim, A., & Sommerseth, R. (2014). Forutsetninger for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. *Vård i Norden*. 34(3):9-13. [doi: 10.1177/010740831403400303](https://doi.org/10.1177/010740831403400303)
- Noriko, Y.-M., Aneshensel, C. S., & Levy-Storms, L. (2002). Patterns of Family Visiting With Institutionalized Elders: The Case of Dementia. *Journal of Gerontology: Social sciences*. 57B(.4):234–246.
- O'Shea, F., Weathers, E., & McCarthy, G. (2014). Family care experiences in nursing home facilities. *Nursing older people*. 26 (2): 26-31.
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M., Joranson, N., Calogiuri, G., & Ihlebæk, C. (2016). Differences in quality of life in

- home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 16(1):137.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0312-4>
- Parmenter, G., Cruickshank, M., & Hussain, R. (2012). The social lives of rural Australian nursing home residents. *Aging and Society*. 32(2):329-353.  
<https://doi.org/10.1017/S0144686X11000304>
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwe. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rognstad, M.-K., Sagbakken, M., & Nåden, D. (2015). Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*. 35(1): 57-64. <https://doi.org/10.1177/0107408314560478>
- Ruths, S. (2005). Nyttverdien av skjermede enheter for demente. *Tidsskr Nor Lægeforen* 125: 1191-4
- Sandvoll, A. M., Kleiven, O. T., Grov, E. K., Solenova, L., Hjertenes, A.-M., Søreide, H., Galek, J., Zablotna, D.T, Dale, M. J. (2018). *Korleis gå fram for å involvere bachelorstudentar i forskning? Sjukepleiestudentar som medforskarar i sjukeheim*. Høgskulen på Vestlandet  
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2478639/Notat%20Sandvoll%20med%20fleire%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sandvoll, A. M., Kristoffersen, K., Grov, E. K., & Hauge, S. (2015). When care situations evoke difficult emotions inn nursing staff members: an ethnographic study in two Norwegian nursing homes. *BMC Nursing*. 14(1): 40. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0093-7>
- Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*. 28(1):22-25. <https://doi.org/10.1177/010740830802800106>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). [www.ssb.no](http://www.ssb.no).  
<https://www.ssb.no/statbank/table/04905/tableViewLayout1/?rxid=cdf00698-718e-4736-9359-6c6d844c77fd>
- Syse, A., & Pham, D. (2014). Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder. *Statistisk sentralbyrå. Økonomiske analyser*.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/194976?ts=1483a29e810>
- Thorvik, K. E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning*. 9(3):236-242. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0140>
- Tønnessen, S., & Kassah, B. (2017). Pårørende til pasienter og brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester. I S. Tønnessen, & B. Kassah, *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 16-24.
- Verbeek, H. (2017). Inclusion and Support of Family Members in Nursing Homes. I: S. Schüssler & C. Lohrmann. *Dementia in Nursing Homes*. Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49832-4\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49832-4_6)
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Massachusetts: The Massachusetts Institute of Technology.

- WMA Declaration of Helsinki. (2008). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
- Wold, K., Rosvold, E., & Tønnessen, S. (2017). "Jeg må bare holde ut...". I S. Tønnessen, & B. Kassah, *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 52-78.

## Hverdagsrehabilitering–spesialisert eller integrert?

Arvid Birkeland, Eva Langeland, Hanne Tuntland, Frode F. Jacobsen og Oddvar Førland

*Arvid Birkeland, førstelektor, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet. [arvid.birkeland@hvl.no](mailto:arvid.birkeland@hvl.no)*

*Eva Langeland, professor, Senter for omsorgsforskning Vest, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet*

*Hanne Tuntland, førstelektor, Senter for omsorgsforskning Vest, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet*

*Frode F. Jacobsen, professor, Senter for omsorgsforskning Vest/Institutt for sykepleie, Høgskulen på Vestlandet; professor II VID Vitenskapelige Høgskole*

*Oddvar Førland, førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning Vest/Høgskulen på Vestlandet; Fakultet for helse og sosialvitenskap, førsteamanuensis VID Vitenskapelige Høgskole*

### Abstract

#### Reablement – specialized or integrated?

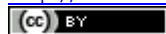
*This study was part of a major evaluation project with focus on various models for and effects of reablement. The aim was to get an extended understanding of how Norwegian municipalities organize and conduct reablement. Seven focus group interviews were conducted in seven municipalities including a total of 33 participants representing different health professions. The interviews were transcribed, and a hermeneutical approach was used in the analyses. Four main themes were derived: "The team as an organizational and professional center", "Collaboration around assessment of applications", "Different understanding of rehabilitation affected the organization", and "Goal – oriented and intensive training in everyday activities". The focus group interviews revealed different strength and weaknesses with specialized or integrated organization of reablement, but nevertheless they emphasized the importance of having interdisciplinary teams that can coordinate and participate in the practical implementation. However, more research is necessary to get more knowledge about organization of reablement.*

### Keyword/Nøkkelord

*reablement; organizing; team; specialized; integrated; home care services*

*hverdagsrehabilitering; organisering; team; spesialisert; integrert; hjemmetjenesten*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4403>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Referee\*

### Introduksjon

Omkring 185000 personer mottar hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp i Norge (Otnes, 2015, Statistisk Sentralbyrå, 2017). Hjemmesykepleie er en helsetjeneste som gir personlig bistand, blant annet i form av pleie og omsorg, til personer som bor i egen bolig. Hjemmehjelp dreier seg om praktisk bistand i hjemmet som for eksempel renhold, matlaging og innkjøp (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Hjemmesykepleie og hjemmehjelp kan drives som to adskilte tjenester eller integrert. Samlet blir disse tjenestene ofte kalt «hjemmetjenesten» selv om kommunene også tilbyr andre typer hjemmetjenester (Abrahamsen, Allertsen & Skjøstad 2016). I det følgende brukes derfor betegnelsen «hjemmetjenesten» som innbefatter enten hjemmesykepleie eller hjemmehjelp, eller begge deler. Tjenestene gis etter søknad, ofte etter akutt eller gradvis forringelse av funksjonsnivå som følge av sykdom eller skade.

I Norge defineres rehabilitering som en planlagt, tidsavgrenset prosess med klare mål og tiltak der flere aktører samarbeider om å bistå personers egen innsats for å øke fungering, mestring, selvstendighet og deltakelse (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Ulike studier fremhever at hverdagsrehabilitering på mange områder samsvarer med den norske definisjonen av rehabilitering, men at hverdagsrehabilitering ofte har fokus på eldre personer som har gjennomgått et funksjonsfall og som har behov for eller mottar hjelp fra hjemmetjenesten. I tillegg har hverdagsrehabilitering et spesielt fokus på hverdagsaktiviteter i personers eget hjem og nærmiljø (Cochrane et.al., 2016, Legg, Gladman, Drummond & Davidson, 2016, Tessier, Dominique Beaulieu, Mcginn & Latulippe, 2016).

Offentlige dokumenter ser på hverdagsrehabilitering som et av flere tiltak for å øke brukernes egenfungering og livskvalitet, for dermed å kunne bidra til å møte fremtidens samfunnsutfordringer med et stigende antall eldre (Helse og omsorgsdepartementet 2012-2013). Internasjonalt har det vært begrenset med forskning på hverdagsrehabilitering, men av det som er gjort har en ikke uvesentlig del foregått i Skandinavia. Studiene viser at det er noe, men ennå svak forskningsevidens for at hverdagsrehabilitering i større grad enn vanlige tjenester medfører økt selvhjelpenhet i ADL - aktiviteter (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015, Langeland et. al., 2015). Det er også usikkerhet knyttet til hvilken effekt hverdagsrehabilitering har på helse (Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer & Ashe, 2017, Pettersson & Iwarsson, 2017, Cochrane et. al., 2016, Tessier et. al., 2016, Legg et. al., 2016, Whitehead, Worthington, Parry, Walker & Drummond, 2015). Noen kvalitative studier viser imidlertid at hverdagsrehabilitering er av positiv betydning for enkelt deltakere,

og ansatte opplever det faglig stimulerende å arbeide med hverdagsrehabilitering (Birkeland, Tuntland, Førland, Jacobsen & Langeland 2017, Førland & Skumsnes 2016, Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg, 2016, Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg, 2016, Jokstad, Landmark, Hauge & Skovdahl, 2016, Wilde & Glendenning, 2012, Liaaen, 2015).

Det er ulike erfaringer knyttet til hvordan hverdagsrehabilitering organiseres, men det vanlige er at rehabiliteringen organiseres rundt ulike former for tverrfaglige team som i varierende grad samarbeider med hjemmetjenesten (Cochrane et.al., 2016, Kjellberg, Helgestad, Madsen & Rasmussen, 2013). I og med at mange kommuner har egne rehabiliterings- eller fysioterapeut- og ergoterapiavdelinger, så etableres det i noen kommuner et samarbeid med disse avdelingene og hjemmetjenesten. Alternativt kan det tilføres ekstra ressurser til hjemmetjenesten, oftest i form av fysioterapeuter og ergoterapeuter, for å integrere rehabilitering i hjemmetjenestens daglige arbeidsoppgaver. Det kan også etableres spesialiserte hverdagsrehabiliteringsteam som opererer mer og mindre selvstendig og adskilt fra hjemmetjenesten (Langeland et. al., 2016). Søknader om hjelp fra hjemmetjenesten vurderes ofte av egne vedtakskontor og saksbehandlere som gjør et vedtak om hjelp. Vedtakene blir så formidlet til den daglige ledelsen av hjemmetjenesten som legger disse inn som oppdrag til de ansatte som så utfører oppdraget. Sett i et organisatorisk perspektiv er dette en byråkratisk organisering med et hierarki av posisjoner som styrer arbeidsprosessen og som fører til at de ansatte i hjemmetjenesten i stor grad har en ren utførerrolle (Mydland & Nesheim, 2017, Assmann, 2008). Organisasjonsformen er omdiskutert en del steder, og i Nederland har derfor en mer teambasert organisering fått innpass (Nandram & Koster, 2014). Team-organisering involverer i større grad utøverne og bryter dermed med den tradisjonelle hierarkiske og byråkratiske organiseringen. Mye tyder på at tverrfaglige team i en del sammenhenger kan bidra til større kostnadseffektivitet, mer læring og kompetanse, mer helhetstenkning, kontinuitet og mer tilfredshet både hos brukere og ansatte (Assmann, 2008, Birkeland et. al., 2017, Johanson, Eklund & Gosman – Hedstrøm, 2010, Nandram 2014, Thylefors, Persson & Hellström, 2005, White et. al., 2013).

Siden det er forsket lite på organisering av hverdagsrehabilitering, er hensikten med denne studien å få en økt forståelse av hvordan norske kommuner organiserer slik rehabilitering og hvilken betydning dette eventuelt kan ha for den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen. Med bakgrunn i dette ble studien derfor gjennomført med følgende forskningsspørsmål som utgangspunkt:

Hvilke erfaringer har kommuner med organisering av hverdagsrehabilitering og hvilken betydning har dette for den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen?

## **Metode**

Studien var del av en følgeevaluering av 43 kommuner som fikk tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for å implementere og utvikle modeller for hverdagsrehabilitering. Følgeevalueringen ble ledet av Senter for omsorgsforskning, vest og pågikk fra 2014-2016 (Langeland et. al., 2016).

### ***Forskningsdesign***

Studien hadde en kvalitativ og åpen tilnærming der fokus var rettet mot fokusgruppedeltakernes erfaringer relatert til studiens forskningsspørsmål, et såkalt «fremvoksende design» (Patton, 2002). Data ble innhentet gjennom fokusgruppeintervjuer bestående av team av ansatte som hadde et daglig samarbeid. Hensikten var at gruppe medlemmene skulle kunne diskutere og identifisere felles erfaringer og oppfatninger ut fra temaer som ble introdusert av moderator. Fokusgruppeintervjuer har vist seg som et nyttig redskap til dette (Krueger & Casey, 2000).

### ***Datainnsamling og utvalg***

Trettitre deltakere i sju rehabiliteringsteam i sju kommuner i seks fylker i Sør- og Nord-Norge ble rekruttert. Antall innbyggere i kommunene varierte fra cirka 4000 til cirka 90.000. De sju kommunene hadde gjennomført hverdagsrehabilitering med totalt 291 personer. Kriteriet for å få tilbud om hverdagsrehabilitering var at de var nye eller etablerte voksne brukere som opplevde fall i fungering og problemer med å mestre minst en hverdagsaktivitet. Personer med betydelig grad av demens ble ekskludert. Når det gjaldt organisering så viste en kartlegging av alle kommunene som var med i prosjektet at 42 % hadde en såkalt «hjemmetjenesteintegret» modell, 36 % hadde spesialiserte, frittstående enheter, mens 22 % hadde en såkalt «rehabiliteringstjenesteintegret» modell (Langeland et. al., 2016). Studien hadde en varighet på 21 måneder og fokusgruppeintervjuene ble foretatt i to omganger, henholdsvis etter tolv og sytten måneder. Fokusgruppedeltakerne ble rekruttert gjennom prosjektkoordinator i hver kommune. Prosjektkoordinator ble bedt om å henvende seg til og inkludere fagpersoner med erfaring med hverdagsrehabilitering. Antallet personer i fokusgruppene varierte fra fire til seks og intervjuene varte en til halvannen time. Intervjuene og analysen av intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter og diskutert med medforfatterne. Tabell 1 viser yrkesgruppene som deltok i intervjuene:



Tabell 1: Yrkesgrupper som deltok i fokusgruppeintervjuene:

Faggruppe	Antall
Fysioterapeuter	9
Sykepleiere	8
Ergoterapeuter	7
Vernepleiere	4
Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider	3
Sosionom	1
Psykiatrisk sykepleier	1
Tilsammen	33

Før fokusgruppeintervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide. Guiden ble brukt som en rettesnor (tema guide), men gruppene kom inn på mange av temaene i guiden uten å bli spurt direkte. Intervjuguiden inneholdt følgende hovedpunkter:

Erfaringer med hvordan arbeidet hadde vært organisert – struktur.

Erfaringer med hvordan den tverrfaglige kartleggingen før tildeling av tjenester fungerte.

Vedtakskontorets rolle og funksjon, herunder vedtak og samarbeid med vedtakskontoret.

Brukerdeltakelse; mål og bruk av vurderingsredskapet Canadian Occupational Performance Measure, COPM, i arbeidet med å lage rehabiliteringsplan.

Erfaringer/tanker om selve gjennomføringen av rehabiliteringsarbeidet /treningen i hjemmene.

Samarbeidet med hjemmetjenesten.

Endringer i måte å tenke på? Endring i ideologien? Fokusskifte i arbeidet?

### ***Analyse av data***

Det ble gjort lydopptak av intervjuene og de ble transkribert av moderator i ettertid. Ved å lytte til intervjuene hadde moderator mulighet til å fange pauser, latter, stemme og andre lyder som kan ha påvirket tolkningen. Analysen var basert på en hermeneutisk tilnærming både under gjennomføring og tematisering av intervjuene. I den hermeneutiske tilnærmingen tillegges forskerens førforståelse betydning der forsker er bevisst sin førforståelse slik at ikke dette overskygger grunnlaget for en utvidet forståelse. En utvidet forståelse ble oppnådd gjennom en sirkulær prosess som bestod av å skifte mellom å ha fokus på enkeltfenomener og erfaringer som informantene uttrykte, og samtidig se

dette i lys av hele konteksten (Alvesson & Skøldberg, 2000). Analysen bestod av følgende hovedfaser:

Analyse under intervjuene.

Analyse gjennom å lytte til opptakene av intervjuene.

Transkribering av intervjuene.

Gjennomlesing av alle intervjuene for å få en oversikt.

Ny lesing med sikte på å identifisere hovedtemaer.

Ny lesing for å identifisere undertemaer som underbygget hovedtemaene.

Forvandling til skriftlig tekst med hovedtemaene som overskrifter som bekreftes av utsagn fra informantene.

### ***Etiske hensyn***

Studien ble godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Deltakerne i studien ble rekruttert gjennom prosjektkoordinatorene i hver kommune, og deltakerne ble av disse gitt muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet. Deltakelse i studien var frivillig og deltakerne bekreftet at de var villige til å delta ved å signere en samtykkeerklæring. De ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser. I tillegg ble deltakerne informert om forskers taushetsplikt, inkludert informantenes anonymitet.

## **Resultat**

### ***Teamet som organisatorisk og faglig sentrum***

Alle kommunene hadde opprettet en form for team. Teamene fungerte som et organisatorisk og faglig sentrum for hverdagsrehabiliteringen og bestod av fra tre til femten fagpersoner. Teamene hadde ulike navn og funksjoner:

Motorteam – som hadde et begrenset antall ansatte og som hadde en intensjon om å samarbeide nært med hjemmetjenesten.

Hverdagsmestringsteam – opererte i stor grad som et selvstendig team og hadde flere ulike fagpersoner.

Rehabiliteringsteam eller hverdagsrehabiliteringsteam – opererte også i stor grad selvstendig og bestod av ulike fagpersoner.

Kartleggingsteam – organisert som del av vedtakskontoret og utførte kartlegging, laget mål og skisserte tiltak der målet var at hjemmetjenesten skulle utføre rehabiliteringen.

Innsatsteam – selvstendig team med mange ulike faggrupper.

Opprettelse av team var spesielt knyttet til behovet for å komme i gang med hverdagsrehabilitering. De fleste teamene var derfor prosjektorganiserte og i en oppstartfase, selv om enkelte team definerte seg selv som å være i en driftsfase. Et team uttalte:

*Ja, jeg tror det ville blitt vanskeligere og bare starte opp under ordinær tjeneste enn å få starte opp som et team som vi har gjort, få jobbe med det aktivt, det har nok hatt mye å si.*

Ansatte kunne ha fulle stillinger i teamene eller være ansatt på deltid i kombinasjon med andre stillinger, men når de var i teamet var de vanligvis helt dedikert til hverdagsrehabiliteringsfunksjonen. I små kommuner var det flere i deltidsstillinger fordi en da kunne ha en større tverrfaglighet på tross av lite ressurser. Helsefagarbeidere var i et fåtall i teamene og i kun *en* kommune ble disse kalt for hjemmetrenere. Helsefagarbeiderne ble i stor grad betraktet som sidestilte med de høyskoleutdannede.

Selv om noen team hadde få ansatte og i tillegg hadde et mål om å arbeide nært opp mot hjemmetjenesten, hadde de en bevissthet om at de uansett hadde en kjernefunksjon. Et team vurderte sin rolle og funksjon slik:

*Vi er på en måte et lite team i et stort team. Vi er kjernen og grunnmuren når vi snakker om hverdagsrehabilitering.*

Selv om noen av teamene hadde et begrenset antall ansatte var det likevel slik at de fleste teamene utførte en del oppdrag uten å trekke inn hjemmetjenesten. Det gjaldt primært overfor personer som ikke tidligere hadde mottatt hjelp fra hjemmetjenesten. Følgende ble sagt om dette:

*Når det gjelder de som ikke har noen tjeneste fra hjemmetjenesten er det sjelden at vi trekker de inn. Da gjør vi tiltakene selv for vi har da tenkt at det blir for mange personer å forholde seg til på kort tid og at det blir mer effektivt når vi gjør det selv. Det kan for eksempel gjelde hvis de skal ut å handle selv, da er det teamet her som bistår i forhold til trening på det.*

Teamene ble et ansikt utad som representerte hverdagsrehabiliteringen og som flere instanser kunne henvende seg til. De hadde ellers hovedansvar for å utarbeide rehabiliteringsplaner i samsvar med ønsker og behov til den som var deltaker i rehabiliteringen. Teamene ivaretok dessuten tverrfagligheten som var avgjørende for både kartlegging av rehabiliteringsbehov, planlegging og utøvelse av selve rehabiliteringen.

### ***Samarbeid om vurdering av nye søknader***

Etter at hverdagsrehabiliteringsteamene var etablert ble det nødvendig å rekruttere nye søkere som kunne ha nytte av rehabilitering. I praksis kunne det fungere i form av et ukentlig møte mellom en eller flere personer i hverdags-

rehabiliteringsteamet og en eller flere saksbehandlere i vedtakskontoret. Noen kommuner ansatte også egne personer tilknyttet vedtakskontoret for å plukke ut potensielle rehabiliteringskandidater. I møtet med vedtakskontoret ble det enighet om aktuelle rehabiliteringskandidater, og teamet gjorde så en vurdering. Hvis det ble aktuelt med hverdagsrehabilitering ble det formidlet tilbake til saksbehandler som så fattet et vedtak i tråd med rehabiliteringsforløpet som var avtalt. To team uttrykte følgende:

*Så er det de som for eksempel søker om dusj og trygghetsalarm der vi blir sendt ut for å vurdere rehabiliteringstiltak.*

*Fanger de opp når de søker om tjenester for første gang. Det er de vi har hatt best effekt på, jobbe intensivt og så trekke seg ut.*

Dermed ble det etablert en «portvokterfunksjon» i samarbeid med de som var ansvarlige for vedtakene for å fange opp søkere som kunne ha nytte av hverdagsrehabilitering. På den måten var det mulig å forhindre at disse ble varige brukere, eller fikk en økning av tilbudet fra hjemmetjenesten. Et team refererte til følgende erfaring:

*Enkelte har hatt hjelp i to år. Så har de fått en skade med etterfølgende hverdagsrehabilitering med det resultat at etter rehabiliteringen så har de greid seg uten noen tjenester i det hele tatt, altså mindre tjenester etter skaden enn før skaden.*

I tillegg til søknader som kom direkte til kommunen, kunne hverdagsrehabiliteringsteamene få henvendelser fra enkeltpersoner, fastleger, pårørende, helseinstitusjoner og hjemmetjenesten for øvrig. Slike henvendelser ble ofte direkte og selvstendig vurdert av fagpersoner i hverdagsrehabiliteringsteamene. Saken ble så brakt inn til vedtaksansvarlig der det ble laget et formelt vedtak.

### ***Ulik forståelse av hverdagsrehabilitering innvirket på organiseringen***

Alle teamene hadde et felles mål om å etablere hverdagsrehabilitering overfor enkeltpersoner som kunne ha nytte av det og ønske om det, men noen team betraktet også hverdagsrehabilitering som en implementering av en ny kultur og holdninger i det daglige arbeidet i hele hjemmetjenesten. Tanken var at dette skulle føre til mer fokus på ressurser, egenaktivitet og selvhjulpenhet. Teamene som var opptatt av dette var derfor organisert som en integrert del av hjemmetjenesten. En sa følgende:

*Valgt å implementere hverdagsrehabilitering i drift fra starten av. Det er jo en stor endring, en kulturendring, at hverdagsrehabiliteringstankegangen og hverdagsrehabilitering ikke blir en separat tjeneste, men noe som ligger i ryggen på alle.*

Hverdagsrehabilitering ble dermed sett på som noe som innbefattet alle ansatte i hjemmetjenesten. Teamene som mente dette fikk derfor en rolle som «endringsagenter» og eller «motorer» i en omlegging av hjemmetjenesten slik at denne i neste omgang skulle bli i stand til å utøve hverdagsrehabilitering gjennom sitt «ordinære» arbeid. Teamene hadde dermed fokus på integrasjon og implementering, og de prøvde å etablere et samarbeid og bidra med veiledning og informasjon til hjemmetjenesten. Likevel fungerte dette i begrenset grad. Det skyldtes at det å etablere en ny kultur, holdninger og nye arbeidsmetoder ble sett på som et langsiktig mål. Det var derfor nødvendig at disse teamene i en begynnelsefase i stor grad jobbet selvstendig samtidig som målet hele tiden var å samarbeide med hjemmetjenesten. I praksis fungerte dette som en kombinasjon mellom å jobbe integrert og spesialisert. Et av teamene kommenterte følgende:

*Prøver å trekke ut det beste for å si det sånn, fra begge modellene, for vi er jo et tverrfaglig motorteam som i praksis også jobber selvstendig, men så er det et mål at resten av tjenesten også skal følge opp.*

De andre teamene betraktet hverdagsrehabilitering som et spesialisert tiltak som skulle utføres adskilt fra den ordinære hjemmetjenesten, rettet mot enkeltbrukere som hadde et spesifikt behov for rehabilitering. Selv om det var grader av dette så var disse teamene organisert som en adskilt og spesialisert funksjon der den ordinære hjemmetjenesten i liten grad var involvert. Et team som hadde fungert adskilt og spesialisert over et lengre tidsrom sa følgende:

*Vi har det ikke integrert, vi er et eget team og vi tar inn våre egne brukere. Et privilegium å ha det slik som vi har det, at vi kan bruke tid på brukerne og få de med på ting og gjøre de mer selvstendige. Det må være et eget team ellers så vil en bli spist opp av ordinær tjeneste.*

De spesialiserte tverrfaglige teamene kunne betrakte hjemmetjenesten nærmest som et forstyrrende element. Det var spesielt knyttet til en redsel for at hverdagsrehabiliteringen ville bli oppslukt og forsvinne blant alle de andre arbeidsoppgavene hjemmetjenesten hadde, selv om det kunne være deltakere i hverdagsrehabilitering som også trengte oppfølging fra hjemmetjenesten. De spesialiserte teamene jobbet praktisk og intensivt med den enkelte deltaker i hverdagsrehabilitering uten at de trengte å bruke tid på å samarbeide med hjemmetjenesten. Det tverrfaglige samarbeidet fungerte godt fordi teamene kunne bestå av mange ulike fagpersoner der flere hadde lang erfaring og høy kompetanse, de jobbet tett sammen og alle var dedikert den samme oppgaven. Dermed kunne teammedlemmene lære av hverandre og skreddersy rehabiliteringsopplegg basert på en tverrfaglig tilnærming, og den enkelte deltaker i rehabiliteringen fikk jevnlig besøk av et avgrenset antall godt kvalifiserte fagpersoner.

Organisering i form av integrerte eller spesialiserte team var ikke nødvendigvis påvirket av størrelsen på kommunene. Større kommuner hadde fordelene av å kunne omfordele ressurser og etablere team med flere fagpersoner i hele stillinger, mens små kommuner kunne løse dette med deltidsansatte som til sammen fungerte som et team ved at de for eksempel møttes til et felles møte en gang i uken.

### ***Målrettet og intensiv trening på hverdagsaktiviteter***

Selv om det var forskjeller i organisering, så hadde det ikke alltid betydning for gjennomføring av den praktiske rehabiliteringen overfor den enkelte deltaker. Forskjellene bestod eventuelt i om og i hvilken grad hjemmetjenesten var involvert. Uavhengig av organisering så var teamene opptatt av å ha fokus på deltakernes egendefinerte mål. Målene for rehabiliteringen ble laget med hjelp av kartleggingsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og de ble ofte konkretisert i egne planer som lå hjemme hos deltaker, eller i felles dokumentasjonssystem hvis hjemmetjenesten var involvert. Dermed dannet det en basis for hvordan gjennomføring av rehabiliteringen skulle skje uavhengig av organisering. Et av teamene som hadde som mål å samarbeide med hjemmetjenesten sa blant annet følgende:

*Vi bruker målene som bruker setter og så lager vi tiltak ut fra det. For eksempel trening på morgenstell hver morgen, der det lages en plan som ligger hjemme for hva de skal gjøre selv og hva de kan få hjelp til.*

For øvrig var det to forhold ved gjennomføringen som spesielt ble fremhevet som betydningsfullt. Det var for det første intensitet og hyppighet i treningen, og det andre dreide seg om å ha en helhetlig tilnærming som innbefattet både fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Noen hadde delte stillinger mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og kommunens rehabiliteringstjeneste eller privat institutt, der trening ofte var avgrenset til en eller to ganger i uken. Noen team hadde derimot muligheter for å tilby trening to ganger daglig, noe som viste seg å ha en positiv effekt. En sa følgende:

*Ser det fra to sider i og med at jeg også jobber i den ordinære rehabiliteringstjenesten. Vi har ikke ressurser til å gå til en pasient opptil flere ganger i uken eller to ganger pr. dag. Når man i hverdagsrehabilitering er på så mange dager i uken, så får man raskt formstigning.*

Når det gjelder intensitet på treningen kunne organisering ha en viss betydning spesielt i forhold til små spesialiserte team der det kunne bli vanskelig med trening to ganger daglig, alle dager i uken. Et integrert samarbeid med hjemmetjenesten kunne bidra til at dette ble mulig ettersom hjemmetjenesten hadde døgkontinuerlig drift og kunne legge inn trening som egne oppdrag, eller at treningen ble gjennomført som del av det oppdraget de ellers hadde.

Når det gjaldt en helhetlig tilnærming og trening på hverdagsaktiviteter, så definerte deltakerne egne mål som ofte var knyttet til funksjoner i hverdagslivet i hjemmet eller til aktiviteter i nær tilknytning til hjemmet. Dermed ble oppmerksomheten flyttet fra et kne, skulder eller rygg mot hverdagsaktiviteter og hele livssituasjonen i hjemmet. Som en sa:

*Når du kommer hjem til folk og stiller spørsmål om hva som er viktig for dem, så er det en hel verden der ute, og det dreier seg nødvendigvis ikke bare om det kneet som er skadet.*

Deltakerne i hverdagsrehabilitering fikk anledning til å få fram det som var viktig for dem, og som vanligvis var knyttet til sammensatte og dagligdagse utfordringer der mange trengte veiledning og trening. Hverdagsrehabilitering ble derfor en form for helhetlig rehabilitering med fokus på hele hjemmesituasjonen.

## **Diskusjon**

Hensikten med denne studien var å få en utvidet forståelse av hvordan noen kommuner organiserer og praktisk gjennomfører hverdagsrehabilitering. Studien viser at et team/enheter av ulike fagpersoner som har et spesielt ansvar for rehabilitering er viktig for å fange opp og gi enkeltpersoner et tilpasset rehabiliteringstilbud i eget hjem og nærmiljø. Studien viser også at det er ulike oppfatninger omkring spesialisering kontra hjemmetjenesteintegrasjon av hverdagsrehabilitering. Ulik forankring og organisering trenger likevel ikke å ha avgjørende betydning for den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen. Dette diskuteres nærmere i det følgende.

### ***Teamene som et organisatorisk sentrum***

Utgangspunktet for de fleste kommunene var en situasjon med tilnærmet fravær av et tverrfaglig, systematisk og målrettet rehabiliteringstilbud i hjemmetjenesten. Det gjaldt spesielt samarbeid med ergoterapeuter og fysioterapeuter som blir betraktet som kjernepersonell innen rehabilitering (Steihaug, Lippestad, Isaksen & Werner, 2013). Gjennom prosjektene ble det omfordelt og ansatt nye personer, spesielt fysioterapeuter og ergoterapeuter, som dermed bidro til en større tverrfaglighet. På den måten oppstod det nye enheter av fagpersoner i form av team, som var faglig oppdatert på hva rehabilitering dreide seg om, og som var kontaktpersoner og et ansikt utad.

Selv om kommunene hadde ulike betegnelser på sine team, så gikk det et skille mellom de som organiserte hverdagsrehabilitering som en integrert del av hjemmetjenesten og de som organiserte hverdagsrehabilitering som en separat og spesialisert enhet adskilt fra hjemmetjenesten. Innenfor denne oppdelingen er det for øvrig ulike varianter og lokale tilpasninger (Kjellberg et. al., 2013). Denne studien viser at de spesialiserte teamene i hovedsak bestod av flere ulike fagpersoner med tre – årig helse- eller sosialfaglig utdanning. Det kan skyldes at

kommunene fikk tilført prosjektmidler og dermed hadde muligheter for å engasjere flere ulike profesjoner i egne team, i det minste i prosjektperioden. Andre steder kan disse teamene være bemannet med såkalte hjemmetrenere, det vil si personell uten tre – årig helse- eller sosialfaglig utdanning som gjennomfører selve den praktiske treningen under veiledning av spesielt fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere (Kjellberg et. al., 2013, Hjelle et. al., 2016a, Hansen, Eskelinen, Rahbæk & Helles, 2015, Rostgaard & Graff, 2016). I teamene tilknyttet denne studien var det få hjemmetrenere og de hadde en rolle tilnærmet likestilt med de andre i teamet. Fordelen med de spesialiserte teamene var høy grad av spesialisering, autonomi og tverrfaglighet, og dette bidrog til høy kvalitet og kompetanse. Dette stemmer med ulike beskrivelser av teamarbeid og teamorganisering (Assmann 2008, Birkeland et. al., 2017, Johanson et.al., 2010, Thylefors et.al., 2005, White et. al, 2013). Selv om det kunne være samarbeid med hjemmetjenestene rundt enkeltbrukere, så medførte den spesialiserte modellen uansett etablering av team som opererte på siden av den ordinære tjenesten.

Der det var en integrert modell ble hjemmetjenesten tilført ekstra ressurser i form av tverrfaglige team bestående av minst fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Disse teamene opererte og var organisert som en del av hjemmetjenesten og de hadde en løsere teamstruktur (Kjellberg et. al., 2013, Langeland et. al., 2016). I motsetning til de spesialiserte teamene så måtte disse teamene operere i et dynamisk samspill og samarbeid med hjemmetjenesten selv om de i noen tilfeller utførte rehabiliteringen på egenhånd. Teamene foretok vurderinger av rehabiliteringsbehov og lagde rehabiliteringsplaner, lignende det Steihaug et. al. (2014) beskriver. Det var dette som ble fremstilt som en «kjerne- eller motorteamfunksjon» der hjemmetjenesten forøvrig kunne betraktes som et «utvidet team» som utførte rehabilitering som en forlengelse av eller som en del av kjerneteamets arbeid. Kjerneteamene opererte som en del av hjemmetjenesten, men fungerte i stor grad som et eget team i og med at de opererte utenfor hjemmetjenestens ordinære oppdragslister, lignende det som er beskrevet i annen relevant litteratur om team og teamarbeid (Assmann 2008, Mydland og Nesheim, 2015, Birkeland et. al., 2017, Johanson et. al., 2010, Thylefors et. al., 2005, White et. al., 2013). Dette var nødvendig for at rehabiliteringen skulle kunne skje i et tverrfaglig samarbeid, og som ville vært vanskelig å få til med en organisering bestående av et klart skille mellom faglige vurderinger, vedtak og utførelse. Kjerneteamene kunne spille på hjemmetjenestens ressurser, og ansatte i hjemmetjenesten kunne utføre rehabilitering som en del av virksomheten. Faren kunne være at det tverrfaglige samarbeidet ble løsere og kvaliteten lavere i og med at rehabiliteringsarbeidet ble spredt på mange ansatte, og at rehabilitering i større grad måtte konkurrere med andre påtrengende oppgaver.



***Rekruttering av personer med behov for rehabilitering krever samarbeid***

Flere team hadde erfaring med at henvendelser om hverdagsrehabilitering kunne komme direkte til teamene. Hvis rehabilitering ble vurdert som aktuelt, ble det avtalt et hverdagsrehabiliteringsopplegg i samarbeid med den aktuelle søker og vedtakskontoret. For øvrig kunne kommunene ansette egne saksbehandlere som hadde selvstendig ansvar for å fange opp personer med behov for hverdagsrehabilitering. Denne studien viser imidlertid gode erfaringer med et direkte samarbeid mellom saksbehandlere og hverdagsrehabiliteringsteamene. Å vurdere behov for hverdagsrehabilitering krever en individuell vurdering i en nær dialog med personen som har et potensielt rehabiliteringsbehov. Mye tyder på at det å identifisere hvilke rehabiliteringstiltak som er aktuelle, bør involvere egne fagpersoner med klinisk kompetanse og erfaring (Steihaug et. al., 2014). Det kan derfor være nyttig at det tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteamet bistår vedtakskontoret i faglige vurderinger rundt vurdering av rehabiliteringsbehov (Kjellberg et. al., 2013). Vedtakskontorets rolle blir da å være oppmerksom på henvendelser, behov og ønsker om rehabilitering, men at selve identifiseringen av den enkeltes behov for rehabilitering gjøres i et samarbeid med teamene (Hansen et. al.2015). Sammen med de vedtaksansvarlige kan teamene dermed lede personer inn i en tidsavgrenset rehabilitering. I tilfeller med søkere som ikke har hatt noen hjelp fra hjemmetjenesten fra før, kan teamene gå inn og gi nødvendig kompenserende hjelp samtidig med aktiv rehabilitering, uten å trekke inn den ordinære hjemmetjenesten. Dette kan illustreres med følgende modell:

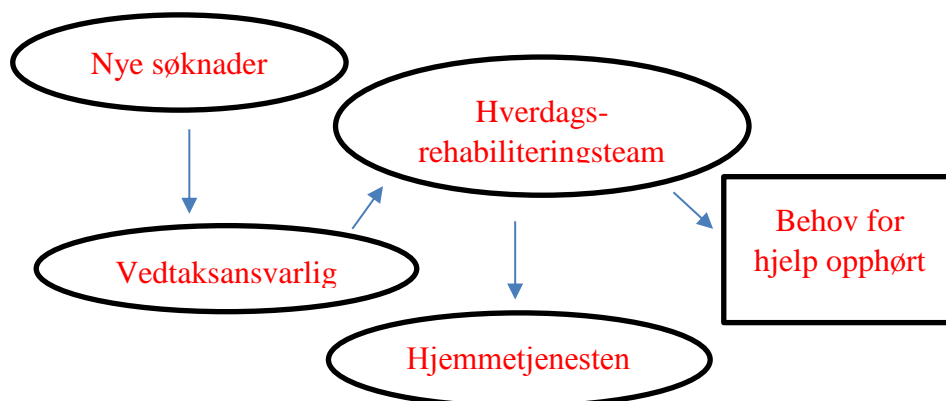


Fig. 1: Illustrasjon av teamenes funksjon og samarbeid med vedtaksansvarlig

Dette gjaldt de såkalte motorteamene (kjerneteamene) i den integrerte modellen i like stor grad som de spesialiserte. Mange av disse nye søkerne ble helt selvhjulpne etter rehabiliteringsperioden, mens noen ble overført til hjemmetjenesten.

### ***Individrettet teamarbeid og/eller endring av tenkning, holdninger og kultur?***

De kommunene og teamene som ønsket at hverdagsrehabilitering skulle integreres i hjemmetjenesten, hadde påbegynt et samarbeid gjennom de individuelle rehabiliteringsoppleggene. En del tok imidlertid dette videre til en ny dimensjon der hverdagsrehabilitering også ble forbundet med en kultur- og holdningsendring i hele hjemmetjenesten. Flere rapporter, bøker og offentlige dokumenter omtaler hverdagsrehabilitering som en effektivisering, kvalitetsheving og en ny arbeidsform som et alternativ til ordinære tjenester. Herunder anvendes ofte ordet hverdagsmestring som uttrykk for et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå, der brukerstyring, vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt (Hartviksen & Sjølie, 2017, Først & Høverstad, 2014, Ness et. al., 2012, NOU, 2011).

Det var her klare forskjeller mellom de spesialiserte og integrerte teamene. De spesialiserte teamene var konsentrert om egen kultur, tenkning og spesifikk individrettet rehabilitering avgrenset til det teamet de jobbet i. Dermed hadde de liten innvirkning på det som skjedde i den ordinære hjemmetjenesten og de betraktet heller ikke det som en del av teamets oppgaver og funksjon. Teamene som arbeidet for integrasjon hadde i utgangspunktet mye større muligheter til å spre nye tenkemåter og holdninger og flere så det som en viktig oppgave. Samtidig var det vanskelig å vurdere om og i hvilken grad det skjedde, selv om flere arbeidet med å etablere et nærmere samarbeid med hjemmetjenesten, blant annet gjennom felles møteplasser. Resultatene fra denne studien omhandler derfor først og fremst erfaringer med «individrettet» rehabilitering, og studien gir få svar på om, i hvilken grad og på hvilken måte nye holdninger, tenkning, kultur og arbeidsformer faktisk ble implementert i hjemmetjenesten som helhet. Det kan skyldes at dette var prosesser som ville trenge mer tid og at teamene i stor grad var bundet opp av arbeid med individuelle rehabiliteringsopplegg.

Et annet aspekt er at tenkning, holdninger og kultur er fenomener som det kan være ulike oppfatninger av. Mye tyder likevel på at hjemmetjenesten kan innarbeide arbeidsmåter som i større grad bidrar til at brukere av tjenesten kan greie seg selv. Samtidig er personer som mottar hjemmetjenester ulike personer med ulike helseproblemer som har behov for ulike former for hjelp. Selv om de fleste som har mottatt hverdagsrehabilitering har positive erfaringer, er det også situasjoner der noen kan oppleve personalets tenkning og holdninger som et press og mangel på vilje til å gi nødvendig kompensierende hjelp (Hansen et. al., 2015).

### ***Ingen store forskjeller i gjennomføringen***

Selv om det i utgangspunktet kan være store forskjeller mellom en spesialisert og integrert modell for gjennomføring av hverdagsrehabilitering, førte ikke det

nødvendigvis til store forskjeller i selve kvaliteten på utførelse av rehabilitering til den enkelte deltaker, slik deltakerne i fokusgruppene opplevde det. Når det gjelder alle de 43 kommunene som var med i prosjektet så ble det gjennomført en flernivåregresjonsanalyse for å undersøke i hvilken grad ulike modeller hadde effekt på deltakernes utførelse av daglige aktiviteter. Det ble ikke funnet noen slike effektforskjeller mellom de ulike modellene og det ble konkludert med at de ulike modellene sannsynligvis er uttrykk for tilpasninger til ulikheter i kommunenes geografi og øvrige organisering (Langeland et. al., 2016). Vår studie viser at alle kommunene hadde et samarbeid med de vedtaksansvarlige omkring rekruttering av personer som hadde et rehabiliteringsbehov, og de var pålagt å benytte vurderingsredskapet COPM. Bruk av COPM som individuelt kartleggingsinstrument la dermed grunnlag for å fastsette individuelle mål for rehabiliteringen. Dessuten var det slik at selv om størrelsen og sammensetningen på teamene var forskjellig, så hadde også de integrerte teamene en tverrfaglig grunnbemanning som i det minste innbefattet både fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Det medførte altså at uavhengig av organiseringen så sikret dette både tverrfaglige vurderinger av tiltak og et tverrfaglig samarbeid omkring selve gjennomføringen av rehabiliteringen til den enkelte deltaker.

Når det gjelder intensiteten på treningen så viste det seg at 19 % av de 43 kommunene som var med i prosjektet også tilbød trening på kveld og helg (Langeland et. al., 2016). Enkelte av kommunene i denne studien tilbød trening to ganger daglig. Sammenlignet med det å delta på institusjonsbaserte rehabiliteringstilbud eller få besøk av en fysioterapeut eller ergoterapeut en til to ganger i uken, så erfarte noen av våre informanter god effekt av å tilby trening to ganger daglig. Det var en erkjennelse som ble gjort av spesielt fysioterapeuter som hadde kombinasjonsstillinger, for eksempel delt mellom en tradisjonell fysioterapistilling og en fysioterapistilling knyttet til et hverdagsrehabiliterings-team. I større spesialiserte team med mange ansatte som dekker både morgen og kveld kan det være mulig å få til trening to ganger pr. dag alle dager i uken, men i mindre spesialiserte team kan dette by på utfordringer. Der det er en integrert organisering kan trening på kveld og helg legges inn som ordinære hjemmetjenesteoppdrag.

Selv om organiseringen i en viss grad var forskjellig, innvirket ikke dette på det helhetlige fokuset på meningsfulle hverdagsaktiviteter som hverdagsrehabilitering fordrer. Samtidig var dette en ny måte å arbeide på. Til forskjell fra enkelte fysioterapeuter som hadde hatt en arbeidssituasjon med mye fokus på for eksempel kun et kne, hofta, skulder eller rygg, ble hverdagsrehabilitering mer holistisk og dreide seg om meningsfulle aktiviteter som for eksempel å kunne gå på toalettet selv, å gjennomføre et morgenstell, å gå på butikken, å lage mat eller gå på kafe. Ofte innbefattet dette både fysiske, sosiale og mentale funksjoner der en måtte ha oppmerksomhet på alle disse elementene i tilnærmingen. Det var der

tverrfagligheten ble viktig og det var der, spesielt de spesialiserte teamene, opplevde at hver fagperson hadde sitt spesielle bidrag i forhold til en helhetlig tilnærming (Birkeland et. al., 2017).

### **Metodiske overveielser**

Dette var et tidsavgrenset prosjekt som innebærer begrensninger. Mens flere kommuner hadde arbeidet med hverdagsrehabilitering over en viss tid, hadde andre kommuner kun erfaring fra prosjektperioden og hadde dermed mindre erfaring. Alle kommuner hadde et mål om bedre samarbeid med hjemmetjenesten, men tidsaspektet satte begrensninger angående å kunne fange opp en lengre og bredere erfaring med organiseringen. Intervjuer på et senere tidspunkt kunne derfor ha gitt mer utfyllende data. Studien har fokus på organisering og et organisasjonsteoretisk perspektiv er derfor i noen grad trukket inn. Et sterkere fokus på dette ville muligens bidratt til å gi mer nyanserte svar. Når det gjelder selve fokusgruppeintervjuene var det primært et ønske å ha informanter i fokusgruppene som hadde erfaring med praktisk rehabiliteringsarbeid. Ledere var derfor ikke tiltenkt å være med, men noen steder var disse sterkt involvert også i det praktiske prosjektarbeidet. Det var derfor en del prosjektledere med i fokusgruppene, og det kan ha påvirket gruppediskusjonen og hindret kritiske ytringer. Videre ble intervjuene gjennomført av kun en moderator og det kan ha begrenset refleksjon over og vurdering av gruppedynamikken under intervjuene. Et annet aspekt er at det ble gitt eksterne midler fra Helsedirektoratet til alle de lokale prosjektene. Starten av et nytt tiltak kan også ha gitt mye entusiasme, skapt spenning og optimisme. Intervjuer etter lengre ordinær drift med hverdagsrehabilitering ville ha gitt et mer nyansert og fylldigere datagrunnlag.

### **Konklusjon**

Hverdagsrehabilitering kan organiseres som spesialiserte, frittstående team, eller som integrerte team i hjemmetjenesten. Ulike fordeler og ulemper knyttet til de to organiseringsformene kom fram under intervjuene, der deltakerne hadde ulikt syn på hvilken modell som fungerer best. Sett fra et organisatorisk perspektiv er hjemmetjenesten ofte preget av en byråkratisk struktur med et hierarkisk skille mellom faglige vurderinger, vedtak og de som utfører oppdragene. Hverdagsrehabilitering krever tverrfaglig samarbeid med større grad av teamtenkning og teamorganisering, herunder kortere avstand mellom vedtaks- og utøverfunksjonen. De spesialiserte teamene har fordel av å ha flere fagpersoner som har et intensivt tverrfaglig samarbeid og de kan opparbeide høy kompetanse i og med at de utelukkende har fokus på hverdagsrehabilitering. Integrerte team samarbeider med hjemmetjenesten i gjennomføring av rehabiliteringen og kan dermed ha et mindre intensivt tverrfaglig samarbeid i og med at mange ansatte med ulike arbeidsoppgaver er involvert. Fordeler med en slik organisering er at det er mulig å spille på hjemmetjenestens ressurser og at alle i hjemmetjenesten

kan få større erfaring med og øke sin kompetanse om hverdagsrehabilitering. Så lenge begge modeller har tverrfaglige enheter som kan iverksette, koordinere, administrere og delta i den praktiske gjennomføringen av rehabiliteringen, er det små forskjeller i kvaliteten på rehabiliteringen overfor den enkelte deltaker. Det var gode erfaringer med at de som har vedtaksansvar samarbeider med hverdagsrehabiliteringsteamene om vurdering av behov for og vedtak om hverdagsrehabilitering. Ikke minst gjaldt det nye søknader om hjemmetjenester der hverdagsrehabiliteringsteamene i en del tilfeller bidrog til at personer kunne sluses utenom varig hjelp, eller trenge mindre hjelp enn det som ellers ville vært nødvendig.

## Referanser

- Abrahamsen, D., Allertsen, L. og Skjøstad, O. (2016). *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering*. Statistisk Sentralbyrå. Rapport 2016/13. Hentet fra: [http://www.ssb.no/helse/artikler-og-ublikasjoner/attachment/262401?\\_ts=154043a0198](http://www.ssb.no/helse/artikler-og-ublikasjoner/attachment/262401?_ts=154043a0198)
- Alvesson, M. & Skoldberg M. (2000). *Reflexive Methodology*. New Vistas for Qualitative Research. London. Sage.
- Assmann, R. (2008). *Teamorganisering. Veien til fleksible organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jacobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 10. 195-203. DOI <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>
- Cochrane, A., McGiloway, S., Furlong, M., Molloy, D. W., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2013). Home-care “reablement” services for maintaining and improving older adults' functional independence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD010825
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fürst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS – FOU. Hentet fra: <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/fou-fra-passiv-mottaker-til-aktiv-deltaker---hverdagsrehabilitering-i-norske-kommuner/>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering>
- Hansen, E. B., Eskelinen, L., Rahbæk, M. Ø. & Helles, J. N. (2015). *Ældres opplevelse av hverdagsrehabilitering*. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. KORA. København.

- Hentet fra: [https://www.kora.dk/media/3482208/10858\\_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf](https://www.kora.dk/media/3482208/10858_aeldres-oplevelse-hverdagsrehab.pdf)
- Hartviksen, T. A. & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering. Kvalitetsforbedring i Norske Kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Helse og omsorgsdepartementet, (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Stortingsmelding nr. 29. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m. m. (helse og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hjelle, K. M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2016). Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the community*. Doi: 10.1111/hsc.12324
- Hjelle K. M., Skutle, O., Førland O. & Alvsvåg H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *J Multidiscip Healthc*. 9, 575-585. DOI: 10.2147/JMDH.S115588
- Johansson, G, Eklund, K & Gosman-Hedström, G. (2010). Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: A systematic literature review. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 17(2), 101-116. Doi: 10.3109/11038120902978096
- Jokstad, K., Landmark, B., Hauge, S. & Skovdahl, K. I. (2016). Eldres erfaringer med hverdagsrehabilitering – Mestring og muligheter – krav og støtte i et dynamisk samspill. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 03 (2) – 212-221. Doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-03-07
- Kjellberg, P. K., Helgestad, A. H., Madsen, M. H. & Rasmussen, S. R. (2013). *Kortlægning av kommunernes erfaringer med rehabilitering på eldreområdet*. Sosialstyrelsen Danmark. Digit ISBN: 978-87-93052-10. Hentet fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~~/media/68CD1891EDC24AA29EDDD0A4B7065E7F.ashx>
- Krueger, A. & Casey, M. (2000). *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3 ed. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., Jakobsen, F. F. & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* Senter for omsorgsforskning Vest. Rapport nr. 6/2016. Hentet frå: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6\\_16\\_web.pdf](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2389813/1/Rapport6_16_web.pdf)
- Langeland, E., Tuntland, H., Førland, O., Aas, E., Folkestad, B. & Jakobsen, F. (2015). Study protocol for multicenter study of reablement in Norway. *BMC Geriatr*. 15 (111):1-9. Doi.org/10.1186/s12877-015-0108-y

- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A. & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clin Rehabil.* 30(8):741–749. DOI: 10.1177/02692155155603220
- Liaaen, J.M.A. (2015). *Professional careers' experience of working with reablement [master]*. Trondheim: Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sør-Trøndelag; 2015.
- Mydland, N. & Nesheim, T. (2017). Avbyråkratisering i staten? Utfordringer ved prosjekt- og teamorganisering. *Nordiske Organisasjonsstudier*. Nr. 2, 19. Fagbokforlaget. ISSN 1501-8237
- Nandram, S. & Koster, N. (2014) Organizational Innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*. 22, 4. DOI 10.1108/JICA-06-2014-0024
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Ergoterapeutene, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund. Tilgjengelig fra:  
<http://www.netf.no/content/download/59168/229791/file/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012.pdf>
- NOU, 2011:11(2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo. Helse og omsorgsdepartementet. Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1, nr. 1, 48-61. Hentet fra:  
[https://www.idunn.no/file/pdf/66784794/utviklingen\\_i\\_pleie\\_og\\_omsorgstjenestene\\_19942013.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66784794/utviklingen_i_pleie_og_omsorgstjenestene_19942013.pdf)
- Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3 ed. Sage Publications; 2002.
- Pettersson, C. & Iwarsson, S. (2017). Evidence-based interventions involving occupational therapists are needed in re-ablement for older community-living people: A systematic review. *Brit J Occup Ther.* DOI: 10.1177/0308022617691537.
- Rostgaard, T. & Graff, L. (2016). *Med hænderne i lommen. Borger og medarbeiders samspil og samarbejde i rehabilitering*. Framferd Ældre. Det National Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA). Hentet fra:  
[https://www.kora.dk/media/5619316/11117-fremfaerd-rehabilitering\\_web.pdf](https://www.kora.dk/media/5619316/11117-fremfaerd-rehabilitering_web.pdf)
- Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L. & Ashe, M. C. (2017). Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 18, 8. 653-663. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.12.070
- Steihaug, S., Lippestad, J.W., Isaksen, H. & Werner, A. (2014). Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation – an action research project. *Disability and Rehabilitation*. 36(7):608-616. Doi.org/10.3109/09638288.2013.800595

- Statistisk Sentralbyrå (2017). *Nøkkeltall for helse. Omsorgstjenester*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
- Tessier, A., Dominique Beaulieu, M., McGinn, C. A. & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare Policy*, 11(4) May 2016: 49-59. Doi:10.12927/hcpol.2016.24594
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal Of Interprofessional Care*, 19(2), 102-114. Doi: 10.1080/13561820400024159
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*.15:145.Doi 10.1186/s12877-015-0142-9
- Wilde, A. & Glendinning, C. (2012). If they're helping me then how can I be independent? The perceptions and experience of users of home-care reablement services. *Health & Social Care in the Community*. 20(6), 583-590. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x
- White, M. J., Gutierrez, A., McLaughlin, C., Eziakonwa, C., Newman, L. S., White, M. & Asselin, G. (2013). A Pilot for Understanding Interdisciplinary Teams in Rehabilitation Practice. *Rehabilitation Nursing*, 38(3), 142-152. Doi: 10.1002/rmj.75
- Whitehead, P.J., Worthington, E.J., Parry, R.H., Walker, M.F. & Drummond, A.E. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clin Rehabil*. 29(11):1064–1076. Doi: 10.1177/0269215514564894



# Klinisk fagring som ein kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta – sjukepleiarar og leiarar sine erfaringar

Astrid Bjørnerheim Hynne, Kirsti Torjuul og Bente Paulsen

*Astrid Bjørnerheim Hynne, Cand.polit., førstelektor, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim, [astrid.b.hynne@ntnu.no](mailto:astrid.b.hynne@ntnu.no)*

*Kirsti Torjuul, Ph.D, førsteamanuensis, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim*

*Bente Paulsen, Cand.san., universitetslektor, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim*

## Abstract

### **Clinical circle as a competence developing method in municipal health services – experiences of registered nurses and managers**

*The purpose of this study was to investigate the experiences of nurses and managers of a clinical circle as a method of competence development, and the way working conditions and contextual factors in the municipality affected the process of learning and cooperation between nurses and managers. Focus group interviews were conducted with five nurses and five managers. The interviews that were analyzed using qualitative content analysis resulted in three main categories: cooperation across different units, shared clinical theme, and contextual factors. The findings indicate that participating in a clinical circle provide nurses with opportunities to develop their clinical competence through sharing knowledge and experiences, and by searching, assessing and implementing research findings into practice. In order to establish and sustain a clinical circle, the findings indicate that it may be useful to prearrange contextual factors, such as leadership expectancy, and time reserved for clinical circle work.*

## Keyword/Nøkkelord

*competence development; knowledge; evidence-based practice; qualitative study; focus group interviews, municipal health care*

*kompetanseutvikling; kunnskap; kunnskapsbasert praksis; kvalitativ studie; fokusgruppeintervju; kommunehelseteneste*

## Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4231>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## Introduksjon

Kontinuerleg læring og utvikling av helsepersonell sin kompetanse i kunnskaps-handtering, systematisk erfaringsutveksling og refleksjon over praksis blir sett på som føresetnad for å tilby pasientar og pårørende gode helse- og sosialtenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I kommunehelsetenesta i Norge har kompleksiteten i dei sjukepleiefaglege oppgåvene auka, og fleire sjukepleiarar etterspør fagleg oppdatering (Gautun & Syse, 2013). Mange sjukepleiarar opplever manglande balanse mellom jobbkrav og kontroll i jobbsituasjonen (Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2015).

Utdannings- og forskingsdepartementet (2012) viser til at det må bli større utveksling av fagpersonalet mellom utdanning og arbeidsliv, og skapast ein betre samanheng mellom teori og praksis i høgre utdanning. Det blir også peika på at det er nødvendig å få til eit betre kunnskapsgrunnlag, strategiar for spreining av erfaringar og modellar for kompetanseutvikling.

På bakgrunn av overnemnde føringar blei det satt i gang eit samarbeidsprosjekt mellom sjukepleiarutdanninga ved NTNU (tidlegare Høgskulen i Sør-Trøndelag, HiST) og ein kommune i Midt-Norge om oppstart av ein klinisk fagring samansett av sjukepleiarar frå heimesjukepleien og sjukeheim, og eit kurs i kunnskapsbasert praksis (KBP) hausten 2012. Eitt av måla for kurset var å auke deltakarane sin kompetanse i å søkje og vurdere forskning. Denne artikkelen presenterer bakgrunn for prosjektet, gjennomføringa og resultat av fokusgruppeintervju med sjukepleiarar og leiarar om deira erfaring med fagringen si betyding for kompetanseutvikling.

## Bakgrunn

Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk og Foss (2016) fann i sin studie av sjukepleiekompetansen i eldreomsorga i kommunane, at uklare roller og mangel på standard for vurdering av kompetanse og kompetanseutvikling kan vere ei forklaring på kvifor sjukepleiarar i nokre deler av tenesta skårar dårlegare på kvalitet enn andre. Spesielt sjukepleiarar i heimesjukepleien arbeider mykje åleine og kan i mindre grad stole på kollektiv kompetanse. Pasientgrunlaget har endra seg i retning av at fleire sjuke pasientar med samansette lidningar blir utskrive til heimen tidlegare enn før (Gautun & Syse, 2013). Difor er det eit spørsmål korleis personalet greier å vere oppdatert på ny kunnskap. Faktorar som kan true kvaliteten i tenesta kan vere stort tidspress, knappe ressursar og problem med å planlegge turnus (Bing-Jonsson et al., 2016). Ein studie (Brenden, Storheil, Grov & Ytrehus, 2011) tyder også på manglande systematikk og plan for kompetanseutvikling i sjukeheim. Hovland, Kyrkjebø og Råholm (2015) fann at faget kom i skuggen av organisatoriske forhold der læring blei ein einsam prosess og den einskilde sjukepleiar sitt ansvar.

Sjukepleiarar har fortalt at læring er forbunde med å kunne dele og reflektere over eigne erfaringar ilag med kollegaer (Bekkhuis, Kristoffersen & Lillemoen, 2012). Men å dele erfaringar fører ikkje nødvendigvis til auka kompetanse eller betre praksis. Det kan like gjerne repeterer og konservere dårleg praksis, i følgje Bjørk (1999). Å forankre diskusjonar om praksis i teori og/eller forskning, kan føre til nye standardar for kvalitet og stimulere til læring og fagutvikling. Å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis er ein kompleks prosess, og det kan mangle ein kultur i avdelinga for å søkje opp og bruke ny forskning (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary, Profetto-McGrath, Milner, Levers & Scott-Findlay, 2005). Studiar tyder på at sjukepleiarar har ei positiv holdning til teori og forskning, men manglar organisatoriske rammer og kompetanse til å søkje, vurdere og bruke forskingsresultat i praksis (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016).

### ***Kompetanseutvikling***

Det er eit overordna mål at norske helsetenester skal vere kunnskapsbaserte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kunnskapsbasert praksis (KBP) blir definert som det å ta avgjersler basert på forskning, erfaring og brukarkunnskap i ein gitt situasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2012). Omgrepet KBP blir brukt for å imøtegå kritikken mot evidensbasert praksis (EBP), som blant anna handlar om epistemologi og vitskapsteori, kunnskapsmakt og mangel på vitskapeleg belegg for at evidenssystemet fører til god praksis (Martinsen & Boge, 2004; Ekeland, 2009). Omgrepet KBP forsøker i større grad å vektleggje brukar/pasientkunnskap og erfaringskunnskap (Undheim et al., 2011). Grimen (2009, s. 213-219) hevdar at KBP-modellen må supplerast med klinisk skjønn når kliniske avgjersler skal takast. Eraut (1985, s. 124-125) hevdar at praktisk resonnering og vurdering, inkludert fortolking og assosiasjon er nødvendig for å ta i bruk teori og/ eller forskingsresultat i praksis. Denne fortolkinga kan føregå både individuelt og i ei kollegagruppe.

Sjukepleiepraksis føreset ein kompleks kombinasjon av kunnskap, ferdigheter, kyndighet, verdiar og holdningar. Ein holistisk definisjon på kompetanse som inkluderer desse dimensjonane er difor nødvendig (Yanhua & Watson, 2011). Det opnar opp for eit vidt kunnskapsomgrep der det å innsjå, sjå til, kjenne og erfare i tillegg til å grunngi det målbare, blir viktig i kunnskapsutvikling (Martinsen, 2005). Det vil seie at kunnskap utvikla innanfor både human- og naturvitskapelege forskningstradisjonar er relevant for å imøtekomme sjukepleie-faglege utfordringar.

I lys av dei mange dimensjonane ved kompetanse og kunnskap, forstår vi fortsatt lite om korleis kunnskap blir utvikla og handtert i organisasjonar, i fylgje Nonaka, Ryoko og Konno (2000). Om holistisk kompetanse blir sett på som eit utviklande, dynamisk og relasjonelt omgrep i stadig utvikling mellom utøvar, handling og kultur (McMullan, Endacott, Gray, Jasper, Miller, Scholes & Webb,

2003), er det ikkje tilstrekkeleg å studera den einskilde utøvar. Det blir difor viktig å inkludere fleire av dei som deltar i det daglege arbeidsfellesskapet for å få innsikt i korleis utvikling av kompetanse går føre seg.

### ***Klinisk fagring***

Utgangspunktet for å bruke omgrepet klinisk fagring er inspirert av eit tidlegare prosjekt om KBP (Graverholt, Nortvedt & Ruud, 2007). Intensjonen med ein fagring er at ei gruppe kan vere ein stad å reflektere, dele erfaringar og stille spørsmål ved etablert praksis. Å søkje forskningslitteratur, vurdere den grundig, ta den i bruk og evaluere resultatet i ettertid er ein del av arbeidsprosessen (Nortvedt et al., 2012).

Både individuell læring og læringskultur er avgjerande for at læring skal føregå i ein organisasjon og eit praksisfelt (Eraut, 2004). I vår studie blir kompetanseutvikling sett på som ein kompleks læringsprosess med samspel mellom individ og omgivnader, og har både eit kognitivt- og sosialt læringsperspektiv. Læring omfatter både innhald og drivkraft; det vil seie at læring har ein innhalds-, drivkrafts- og samspelsdimensjon (Illeris, 2013). I eit slikt perspektiv vil både einskildpersonar og arbeidsplassen ta del i læringsprosessen. For å få innsikt i dei ulike dimensjonane ved kompetanseutvikling blei det viktig å undersøkje korleis både sjukepleiarane sjølve og deira leiarar erfarte betydinga av fagringen.

Prosjektet starta i september 2012 med etablering av ein fagring med seks sjukepleiarar i kommunen, med avslutning i april 2013. Samarbeidsmidlar vart innvilga for å dekke deltaking for sjukepleiarane i eit kurs i KBP (tre samlingar à tre dagar) og til oppstart av fagringen. Fagringen vart etablert før kurset i KBP for å motivere sjukepleiarane til å relatere innhaldet i kurset og søkjing av litteratur til sjølvalgte problemstillingar i eigen praksis.

I prosjektperioden fekk kvar deltakar avsett to timar til fagringarbeid anna kvar veke, dekkja av prosjektmidlar. Ein av deltakarane i fagringen blei valt som leiar av gruppa, og ernæring blei valt som temaet dei ynskte å arbeide med. Frå sjukepleiarutdanninga deltok to prosjektleiarar på fire av fagringmøta og ein bibliotekar på to. Ved avslutninga av prosjektet, var intensjonen at deltakarane skulle fortsetje arbeidet i fagringen.

### **Formål**

Formålet med prosjektet var å undersøkje sjukepleiarane og leiarane sine erfaringar med ein klinisk fagring som kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta og faktorar i arbeidssituasjonen som påverka samarbeidet i fagringen.

## **Metode**

For å få innsikt i erfaringane til sjukepleiarar og leiarar med fagringarbeidet, blei det nytta kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2012).

### ***Utvål***

Vi ønskte å rekruttere sjukepleiarar både frå heimesjukepleien og sjukeheimen i kommunen, grunna offentlege føringar om å få til eit større samarbeid mellom desse tenestetilboda (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For å styrke samarbeidet mellom utdanning og praksisfelt, blei ein kommune som var arena for studentpraksis valt. Øvste leiar blei invitert til å samarbeide med sjukepleiarutdanninga om eit prosjekt med etablering av ein klinisk fagring. To sjukepleiarar frå ulike soner i heimesjukepleien og fire sjukepleiarar ved ulike postar i sjukeheimen fekk tilbod om å delta. Seks sjukepleiarar meldte si interesse, alle kvinner med arbeidserfaring som sjukepleiar frå to til 25 år. Ein av sjukepleiarane flytta til anna arbeidsplass i løpet av prosjektperioden, og fagringen hadde fem deltakarar i siste del av prosjektet. I tillegg blei leiarane for sjukepleiarane spurt om å delta i eit fokusgruppeintervju for å evaluere prosjektet. To leiarar hadde arbeidserfaring frå null til to år, og dei tre andre frå tre til 20 år eller meir på noverande arbeidsplass. Ein leiar var sjuk på tidspunktet for fokusgruppeintervjuet. Til saman besto utvalet av fem sjukepleiararar og fem leiarar.

### ***Fokusgrupper***

Fokusgruppeintervju blei valt som metode fordi det er eigna til å få fram eit mangfald av erfaringar og opplevingar frå ein arbeidsprosess med fleire involverte. Diskusjonar og samhandling i ei gruppe kan gi innspel på betydinga av både fellesskap og det å vere ulike, og slike gruppesamtaler kan lede til nytenking og ny kunnskap (Barbour, 2007; Malterud, 2012). Fokusgruppene blei gjennomført i lokalar i kommunen etter ynskje frå deltakarane. Det å vere på heimebane kunne medverke til meir jamvekt i maktforholdet mellom deltakarar og forskarar (Malterud, 2012). To av deltakarane frå sjukepleiarutdanninga var moderator og komoderator under intervjuet, som tok utgangspunkt i same temaguide. I fylgje Barbour (2007) er det viktig å notere ned om det er spenningar, dilemma, polarisering av synspunkt eller utvikling av noko vedvarande og felles i gruppa. Komoderator hadde eit særleg ansvar for å notere nonverbale uttrykk som kunne vere viktig i analysen. Tema som vart tatt opp var erfaringar med: kompetanseutvikling, fagringen, kunnskapsbasert praksis, og forutsetningar for å lukkast med kompetanseutvikling og fagringarbeid. Temaguiden var eit resultat av litteraturgjennomgang og teoretiske perspektiv som blei valt i prosjektet. Tema var notert på ein flippover under begge fokusgruppeintervjuet.

Dei to fokusgruppeintervjua med fagringdeltakarane og leiarane blei gjennomført cirka åtte månader etter at sjukepleiarutdanninga hadde avslutta si deltaking i gruppa. Det var eit bevisst val å skilje leiarar og fagringdeltakarar i ulike fokusgrupper. Vi antok at leiarane og sjukepleiarane hadde ulike erfaringar med- og perspektiv på kompetanseutvikling. Dessutan kunne det bli vanskeleg for deltagarane å snakke opent saman om leiarar og fagringdeltakarar vart samla i same gruppe (Malterud, 2012). Under intervjua vart sjukepleiarane og leiarane sine oppfatningar og erfaringar oppsummert undervegs av moderator. Fokusgruppeintervjua varte frå 1,5-2 timar og føregjekk i arbeidstida. Etter samtykke frå informantane, vart det nytta bandopptak.

### ***Analyse***

Analysen av fokusgruppeintervjua var bygd på meningskoding, meningsfortetting og meningsfortolking (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjua blei transkribert ordrett av moderator og komoderator. Data vart analysert ved først å lese gjennom heile teksten. Det gav grunnlag for meningskoding der vi identifiserte relevante setningar og nyansar i informantane sine erfaringar og synspunkt. I vidare meningsfortetting vart informantane sine utsegn korta ned i lys av studien sitt formål. Fellestrekk og variasjonar ved ulike utsegn vart samla tematisk. Under meningsfortolking vart tema med likt eller tilnærma same meningsinnhald grunnlag for vidare analyse og samla i kategoriar og underkategoriar. Alle forfattarar av denne artikkelen har uavhengig av kvarandre lest gjennom det transkriberte materialet. Kategoriar og tolkingar er diskutert og formulert i fellesskap.

### ***Etiske vurderingar***

Alle deltakarar gav skriftleg informert samtykke og data er anonymisert. Norsk samfunnsvitskapelege datateneste vart konsultert, og vurderte prosjektet som ikkje meldepliktig.

### **Funn**

På spørsmål om kva erfaringar sjukepleiarar og leiarar hadde med fagringen, var «samarbeid på tvers», «felles fagleg tema» og «rammefaktorar» hovед-kategoriar.

Tabell 1: Oversikt over kategoriar og underkategoriar

Kategori	Underkategori
Samarbeid på tvers	Å bli kjent Kunnskapsdeling
Felles fagleg tema	Motivasjon Felles prosedyrar
Rammefaktorar	Å setje av tid Leiarskap

### ***Samarbeid på tvers***

#### Å bli kjent

Medan sjukepleiarane i fagringen deltok på kurset i KBP, møttest dei utenom dei oppsatte møta der representantar frå sjukepleiarutdanninga deltok. Ein av sjukepleiarane sa det slik: «*Vi ble betre kjent med hverandres arbeidsplasser og det er kjempebra*». Dette vart opplevd som ein styrke i det vidare samarbeidet. Sjølv om dei tilsette i heimesjukepleien hadde kontor like ved sjukeheimen, var arbeidet og personalet adskilt i det daglege.

Leiargruppa gav uttrykk for at fagringen var viktig for kompetanseutvikling ved at fleire var ilag og blei kjent på tvers av avdelingane. Å kjenne til kvarandre sin kompetanse gjorde det lettare å ta den i bruk, og det vart lettare å samarbeide.

#### Kunnskapsdeling

Sjukepleiarane fortalde at dei som fylgje av arbeidet med ernæring, gjennomførte fleire tiltak som involverte alle tilsette i heimesjukepleien og sjukeheimen. Ressursgruppemøte med undervisning frå apoteket om ernæring, vart opplevd som nyttig. Ein sjukepleiar frå sjukeheimen sa: «*Kjøkkenet var med på ressursdagen. Det var de kjempepositive til og det er de fortsatt. Og vi har laget en prosedyre på ernæringskartlegging*». Fleire deltakarar gav uttrykk for at arbeidet i fagringen hadde vakt interesse for ernæring når personalet etterspurde korleis arbeidet gjekk vidare. Leiarane gav uttrykk for at det var lettare å dele kunnskapen når der var fleire ilag om eit fagområde, og deltakarane var trygge på kunnskapen.

Enkelte sjukepleiarar gav uttrykk for at det var utfordrande å undervise ansatte på fagdagar, og såg helst at fagpersonar med spesialkompetanse på ernæring gjennomførte denne undervisninga.

## ***Felles fagleg tema***

### Motivasjon

Sjukepleiarane var opptatt av at ulike prosjekt - også fagringprosjektet - skulle gi resultat i praksis. Ein sa: *«Poenget er at det skal komme alle ansatte til gode, komme pasientene til gode. Det må være formålet med prosjektet»*. Sjukepleiarane var motivert for å betre praksis med utgangspunkt i forskning og diskusjon om ernæring. Ein sjukepleiar sa: *«Jeg tenker at både prosjekt og engasjement må til for å utvikle faget. Tror ikke det er nok å gå i den daglige tralten»*.

Leiarane var opptatt av at sjukepleiarane som deltok i fagringen fekk ei «vitamininnsprøyting» som gjorde dei meir engasjert i både fag og jobb. Dei sa at det var behov for auka kompetanse om ernæring fordi det var eit område som gav personalet utfordringar til dagleg. Dei gav eksempel på pasientar som fekk væskebehandling eller sondeernæring, og at mange pasientar ikkje var ferdigbehandla på sjukehus. Kompleksiteten i prosedyrar med teknisk utstyr hadde auka dei siste ti åra. Samtidig vart det sagt at pasientane var mykje dårlegare enn tidlegare, og at mange dør i kortidsavdelingane.

Om erfaringar med bruk av KBP som arbeidsmodell, sa ein sjukepleiar at erfaringskunnskap blei for lite vektlagt i forhold til forskningsbasert kunnskap. Ho hadde funne eit kartleggingsskjema for ernæringsstatus basert på forskning og erfart at det ikkje var lett å bruke eit standardisert skjema til pasientar. Ho sa: *«Jeg tenkte forskning og beste praksis, men det fungerte ikke»*. Deltakarane fortalde om pasientar som hadde vore innom både heimesjukepleien og sjukeheimen, noko som førte til at dei utveksla erfaringar og moglege tiltak. Leiargruppa gav uttrykk for at det var behov for å innhente forskningskunnskap, men ein av dei sa fylgjande: *«Det høres veldig teoretisk ut (KBP). Skal en praktisere ernæring i hjemmet når du skal gå i matskapet til en som har brukervedvirkning. Det er utfordrende»*.

Ein leiar fortalde at det kunne oppstå diskusjonar i etterkant av at sjukepleiarane hadde lest artiklar: *«Se her. Her står det sånn og sånn. Det er artig»*. Fleire sa at det var eit stykke igjen før ein tok seg tid til å søkje og lese forskning om eit klinisk tema. Det kom fram at kjennskap til forskning også kunne føre til at ein oppdaga at det ein gjorde i praksis av gammal vane, var godt nok. Leiarane hadde vore med på eit møte i fagringen og blei klar over at det å søkje etter litteratur, var eit omfattande arbeid. Nokre gav uttrykk for at dei ikkje hadde nok kunnskap om å søkje etter forskning. Leiargruppa sa også at det var utfordrande å prioritere mellom arbeidsplassen sitt behov og den einskilde sjukepleiar sitt ynsker om kompetanseutvikling. Ein leiar sa: *«Vi har jobbet litt med strategiplaner for kompetanse, men vi har ikke vært tydelig på hva vi trenger av kompetanse»*.



### Felles prosedyrar

Sjukepleiarane uttrykte at dei ville fortsetje å arbeide med temaet ernæring. Etter diskusjonar i gruppa sa ein sjukepleiar: «*Jeg liker denne måten å jobbe på – å få til felles retningslinjer*». Ein annan følgde opp:

*Felles prosedyrer er jo målet for pleie og omsorg. Det skal gjennomleses, godkjennes og legges ut til alle på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Vi må tenke sånn fremover, at vi skal utarbeide noe felles. Og det blir enda mer og tettere samarbeid etter hvert.*

Sjukepleiarane hadde ulik oppfatning om ernæringsprosedyren dei hadde utvikla i fellesskap var klar til å gjennomførast i praksis eller ikkje, og korleis innføringa av prosedyren burde skje. Sjukepleiarane frå sjukeheimen foreslo å arrangere separate fagdagar i heimesjukepleien og på sjukeheimen fordi det var vanskeleg å samle alle. Sjukepleiarane frå heimesjukepleien oppfatta dette som lite samlande og var usamde. Likevel var dei samde om at det måtte vere ein felles prosedyre for både sjukeheimen og heimesjukepleien.

### **Rammefaktorar**

#### Å setje av tid

Det gjekk fram av diskusjonane at mykje hadde føregått samtidig i kommunen. Ein sjukepleiar sa: «*Det er for mange prosjekt som føregår parallelt*». Det vart kommentert at det oppsto forsinkelsar både ved oppstart og avslutning av ulike prosjekt, og dette kunne gi frustrasjonar. Når nokre personar var involvert i fleire prosjekt, vart det sårbart og prosjektet kunne stoppe opp.

Sjukepleiarane gav uttrykk for at fagringen ikkje hadde fungert etter intensjonen siste månadane av fleire grunnar. Det var vanskeleg å finne tidspunkt til å samle alle deltakarane. Ein av dei seks deltakarane skifta arbeidsplass, og det blei tre igjen frå sjukeheimen og to frå heimesjukepleien. Det blei også sjukemeldingar i fagringgruppa. At planer stadig måtte endrast, blei oppgitt som grunn til at nokre av deltakarane miste litt motivasjon. Ein sjukepleiar sa: «*Poenget er at vi må komme i gang igjen*».

Til tross for ynskje om å delta i fagringarbeidet, var det heile tida ei avveging mellom tida det tok og tid til pasientarbeid. Ein sjukepleiar sa: «*Når det foregår mye, så blir en mye borte fra pasientene*». Ein annan uttrykte: «*Den som er engasjert, er med på det meste. Men den som er med på mye, burde vært i avdelinga*».

Leiarane gav uttrykk for at det var ei utfordring, men også ein føresetnad for kompetanseheving, at det var aksept i kollegiet for at nokon brukte tid på det. Det blei meir å gjere for dei andre når nokon gjekk frå avdelinga eller sona til fagringarbeid. Å få turnusen til å gå opp var også ei utfordring.

### Leiarskap

I fokusgruppa med sjukepleiarar var det ulike forventningar til leiaren av fagringen. Leiaren meinte at ho berre hadde ansvar for å ivareta kommunikasjonen mellom deltakarane og avtale tid og stad for møta i fagringen. Ho meinte framdrifta i gruppearbeidet var eit felles ansvar. Fleire uttrykte at det hadde vore misforståingar med innkalling til møte. Dei meinte at skulle fagringen fungere, måtte det vere felles engasjement, nok ressursar, god informasjonsflyt og leiarforankring. Dette førte likevel til spenningar i gruppa.

Sjukepleiarane opplevde frustrasjon over at dei ikkje hadde oppnådd så mykje som dei hadde planlagt. Ein sa: *«Vi skulle ha en fagdag i oktober. Den var planlagt og bestemt, men ble ikke noe av. Per dags dato er det ingen fra hjemmesykepleien som kan følge opp. Da bestemte vi å utsette fagdagen»*.

Ein vanskeleg bemanningssituasjon med sjukemeldingar og lite folk på arbeid både i sjukeheimen og i heimesjukepleien medførte at planlegginga stoppa opp, sjølv om det gjensto meir undervisning og opplæring for å setje ernæringsprosedyren ut i praksis. Sjukepleiarane var avhengige av sine leiarar i planlegginga, men skifte av to leiarar i prosjektperioden skapte utfordringar i kommunikasjon og utveksling av informasjon. Ein sjukepleiar uttrykte: *«Det kommer ikke til å bli bedre fremover. Hele tiden vil vi ha det travelt. Jeg tror vi er nødt til å prøve å finne løsninger likevel. Men de som må se først at dette er viktig, er fagledere og enhetsledere»*.

Sjukepleiarane fortalde at det kunne vore gunstig å ha snakka meir saman undervegs då prosessen stoppa opp. Ein sjukepleiar hevda at tettare oppfølging frå sjukepleiarutdanninga hadde vore ein fordel. Ein annan viste til at dei arbeidde godt i fagringen så lenge det var samlingar på utdanninga.

### **Diskusjon**

Formålet med prosjektet var å undersøkje sjukepleiarar og leiarar sine erfaringar med ein klinisk fagring som kompetanseutviklande metode i kommunehelsetenesta og faktorar i arbeidssituasjonen som påverka samarbeidet i fagringen. I analysen av fokusgruppeintervjua fant vi tre hovедkategoriar som var viktige i etablering og vedlikehald av arbeidet i fagringen: samarbeid på tvers, felles fagleg tema og rammefaktorar.

Funna i studien tyder på at sjukepleiarane og leiarane erfarte at det å bli kjent på tvers og ha eit felles fagleg tema var positive erfaringar med fagringen. Arbeidet i fagringen gav sjukepleiarane høve til læring om ernæring som dei opplevde som relevant i kvardagen. For det første kunne samarbeidet om eit felles faglig tema imøtekomme behovet for meir kompetanse hjå den einskilde sjukepleiar. For det andre kunne sjukepleiarane i fellesskap arbeide med eit krav til kvalitet i tenesta som offentlege føringar legg opp til. Dette såg ut til å gi motivasjon til å

delta i fagringen og drivkraft i samarbeidet. Å utøve eit arbeid som kom pasientane til gode var viktig for sjukepleiarane i fagringen. Dette er også funne i andre studiar (Hynne & Kvangarsnes, 2014). Verdier og holdningar er vesentlege aspekt ved profesjonsutøving og har betydning for prioriteringar sjukepleiarane gjer i sitt daglege arbeid (Yanhua & Watson, 2011).

Offentlege føringar vektlegg det å samarbeide på tvers innanfor den einskilde kommune for å ivareta kontinuitet og samanhengande tenester for enkeltbrukarar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Når pasientar kan vere mottakarar av både heimesjukepleie og helsetenester i sjukeheim, kan ein fagring med sjukepleiarar frå begge tenestene fungere som ein stad å diskutere og dele ulike typar kunnskap, i denne samanhengen forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap om ernæring. I fylgje D`Eredita og Barreto (2006) er det skilnad på å dele hendingar og erfaringskunnskap. Det siste krev eit overføringsarbeid der gruppa har fokus på eit felles tema som dei kan relatere handlingar til, og setje ord på. Mykje tyder på at det å fokusere på eitt tema over tid, gav sjukepleiarane i fagringen høve til å dele erfaringar og utvikle ei felles forståing for korleis fylgje opp pasientar og arbeide med ernæring på tvers av tenestetilboda.

At det å dele og ta i bruk ulike typar kunnskap kan vere utfordrande, var ei erfaring hjå sjukepleiarane i studien. Ein gav uttrykk for at forskingskunnskap ikkje kunne takast i bruk utan vidare. Også leiarane viste til eksempel der dei måtte ta omsyn til både kontekst og brukarmedverknad i arbeidet med planlegging og gjennomføring av ernæring. I fylgje Grimen (2009) er utøving av skjønn ein føresetnad for at teori og forskning skal kunne takast i bruk i praksis. Skjønn er ei form for klinisk resonnering som kan ha ulike konsekvensar. Bruk av skjønn kan gjere individuell behandling og behovsprøving mogeleg. Dersom utøving av skjønn er basert på lite erfaring, kan det føre til handlingar som ikkje er formålstenlege i praksis (Grimen, 2009). Richter Sundberg (2016) peikar på at bruk av forskingskunnskap saman med erfaringskunnskap og verdier, er forbunde med spenning og tilbakevendande dilemma. Det å ha vurderingsstrategiar og ta nødvendige forholdsreglar i integrering av ulike typar kunnskap, er difor ei sentral utfordring for profesjonsutøvarar. Det fordrar også etisk kompetanse der pasient og sjukepleiar ilag finn ut av kva som er til pasienten sitt beste. Då er ikkje standardiserte prosedyrar og retningslinjer åleine tilstrekkeleg. Sjukepleiaren må ta i bruk både relasjonelle, praktiske og moralske kunnskapar og erfaringar i utøving av omsorg, i fylgje Martinsen (1989).

Vi fann at arbeidet i fagringen førte til diskusjonar etter at sjukepleiarane hadde innhenta forskingsartiklar og nasjonale retningslinjer. Dette kan tyde på at erfaring ikkje var einaste utgangspunkt for diskusjonen om god ernæringspraksis, men at også forskingskunnskap ga vesentlege bidrag i fagutviklingsarbeidet. Vidare kan fagringen ha gitt sjukepleiarane høve til å diskutere

erfaringar, som dei i kvardagen elles ikkje hadde tid til å setje ord på. Nonaka, Ryoko og Konno (2000) hevdar at ei gruppe kan vere ein stad å setje ord på taus kunnskap gjennom å dele erfaringar, noko som er eit kritisk steg i kunnskapsutvikling. Tidligare studiar av korleis sjukepleiarar utviklar kompetanse har funne at det å dele og reflektere over utfordrande situasjonar i fellesskap var ei kjelde til læring (Bekkhuis et al., 2012; Hynne & Kvangarsnes, 2014).

Vi fann at rammefaktorar knytt til leiarskap og det å setje av tid, blei ei utfordring for arbeidet i fagringen. Organisasjons- og kontekstfaktorar samt leiarskap har fått større vektlegging som barrierar for å ta i bruk forskingsbasert kunnskap i praksis (Sandström, Borglin, Nilsson & Willman, 2011). Sjukepleiarane i vår studie hadde ulike forventningar til leiarskap og leiaren av fagringen, noko som førte til spenningar i gruppa. I kva grad dette kan ha hemma samarbeid og fagutvikling, kan ikkje denne studien gi noko eintydig svar på. Funn i ein tidlegare studie kan tyde på at ein fasilitator eller tilretteleggar kan fungere som ei drivkraft i gjennomføringa av fagutvikling og KBP (Bekkhuis et al., 2012). Honey og Baker (2011) har undersøkt litteraturgrupper i praksis, som har fellestrekk med fagringarbeid, og fant at ein tilretteleggar var avgjerande for å holde gruppene i gang. Dei hevdar også at erfaring og kompetanse i analytisk og kritisk tenking er ein føresetnad for at ei gruppe kan omsetje forskning til praktisk handling. Ein tilretteleggar kan vere relevant å vurdere i fagringarbeid og andre utviklingsprosjekt i kommunane. Å tilsetje ein sjukepleiar med masterkompetanse i denne rolla, kan styrke kunnskapen hos personalet om forskingsmetodar, søk- og vurdering av litteratur, og bidra til integrering av forskning i praksis. Å møtast i ei gruppe til refleksjon omkring konkrete problemstillingar kan også bidra til større merksemd om etiske utfordringar i praksis og større forståing for samhandlinga mellom pasientar og kollegaer (Söderhamn, Kjølsvæd & Slettebø, 2015).

Sjukepleiarane i fagringen gav uttrykk for at tid var ein avgrensa ressurs, der dei ofte måtte prioritere mellom å vere hjå pasientane eller delta i fagringen. I prosjektperioden var det satt av tid kvar veke til fagringarbeid, og sjukepleiarane erfarte at fagringen gav dei høve til læring. Etter at prosjektperioden var over, var det ikkje klart kor mykje tid sjukepleiarane kunne bruke til arbeid i fagringen og forbetringstiltak i praksis. Det å møtast på tvers av soner i heimesjukepleien og postar i sjukeheimen tok tid og kravde mykje koordinering og prioritering. Det same fant Norheim og Thoresen (2015) i ein studie av helsetenester i kommunane. Når rammene rundt fagringarbeidet ikkje gjorde det mogeleg for sjukepleiarane å holde framdrifta, vart motivasjonen påverka, fordi dei ville at fagringarbeidet skulle kome både pasientar og kollegaer til gode. Når arbeidet av ulike grunner stoppa opp, tyder det på at det som Illeris (2013) har beskrive som drivkraft- og samspeldimensjonen i kompetanseutviklinga, blei påverka.

Funna tyder på at det ville vore ein fordel om rammevilkåra hadde blitt klargjort med leiarane på førehand, blant anna om tid og ressursar til gjennomføring av tiltak og undervisning. Sjukepleiarane sa at personalet etterspurte oppfylging av ernæringsarbeidet. Dette tyder på at personalet i heimesjukepleien og på sjukeheimen var motivert for å lære meir om ernæring og drive fagutvikling på området. Om dette var eit resultat av arbeidet i fagringen eller ikkje, kan ikkje denne studien gi eit eintydig svar på.

Både sjukepleiarar og leiarar i denne studien såg behovet for å utvikle kompetansen i ernæring. For leiarane var det ei utfordring å prioritere mellom behovet for kompetanseutvikling hjå einskildpersonar og hjå heile avdelinga eller sonen. Alstveit, Halvorsen, Willumsen og Ødegård (2016) fann at leiarane erfarte seg sjølv som både innovatørar og balansekunstnarar i utviklinga av eigen teneste. I vår studie såg leiarane utviklingspotensialet i å arbeide kunnskapsbasert, og at ein fagring var ein måte å utvikle denne kompetansen på. Samtidig måtte dei balansere mellom behova for kompetanseutvikling i personalgruppa og offentlege krav til kvalitet i kommunehelsetenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Sjukepleiarane i heimesjukepleien arbeider mykje åleine. Det gir leiarar av tenesta ei utfordring med å legge til rette for eit lærande miljø. Å møtast i ei gruppe med kollegaer i ein fagring som i dette prosjektet, kan fremje samarbeid på tvers i kommunen og gi sjukepleiarar høve til å utveksle og diskutere pasienterfaringar i lys av forskingsresultat og nasjonale retningslinjer. Fagringen kan på denne måten verte ein arena for kompetanseutvikling og kvalitetsforbetring i praksis, om ein tar omsyn til å klargjere viktige rammefaktorar.

Funna i denne studien må lesast og nyttast med varsemd. Eit lite utval med berre fem sjukepleiarar og fem leiarar i ein kommune i Noreg gjer at funna ikkje kan overførast til kompetanseutviklingsprosjekt i andre kommunar. At dei to som gjennomførte fokusgruppeintervjua, også var leiarar av prosjektet og deltok på fire av møta i fagringen, kan ha påverka funna ved at deltakarane var meir positive enn dei elles kunne ha vore. På den andre sida hadde sjukepleiarane arbeidd på eigen hand det meste av tida. I intervjua kom det dessutan fram fleire kritiske merknader til prosjektet og samarbeidsprosessen i fagringen. Vi ser likevel ikkje bort frå at individuelle intervjuar kunne ha fått fram fleire og meir nyanserte erfaringar om fagringen og kompetanseutvikling på tvers i kommunehelsetenesta.

## **Konklusjon**

Funna i prosjektet kan ikkje generaliserast, men tyder på at ein klinisk fagring kan fungere som ein arena for kompetanseutvikling gjennom samarbeid om eit felles fagleg tema. Fagringen kan gje sjukepleiarane høve til å utveksle kunnskap og erfaring på tvers, samt søkje, vurdere og bruke forskingsresultat i

praksis. For å etablere- og oppretthalde ein fagring, tyder funna også på at det nødvendig å klargjere ulike rammefaktorar på førehand, som til dømes forventningar til leiarskap og tidsbruk til arbeidet. Å utprøve kliniske fagringar i fleire kommunar vil kunne gi meir kunnskap om metoden og korleis dei nemnde rammefaktorane knytt til fagringarbeidet kan ivaretakas.

## Litteratur

- Alstveit, M, Halvorsen, A., Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). Lederen som innovatør og balansekunstner: en kvalitativ studie av ledes erfaringer fra forskningssamarbeid mellom helse- og velferdstjenestene og høyere utdanning. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 12(2), 1-20. <http://dx.doi.org/10.7557/14.4051>
- Barbour, R. (2007). *Doing Focus Groups*. (1.utg.) London: Sage Publications
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA-Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport nr. 8, 2013. <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/2013/8>
- Bekkehus, E., Kristoffersen, N.J. & Lillemoen, L. (2012). Kollegagrupper som læringsarena i klinikken – stimulering til kritisk refleksjon. *Vård i Norden* 32(3), 31-35. <https://doi.org/10.1177/010740831203200307>
- Bing-Jonsson, P.C, Foss, C. & Bjørk, I.T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research* 36(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk I. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing* 15(5), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bjørk, I.T. (1999). Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry* 6(1), 34-47. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00005.x>
- Brenden, T.K., Storheil, A.J., Grov, E.K. & Ytrehus, S. (2011). Kompetansutvikling i sykehjem. Ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 7(1), 61-75. <https://doi.org/10.7557/14.1827>
- D'Eredita, M.A. & Barreto, C. (2006). How does Tacit Knowledge Proliferate? An Episode- Based Perspective. *Organization Studies* 27(12), 1821-1841. <https://doi.org/10.1177/0170840606067666>
- Ekeland, T.J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I Grimen, H. & Terum. L.I. (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.145-168). Oslo: Abstrakt forlag
- Eraut, M. (1985). Knowledge creation and knowledge use in professional contexts. *Studies in Higher Education* 10 (2), 117-133. <https://doi.org/10.1080/03075078512331378549>

- Eraut, M. (2004). Transfer of knowledge between education and workplace settings, I H.Rainbird, A.Fuller, A. Munroe (Eds.). *Workplace Learning in Context* (s.201-221). London: Routledge
- Estabrooks, C.A., Rutakumwa, W., O'Leary, K.A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M.J. & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledges among nurses. *Qualitative Health Research* 15(4), 460-476. <https://doi.org/1049732304273702>
- Graverholt, B., Nortvedt, M.W. & Ruud, L.I. (2007). *Evalueringsrapport. Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis» -et samarbeidsprosjekt mellom Helse-Bergen og HIB-Senter for kunnskapsbasert praksis og institutt for sykepleie*. Senter for kunnskapsbasert praksis. Høgskolen i Bergen
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. I Grimen, H. & L.I. Terum (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.191-222). Oslo: Abstrakt forlag
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen*. Meld.St.47 (2008-2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Meld.St.11 (2014-2015) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Honey, C.P. & Baker, J.A. (2011). Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today* 31(8), 825-831. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.020>
- Hovland, G., Kyrkjebø, D. & Råholm, M.B. (2015). Sjukepleiarar si kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta; samspel mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 11(1), 4-19. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3475>
- Hynne Bjørnerheim, A. & Kvangarsnes, M. (2014). Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 10(2), 4-19. <https://doi.org/10.7557/14.3324>
- Illeris, K. (2013). *Transformativ læring og identitet*. (1.utg.) Gylling: Samfundslitteratur
- Kvale, S. & Brinckmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. (1.utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, Sykepleie, Medisin* (1.utg.) Oslo: Tano
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien* 92(13), 58-61. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0010>
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, Skjønnnet og Evidensen*. (1.utg.) Oslo: Akribe
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M.A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J. & Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 41(3), 283-294. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02528.x>

- Nonaka, I., Ryoko, T. & Konno, N. (2000). SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long Range planning* 33(1), 5-34. <https://doi.org/10.4135/9781446217573.n2>
- Norheim, K.H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien-på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning* 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.53343>
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribes forlag.
- Richter Sundberg, L. (2016). *Mind the Gap: exploring evidence-based policymaking for improved preventive and mental health services in the Swedish health system*. Doctoral thesis, Umeå University, Faculty of Medicine.  
<http://www.divaportal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A911802&dsid=1876>. Lasta ned: 3.mars 2017.
- Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A. (2011). Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership. *Worldviews Evid Based Nurs* 8(4), 212-223. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x>
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 56, 128-140.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>
- Söderhamn, U., Kjøstvedt, H.T. & Slettebø, Å. (2015). Evaluation of ethical reflections in community healthcare: A mixed-methods study. *Nursing Ethics* 22 (2), 194-204. <https://doi.org/10.1177/0969733014524762>
- Undheim, L.T., Smestad Wisløff, E., Ruud Rønning, E. (2011). Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter, *Sykepleien forskning* 6(1), 54-60. <https://doi.org/10.4220/sykepleienn.2011.0063>
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Meld.St.13 (2012-2013) Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet
- Yanhua, A. & Watson, R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today* 31(8), 832-836.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.003>



## Inflammatorisk fordøyelsessykdom – fra partnerens synsvinkel

Anne Øverlie, Ellen Karine Grov og Siri Ytrehus

*Anne Øverlie, høgskolelektor, Fakultet for helsefag, Avdeling for master- og videreutdanninger, campus Fredensborg, VID vitenskapelige høyskole, Oslo, [anne.overlie@vid.no](mailto:anne.overlie@vid.no)*

*Ellen Karine Grov, professor, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet Storbyuniversitet, Oslo*

*Siri Ytrehus, professor, Avdeling for helsefag, Høgskulen på Vestlandet, campus Førde*

### Abstract

*Inflammatory bowel disease leaves high physical, mental, social and existential burden on those facing the disease. Less is known about how their partners experience impact from the disease on their situation. From the perspective of the partners, this study describes the concerns highlighted by partners of persons with inflammatory bowel disease. The study has a qualitative design and in-depth interviews were performed to gather data. The sample consists of nine partners of persons with inflammatory bowel disease. Three main themes emerged: (i) uncertainty and helplessness, (ii) loss and (iii) attitudes and strategies to cope with concerns. A synthesis reveals the concept “caregiver-grief” comprising the relational and emotional concerns as well as how to deal with these concerns. Partners of persons living with inflammatory bowel disease describe grief and concern connected to their role as caregiver and spouse/cohabitant.*

### Keyword/Nøkkelord

*chronic illness; spouse/partner/cohabitant; concerns; caregiver-grief*

*kronisk sykdom; ektefelle/partner/samboer; bekymringer; omsorgsgiver-sorg*

### Referee\*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4296>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## **Introduksjon**

Inflammatorisk fordøyelsessykdom er en fellesbetegnelse på to kroniske, autoimmune fordøyelsessykdommer; ulcerøs kolitt (UC) og Morbus Crohn (MC). Forekomsten av UC i Norge er blant verdens høyeste med over 700 nye tilfeller årlig. Det er anslagsvis 26.000 personer (0,5% av befolkningen) som har denne sykdommen (Harlan, 2016; Helseinfo, 2015). I dårlige faser er UC kjennetegnet av diaréer, ledsagende, sterke smerter og søvnmangel på grunn av hyppige avføringer både dag og natt (Helseinfo, 2015; Reime, 2013; Wyller, 2014). UC og MC debuterer i alderen 15-35 år. Omtrent 14.000 personer (0,3%) har MC, og omtrent 300 blir diagnostisert med sykdommen hvert år. Komplikasjoner kan være stenoser ved tynntarmssykdom, mens fistler og abscesser er vanlig ved tykktarmssykdom (Helseinfo, 2015; Reime, 2013; Wyller, 2014).

### ***Kronisk sykdom påvirker partneren***

Aktiv og alvorlig inflammatorisk fordøyelsessykdom kan ha store konsekvenser og sette sitt tydelige preg på menneskene som har disse diagnosene. Symptomene på hyppige avføringer, sterke smerter og sykehusinnleggelse er vanlig (Reime, 2013; Wyller, 2014).

De fleste med kronisk sykdom vil ha en målsetting om å leve så normalt som mulig (Meetoo, 2008), likevel vet vi at kronisk sykdom kan være ensbetydende med en livslang tilpasning. Sykdommen kan influere ikke bare på den syke, men også personer i pasientens nettverk. Den kroniske sykdommen kan over tid forverres, og endringene som sykdommen fører med seg kan skape store forandringer. Par der den ene har en kronisk sykdom, må sammen tilpasse seg nye roller og nye samhandlingsformer for å kunne leve normalt (Meetoo, 2008; Rolland, 1994). Sykdommen kan medføre belastninger på flere ulike områder for partneren. Partneren kan oppleve at den syke blir mer avhengig, og sykdommen fordrer at partneren må tilrettelegge sitt liv og ta hensyn på mange områder for å støtte den syke (Eriksson & Svedlund, 2006). Partneren kan dermed oppleve ulike bekymringer som kan handle om hvordan de skal forholde seg til sykdommen, og hvordan den syke partneren kan hjelpes og beskyttes (Eriksson & Svedlund, 2006). Både hverdagen og fremtiden kan være usikker dersom sykdomsforløpet er uforutsigbart. Tidligere fremtidsplaner kan måtte endres. Sykdommen kan medføre ensomhet. Både partneren og den syke kan bli mer bundet til hjemmet. Når det sosiale livet blir berørt vil den sosiale kontakten begrenses (Bove, Zakrisson, Midtgaard, Lomborg & Overgaard, 2016; Eriksson & Svedlund, 2006). Partneren kan oppleve betydelig praktisk arbeidsbelastning ved at han blir stående alene om det praktiske arbeidet i hjemmet (Eriksson & Svedlund, 2006; Skagestad, Grov & Øritsland, 2008).

Belastningene kan gjøre at partneren kan oppleve en utfordring i balansen mellom det å støtte og hjelpe den syke på den ene siden, og det å opprettholde eget liv og ivareta den øvrige familiens behov på den andre siden (Houldin, 2007). En studie av kvinner der partner har kroniske sykdommer, viste at kvinnene tross store belastninger, strevde for å opprettholde normalitet i hverdagen (Eriksson & Svedlund, 2006).

Sammenliknet med normalbefolkningen vil belastningen for en partner til en person med en kronisk lidelse være så omfattende at den medfører en helserisiko, derav fysiske, sosiale og mentale helseproblemer (Baanders & Heijmans, 2007; Helder, Kaptein, Kempen, Weinman, Houwelingen & Roos, 2002; Luttik, Blaauwbroek, Dijker & Jaarsma, 2007).

Imidlertid har forskningen også identifisert positive sider ved det å ha omsorgsoppgaver for en partner med en kronisk sykdom. Sykdommen kan gjøre at partnerne blir knyttet nærmere til hverandre (Eriksson & Svedlund, 2006; Lahat, Neuman, Eliakim & Ben-Horin, 2014; Mahrer-Imhof, Hoffman & Froelicher, 2007). Partneren kan oppleve en følelse av stolthet og kompetanse ved å kunne hjelpe den syke partneren (Baanders & Heijmans, 2007; Shirai, Koerner & Kenyon, 2009). De som gir omsorg og hjelp kan føle økt egenverd ved at de opplever å makte omsorgen som i mange tilfeller kan være svært krevende (Lahat et al., 2014; Helder et al., 2002).

Kunnskap om livssituasjonen og behovene til partnere med kronisk sykdom kan være avgjørende for å forstå helheten i situasjonen til partneren. Slik kunnskap er nødvendig for å kunne forebygge urimelig belastning for partnerne.

### ***Manglende kunnskap om partnere til personer med inflammatorisk fordøyelsessykdom***

Litteraturgjennomgangen viser at det å være pårørende til en person med en kronisk sykdom påvirker den pårørende på mange ulike måter. Dette gjelder både følelsesmessig, sosialt og økonomisk. Studier viser at ulike pårørende-grupper kan oppleve mange av de samme utfordringene (Golics, Basra, Salek & Finlay, 2013), men samtidig er det viktig å få fram de spesifikke utfordringene som er relatert til ulike sykdommer. Vi har ikke funnet studier om pårørendes erfaringer med å leve med et familiemedlem som har en inflammatorisk fordøyelsessykdom. Forskningen om pasienter med inflammatorisk fordøyelsessykdom viser at sykdommen innvirker på pasientens psykiske helse og sosiale fungering (Kiebles, Doerfler & Keefer, 2010). En studie har vist at de negative psykiske konsekvensene først og fremst forekommer når sykdommen er i en aktiv fase (Graff, Walker, Clara, Lix, Miller, Rogala et al., 2009). En annen studie, av pasienters syn på informasjonsutveksling med sine partnere, viste at de fleste pasientene ønsket at partneren deres skulle være mer involvert i håndtering av helseproblemene, og mente at en større grad av partnerinvolvering

kunne hjelpe dem med å håndtere sykdommen bedre (Lahat et al., 2014). Lahat et al. (2014) viser i denne studien at partnerens støtte er viktig for den som har inflammatorisk fordøyelsessykdom. En tredje studie av pasienterfaringer viser at pasientene opplever stress knyttet til mange av symptomene som følger sykdommen, eksempelvis diaré, magesmerter, blodig avføring, tretthet og depresjon (Larsson, Löf & Nordin, 2017). Symptomene medførte at pasientene trakk seg bort fra ulike sosiale sammenhenger. På samme måte kan symptomene påvirke partneren.

En studie viser at kronisk sykdom, uavhengig av diagnose, påvirker samlivet og har innvirkning på hvordan partneren håndterer ubalansen mellom å skulle hjelpe og støtte den syke, samtidig som eget liv leves (Houldin, 2007). Det er ikke funnet forskning som tar for seg partnerens opplevelse av å leve med en person med inflammatorisk fordøyelsessykdom. Denne studien bidrar med innsikt i temaet.

Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan partneren opplevde samlivet med en person med inflammatorisk fordøyelsessykdom. Følgende forskningsspørsmål presenteres: Hvilke belastninger opplever partnerne til personer som har inflammatorisk fordøyelsessykdom? Hvordan håndterer partnerne til personer som har inflammatorisk fordøyelsessykdom sin livssituasjon?

## **Metode**

Studien har et kvalitativt design med data innsamlet ved bruk av individuelle samtaleintervju.

### ***Utvalg og rekruttering***

Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle være 30 år eller eldre og partnere til pasienter med enten UC eller MC og ha levd sammen med vedkommende ett år eller lenger. De skulle forstå norsk, men kunne ha utenlandsk opprinnelse. Utvalget hadde ingen tilknytning til interesseorganisasjoner. Fem kvinner og fire menn ble tilfeldig rekruttert mens pasienten var svært syk og innlagt på medisinsk eller kirurgisk avdeling på et universitetssykehus.

### ***Datasamling***

En intervjuguide for samtalen inneholdt sentrale tema og spørsmål om hverdagen med en alvorlig syk partner. Rekkefølgen på temaene og spørsmålene var fleksibel, og i intervjusituasjonen ble rekkefølgen avhengig av hva som fremkom først og sist i samtalen. Alle temaene og opprinnelige spørsmål ble belyst og besvart. Intervjuene varte gjennomsnittlig en time. Fem intervjuer skjedde på et sykehuskontor. To intervju, nummer 1 og 3, skjedde i hjemmet til deltakerne. Disse intervjuene ga tilleggsopplysninger om fysiske utfordringer ved boligen som hadde betydning for hverdagslivet. Det ble lagt vekt på å skape

en god intervjusituasjon, både når intervjuet ble gjennomført på sykehuset, og når intervjuene foregikk i andre omgivelser. To intervju skjedde på telefon, disse var tidsmessig noe kortere enn de øvrige, men informantene delte raskt opplevelser og følelser omkring samlivet med den syke. Deltakerne ga uttrykk for at de opplevde det som positivt å delta i undersøkelsen.

### ***Etikk***

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) godkjente studien. Pasientene ble spurt av personalet på avdelingen om deltagelse. Deltakelse i studien var frivillig. Samtykkeerklæringen med informasjon om studien, ble gitt til pasientene. Partnerne fikk tilsvarende samtykkeerklæring og informasjon til underskrift før intervjuet. Det ble gjentatt muntlig at de kunne trekke seg fra studien uten at det ville få noen konsekvenser. Av forskningsetiske hensyn deltok ikke forfatterne i rekrutteringen av informanter. Ingen av artikkelforfatterne hadde klinisk rolle i avdelingene.

Partnerne kunne være i en sårbar og uforutsigbar situasjon ved at partneren var svært syk og behandlingstrengende. Derfor var det, under presentasjonen av undersøkelsen, inngått avtale om at dersom deltakerne skulle ha behov for å bearbeide intervjudeltakelsen, ville de kunne henvende seg til avdelingene for oppfølging og hjelp. Forespørselen fra avdelingspersonalet kan ha påvirket informantene slik at det har vært vanskelig å takke nei til deltagelse i studien. Det ble lagt vekt på å presisere at deltagelsen var frivilling også ved intervjuets start.

### ***Dataanalyse***

Intervjuene ble utført og tatt opp på bånd av førsteforfatter ultimo 2008. De ble transkribert verbatim. Analysearbeidet startet ved å lytte til partnernes ordbruk og stemmeleie for å vurdere helhetsinntrykket i intervjuene. Det første analyse-trinnet ga oversikt over materialet og mulige tema (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). Sitatene inneholdt meningsbærende enheter som i det andre analysetrinnet ble plassert i en matrise for å skape oversikt over innholdet. Sitatene ble deretter systematisert, kondensert og utviklet til tema (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1: Analysetrinnene

Meningsfull enhet	Kondensert mening	Undertema	Tema
Ja, kommer han til å være i form, liksom? ... Man lærer seg å leve med det mer og mer. Ja, det har hendt noen ganger, men da tar jeg det tilbake, ”Skjerp deg!” se hvor bra du har det egentlig, liksom.	Selv når partneren er dårlig, så går livet sin gang. Hun ser positivt på situasjonen og gjør det beste ut av den.	Å leve med usikkerheten om partnerens uforutsigbare sykdom	Usikkerhet og hjelpeløshet
Ja, mmm, det hadde sikkert vært mer hvis han ikke hadde hatt de plagene for å si det sånn. Eh, det er vel blitt mer at jeg, sukker, har vel akseptert det mer...	Den sykes diaréplager og magesmerter senker hans sexlyst. Dette er et savn for partneren, men hun aksepterer at sykdommen krever sitt.	Lære seg å leve med savnet av intimitet og sex	Savn
Så det at jeg turde ikke gå fra henne, måtte jo bare være der. Jeg fikk noen til å være der, mens jeg var vekke for hunden må jo ut. Og det trenger jeg jagg selv og. Å koble av.	To motstridende temaer hvor partneren passer på den syke ved å være oppmerksom på sykdommens utbrudd. Samtidig har partneren et uttalt behov for å ha tid til seg selv utenfor hjemmet.	En vokterrolle overfor sykdommen og behovet for å ha egne opplevelser.	Holdning til og håndtering av sykdommen og belastningene

Tredje analysetrinn innebar en kondensering av de meningsbærende enhetene. Enhetene kunne kategoriseres i flere undertemaer som dannet grunnlaget for videre analyse (Graneheim & Lundman, 2004). Det fjerde analysetrinn innbar en abstraksjon der grupper av undertema ble sett i sammenheng og ble betegnet med et felles tema. Følgende tema ble identifisert: usikkerhet og hjelpeløshet, savn og holdning til og håndtering av sykdommen og belastningene. Med sitatene som utgangspunkt er systematisk tekstkondenseringsmetode basert på informantenes erfaringer og livsverden (Polit & Beck, 2016). Analysen ble utført av førsteforfatter med innspill fra de øvrige forfatterne i analysetrinnene som førte fram til endelige subtema og tema.

### ***Refleksivitet***

Refleksivitet starter tidlig i forskningsprosessen med forforståelse, utarbeidelse av forskningsspørsmål, konstruksjon av intervjuguide og gjennomføringen av intervjuene, derav refleksjon over mulig oppfølgingsspørsmål til samtalen.

Gjennom utvalgte sitater gis leseren mulighet til å vurdere troverdigheten av forfatterens valgte subtema og tema. Dermed søkes det å presentere en transparent analyse som leseren kan betrakte som troverdig (Tjora, 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

## **Resultater**

Utvalget besto av tilnærmet lik andel kvinner og menn i alderen fra 29 til 71 år. De hadde levd sammen med den syke mellom ett og 20 år. Det var hovedvekt av pasienter med MC i dette materialet.

Informantene fortalte alle om en livssituasjon som i stor grad var preget av sykdommen. Sykdommen grep inn i mange sider av deres tilværelse, og informantene opplevde belastninger på flere områder. Som den videre redegjørelsen viser, ble det gjennom analysen identifisert tre hovedtyper av belastninger. En hovedtype handlet om de personlige belastningene, den andre om de hverdagslige bekymringene som fulgte med å leve tett på og være vitne til situasjonen til en person med en så alvorlig sykdom. Den tredje hovedtypen av belastninger handlet om savn, siden sykdommen var hinder for livets muligheter.

### ***Usikkerhet og hjelpeløshet***

Partnerens sykdom var svært inngripende, førte til store lidelser og fikk helsemessige konsekvenser. For partnerne innebar det en følelsesmessig belastning å leve tett på, følge med på, og observere en person med et så omfattende helseproblem. Det å være vitne til smertene hos partneren, begrensningene og det å bli bundet til hjemmet på grunn av sykdommen, var en stor påkjenning.

En ung kvinne beskriver det slik:

*Det er fortvilende for smertene gjør alt ekstra vanskelig. Det er det som hindrer ham i alt. Disse smertene er det jo veldig vondt å se på. Når han ligger på sofaen og vrir seg i timevis. Smertene er gjerne intense i fire timer i strekk fordi han har vært på toalettet og hatt avføring. Han beskriver det som at det brenner i endetarmen.*

Partnerne ga uttrykk for hjelpeløshet over å være vitne til hvor sterkt sykdommen influerer på kreftene til den syke. En faktor som forsterket følelsen av hjelpeløshet var usikkerhet om sykdomsutviklingen og den stadige trusselen om oppblomstring og forverring av sykdommen. Flere hadde erfaring med svært alvorlige sykdomsutbrudd, noe som ytterligere bidro til hjelpeløsheten. En forteller om partneren at hun har vært innlagt flere ganger på både kirurgisk og medisinsk avdeling: ”Vi var hjemme i stuen her, så ble det hull i magen hennes.

*Så kom det jo ut væske og tarminnhold og you name it. Så da visste vi at det var noe alvorlig galt.”*

De som har levd lenge med en partner med sykdommen, trekker frem både usikkerheten og redselen for å miste partneren. Sykdommens alvorlighetsgrad og det usikre forløpet bidro til dette. Sykdommene er uforutsigbare og endringer skjer gradvis. Partneren hadde lært seg å fange opp signalene på at sykdomsutbrudd var i anmarsj og kjente igjen tegnene på forverring. De fikk en vokterrolle overfor partnerens sykdom. Noen ga uttrykk for at deres syke partner forsøkte å utsette legebekø og sykehusinnleggelse lengst mulig. Den friske partneren var den som måtte kontakte helsevesenet når de mente det var nødvendig.

Alvorlighetsgraden av sykdommen hadde økt etter som årene var gått med gjentatte operasjoner og lange opphold på sykehuset med tarmhvile og intravenøs væske- og ernæringsbehandling. I forbindelse med sykdomsforverringene, har flere opplevd at tankene deres kretser omkring temaet tap og død.

En kvinne opplever det slik:

*... jeg blir veldig redd, mange ganger. Og jeg tenker hvordan skal dette gå? Vi er jo ikke gamle enda, så jeg orker liksom ikke å tenke at, at han kan dø av det. Men det skjønner jeg jo at det kan han, selvfølgelig. Når han er så syk som han er.*

En av mennene forteller:

*Det er klart at jeg tenker på det, senest nå på mandag, når hun ligger på operasjonsbordet, tenker jeg på døden. Det er sannelig tanker jeg må holde for meg selv.*

### **Savn**

En annen side ved belastningen var savn. Savn var et gjennomgående tema, og ulike typer savn ble uttrykt gjennom intervjuene. En type savn var savnet av den friske partneren. Sykdommen preget de syke både når det gjaldt krefter og humør slik at relasjonen mellom den syke og partneren ble endret.

Et utsagn viser tydelig dette savnet:

*Han blir aldri sur, men han blir mye mer vanlig, han spøker ikke på samme måten, som han alltid gjør med meg. Når han er veldig syk, så savner jeg han. Selv om han er der, så er det ikke han.*

Savnet av den friske partneren handlet også om savn av intimitet og sex. Dette ble trukket fram av både kvinnelige og mannlige partnere. En av de kvinnelige informantene svarte slik:



*... det hadde sikkert vært mer hvis ikke han hadde hatt de plagene. Det er vel mer at jeg har vel akseptert det mer, men det er samtidig et savn ... det er sånn at jeg kunne tenkt mer.*

En av de mannlige partnerne gjør et skille mellom nærhet til partneren på den ene siden og sex på den andre siden. Han framhever at det er nærhet mellom dem, men at det er sex som ikke er mulig på samme måte som tidligere.

*Det er nå det som er, med seksuelliv og sånn. Det har blitt litt dårligere. Men nærhet og sånn, det er jo ikke noe problem å få. Men når det gjelder sånn mann og kone opplegg, så er det ikke så greit.*

En annen side ved savnet var savnet av spontanitet og å slippe planlegging. På den ene siden var langsiktig planlegging ikke mulig, på den andre siden planla deltakerne all aktivitet slik at hverdagslivet her og nå ble regulert av detaljplaner. Dette gjaldt både de som hadde levd lenge, og de som hadde levd kort tid med sykdommen. De tenkte tilbake på tiden før sykdom da dette var annerledes. De poengterte at det nå var nødvendig å planlegge for å kunne gjennomføre en aktivitet. Aktiviteter krevde at avstanden til offentlige toaletter var kartlagt på forhånd. Spontanitet i hverdagen var derfor sjeldent. Sykdomsutbrudd kunne skje uten tydelig forvarsel. Sykdommen påvirket det sosiale livet og førte til savn av sosialt fellesskap. Etter mange år med sykdom var vennekretsen blitt mindre, og sosiale sammenhenger med venner blitt færre:

*Vi var veldig aktive tidligere. Men det har avtatt litt. Vi blir jo veldig opptatte av dette. Ja, det er egentlig litt trist. Men det er klart at vi har noen som er der uansett. Du kan si at de som syns det blir vanskelig når det er noe, de ser du ikke så mye nå.*

Det ble uttrykt usikkerhet omkring feiring av familiebegivenheter: «... den usikkerheten er vel egentlig det verste. Vi vet aldri hvordan ferien blir, vi vet aldri hvordan julen blir.»

Flere la vekt på at muligheten til å delta i sosiale sammenhenger også ble redusert på grunn av at de ofte ikke turte gå fra den syke når sykdomssituasjonen var ustabil.

I tillegg til at muligheten for sosialt fellesskap ble redusert på grunn av sykdommen, framhevet noen av informantene at karakteren av det sosiale fellesskapet hadde endret seg på grunn av sykdommen. Dette påpekte særlig to av de mannlige partnerne. De ønsket et sosialt fellesskap uten at sykdommen skulle være gjenstand for oppmerksomhet og ønsket ikke å bruke venner til å drøfte sykdommen og belastningene ved denne. Samtidig opplevde de at mange var opptatt av den syke og at det sosiale fellesskapet nettopp derfor ble preget av sykdommen.

### ***Holdning til og håndtering av sykdommen og belastningene***

Samtidig som deltakerne la vekt på at sykdommen medførte omfattende belastninger, uttrykte alle en holdning til den syke, sykdommen og belastningene som viste lojalitet og vilje til å fortsette forholdet og støtte den syke partneren. De gav uttrykk for at de hadde akseptert sykdommen. De uttrykte en forpliktende holdning overfor den syke. I studien framgikk det ingen forskjell blant informantene når det gjaldt holdning til sykdom og belastningene avhengig av om de hadde levd kort eller lenge med sykdom. Samtidig som partnerne ga uttrykk for bekymring og savn, viste de alle forståelse for partnerens situasjon og for konsekvensene som fulgte av sykdommen.

Når det gjaldt håndteringen av bekymring og savn, var det felles for deltakerne at de la vekt på at de ikke ville beklage seg over hvordan samlivet hadde utviklet seg. De mente de taklet livet til tross for belastningene med usikkerheten og savnet. De fleste håndterte usikkerheten og savnet ved at de holdt dette for seg selv. Med noen unntak, delte de erfaringene hverken med partneren eller andre.

Noen skjulte bekymringene og savnet for den syke partneren. En begrunnelse for dette var at de ikke ønsket å øke belastningen for den syke. De unngikk å omtale hva de ikke lengre kunne gjøre sammen eller alene. En av kvinnene fortalte om hvordan hun la planer på en slik måte at mannen ikke skulle føle at hun var nødt til å ta urimelig mye hensyn til ham:

*Det er klart det hindrer mye, men jeg avlyser ting når jeg ser at han er dårlig. Uten at jeg sier det til ham at jeg hadde planer, for jeg vil ikke at han skal føle noen dårlig samvittighet. Han vil at jeg skal gå.*

### **Diskusjon**

Hensikten med studien var å undersøke hvordan partneren opplevde samlivet med en person med inflammatorisk fordøyelsessykdom, hvilke belastninger de opplevde, og hvordan de håndterte disse. Samlivet mellom en frisk og en alvorlig, kronisk syk partner blir i stor grad preget av sykdommen. Konsekvensen av sykdommen for partneren var derfor omfattende og innvirket på mange områder. Det var en stor følelsesmessig belastning å få så nært kjennskap til og innsikt i de omfattende konsekvensene av sykdommen, og oppfølgingen av disse. Belastningene ble relatert til usikkerhet ved den uforutsigbare sykdomsutviklingen, og den vokterollen som partneren derfor tok på seg overfor den syke. Savn og forsakelser var en konsekvens av sykdommen. Savnet ble både relatert til de betydelige endringene som sykdommen hadde for parrelasjonen og for felles sosialt liv. Felles for deltakerne i denne studien var imidlertid at de mente at de mestret situasjonen med en alvorlig syk partner, men at de hadde få å dele sine bekymringer med.

### ***Belastning***

Forskning har gjennom mange år vist at det kan følge omfattende belastninger både av psykisk, sosial og økonomisk karakter ved rollen som pårørende til et familiemedlem med store helseproblemer. Dette gjelder for pårørende til pasienter med ulike kroniske sykdommer (Golics et al., 2013).

På samme måte som i vår studie, så har studier av situasjonene til pårørende til personer med demenslidelser vist til følelsesmessige belastninger som dreier seg om tap og sorg (Meuser & Marwit, 2001). Dette er vel kjent og akseptert når det gjelder pårørende til pasienter i siste livsfase og etter dødsfall. Imidlertid er det etter hvert en økende erkjennelse av at omsorgspersoner kan oppleve sorg- og tapsreaksjoner også når personen med helseproblemene ikke er i en definert, palliativ fase (Meuser & Marwit, 2001). De intellektuelle og følelsesmessige konsekvensene som kan følge av stadig endret situasjon for det syke familiemedlemmet, kan gi taps- og sorgreaksjoner hos pårørende (Meuser & Marwit, 2001; Sanders & Corley, 2003). Denne type sorgopplevelse kjennetegner også opplevelsene hos partnerne til pasienter med inflammatorisk fordøyelsesykdom.

### ***Sorg over tap***

Et symbolsk interaksjonistisk perspektiv på sorg vil fremheve samspillet mellom partneren og den syke og partnerens forhold til den syke som medvirkende til sorg (Charmaz, 1980). Sorg kan her forstås som den subjektive, følelsesmessige reaksjon på tap med påfølgende psykiske, fysiske og sosiale manifestasjoner (Charmaz & Milligan, 2006). Endringer hos den syke partneren - som en signifikant andre - vil påvirke den friske partnerens identitet, relasjoner og sosiale roller. Det er derfor ikke bare tapet relatert til reduserte muligheter for den syke personen, som bidrar til sorgen, men også tapet av aspekter i eget liv og hverdagsliv (Valentine, 2008). Store helseproblemer hos signifikante andre kan medføre tap av selvbilde og tap i identitet som ble skapt og utviklet i samhandlingen mellom partnerne (Charmaz, 1980; Valentine, 2008). I dette perspektivet vil sorg som følge av helsesituasjonen kreve endring av både selvet og hverdagslivet til den friske partneren. Sorgen vil formes av personens tolkninger og definisjoner av tapet og situasjonen (Valentine, 2008; Rosenblatt, 1988).

Opplevelsene av tap og sorg kan preges av typiske tegn ved det spesifikke sykdomsforløpet som kjennetegner en inflammatorisk fordøyelsessykdom. Tap og sorg kan også handle om de følelsesmessige belastningene det er å leve nært med og til daglig å måtte ta inn over seg situasjonen til en svært alvorlig syk person med store hjelpebehov. Vi har sett at dette var særlig belastende for informantene. Betegnelsen hjelpeløshet er i andre sammenhenger brukt for å beskrive denne type sorg og følelsesmessige belastninger partneren kan ha når de lever tett på familiemedlemmer med smerte og store plager uten å ha mulighet

til å lindre og hjelpe. Dette er vist også å gjelde partnere til personer med ulike kroniske sykdommer (Baanders & Heijmans, 2007; Bove et al., 2016), det vil si en omsorgsgiversorg (Meuser & Marwit, 2001), som også vil kunne være beskrivende for partnere til personer med inflammatorisk fordøyelsessykdom.

I tillegg til belastningene relatert til denne type savn- og sorgreaksjoner, kommer belastningene ved tap av parets felles gjøremål og aktiviteter. Disse tapene dreier seg om endringer i den nære relasjonen mellom partnerne og kan betegnes som relasjonelle tap. Det relasjonelle tapet vil preges av mange forhold; samfunnsmessige føringer, karakteren av relasjonen mellom partnerne (Charmaz & Milligan, 2006), situasjonen og ressursene til hver av partnerne, deres fortolkninger og håndteringene av tapet og mulighet for støtte (Jakoby, 2012), samt sykdommens karakter. Sorg som følge av tap av den intime relasjonen kan være typisk for denne type sykdom som er tema her. Men denne type savn kan også være typisk for andre partnergrupper. Andre studier om partnere til personer med kroniske lidelser generelt fremhevet tap av den intime relasjonen som en negativ konsekvens av sykdommen (Golics et al., 2013). En svensk studie har gitt grunn for å framheve at særlig kvinnene midt i livet har et behov for å bli elsket som ektefelle, og ikke kun være omsorgsgiver (Eriksson & Svedlund, 2006). I vår studie var det ingen grupper som skilte seg ut på dette området. Både kvinner og menn uttrykker savn av sex og nærhet.

### ***Sosialt samvær og mangel på spontanitet***

Det relasjonelle tapet vil også handle om tap av sosialt liv sammen med partneren. Vi har her sett at spontanitet var begrenset fordi rutiner og planlegging av gjøremål overtok og var avgjørende for å kunne gjennomføre reiser, utflukter eller sosiale tilstelninger. Også dette er vist i andre studier om partnere til personer med kroniske lidelser generelt (Eriksson & Svedlund, 2006). Tid sammen med venner og bekjente kan bli begrenset ved at den sykes tilstand er til hinder for sosialt samvær (Eriksson & Svedlund, 2006). Partnere til personer med hjertelidelser opplever usikkerheten som sykdommen fører med seg som en begrensende faktor (Mahrer-Imhof et al., 2007). En annen studie av konsekvenser av kronisk sykdom generelt, påpeker at følelsesmessig stress og negative tanker omkring sykdommen kan begrense partnerens sosiale liv (Rees, Boyle & MacDonagh, 2001). Her har vi sett at selve sykdommen og de negative følgene av den, var en helt sentral faktor som gjorde felles sosialt liv vanskelig.

### ***Behov for tid til seg selv***

Imidlertid har vi sett at deltakerne la vekt på behov for tid til seg selv, enten i form av arbeid eller andre aktiviteter, for dermed å ha styrke til å mestre dagliglivet. En studie av omsorgsgivere til pasienter med kreft kan tyde på at de som har et etablert sosialt nettverk og aktiviteter utenfor hjemmet, i større grad kan tilpasse seg situasjonen med en hjelpetrequende partner (Grov, Dahl, Fosså,

Wahl & Moum, 2006; Furlong & Wuest, 2008). Vi har sett at dette er noe partnerne selv framhevet som viktig for dem, og noe de derfor selv tok hensyn til og forsøkte å legge til rette for.

### ***Vokterrollen og forpliktende holdninger overfor partneren***

I tillegg inntar partneren en vokterrolle. Det vil si at de opplever forventninger om å måtte følge med og passe på partneren på grunn av de stadige endringene i sykdomsforløpet. Også belastninger ved vokterrollen kan sees på som en konsekvens av eller relateres til ”omsorgssorgen”, men kan best forstås som en annen dimensjon ved partnerens situasjon. Vokterrollen som her er beskrevet, handler om belastninger knyttet til påpasselighet og årvåkenhet overfor endringer i pasientens sykdomssituasjon. Det samme er vist for pårørende til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (Bove et al., 2016). Vokterrollen har elementer og oppgaver i seg som oftest vil tillegges helsepersonell. Ikke alle pårørende vil ta på seg eller oppleve forventninger om en vokterrolle i like stor grad. Det er rimelig å anta at vokterrollen vil være typisk og gjøre seg gjeldende først og fremst for partnere til mennesker med sykdomsforløp som hurtig kan endres i en alvorlig retning. Partnerne har nært kjennskap til sykdommen og nyansene i denne. De ser den syke partneren som bor hjemme og tolker forandringer lettere enn helsepersonell som ikke ser den syke personen daglig. Denne evnen til å oppfatte forandringer gjelder partnere til både personer med inflammatorisk fordøyelsessykdom og kronisk obstruktiv lungesykdom og andre personer med sykdommer som har et forløp som hurtig kan endres i negativ retning. Ved å være tilgjengelig for både den syke og partneren og ved å formidle kunnskap og innsikt i sykdommen og sykdomsforløpet, kan helsepersonell spille en viktig avlastende rolle overfor partneren på dette området.

### ***Forpliktelse og stolthet***

Vi har her sett at partnerne uttrykte aksepterende og forpliktende holdninger overfor den syke som også innebar ønske om å fortsette samlivet. Det samme er vist i andre studier både av partnere til pasienter med kronisk sykdom generelt og i studier av partnere til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (Baanders & Heijmans, 2007; Bove et al., 2016). En studie av partnere til pasienter med hjertesykdom (Dalteg, Benzoin, Fridlund & Malm, 2011) og studie av omsorgsbyrde for pårørende generelt (Savundranayagam, Montgomery & Kosloski, 2011) har vist at det å klare de daglige belastningene kan oppleves som en kilde til stolthet på tross av tap og sorg. Partnerne kan tilpasse seg situasjonen med en alvorlig syk partner og kan lære seg å leve med sykdommen. Det er her viktig å være oppmerksom på at vår studie har et relativt lite utvalg som er valgt ut ved selvseleksjon, og at det nettopp kan være partnere som opplever denne type aksepterende og forpliktende holdninger til den syke partneren på tross av tap og sorg, som vil melde seg som deltakere i denne type studier. Det kan imidlertid være en styrke ved denne studien at det er representert

partnere i ulike aldre og som har partnere som har hatt sykdommen over både kortere og lengre tid. Det kan derfor antas at data fra denne studien kan gi tilfang av kunnskap med overføringsverdi til partneres samliv også for andre pasientgrupper.

### ***Konsekvenser for praksis og behov for videre forskning***

Kunnskap om livssituasjon og behov til partnere som lever med en kronisk syk partner kan være viktig for helsepersonell for å forstå situasjonen til partneren. Da er det viktig å ha kunnskap om hvordan den spesifikke sykdommen påvirker parrelasjonen og belastningene for partneren på ulike områder. Denne kunnskapen er nødvendig for å kunne forebygge urimelig belastning for partnerne i sykdomsforløpet og behandlingsperioden.

Vi har også sett at de konsekvensene for partnerne som vi her har belyst, er påvist i andre studier av pårørende til andre grupper. Kroniske sykdommer kan påvirke pårørende negativt på mange ulike måter, uavhengig av hvilken sykdom det er snakk om, både økonomisk, følelsesmessig og sosialt (Golics et al., 2013). Det kan likevel være at denne type sykdom skaper spesielle utfordringer for partneren og samlivet. Det er behov for flere studier både av et bredere utvalg av pårørende og partnere til denne pasientgruppen. Det er også nødvendig med studier som følger partnere og pårørende over tid og studier som sammenligner denne pårørendegruppen med andre pårørendegrupper. Denne studien bidrar med innsikt i og kunnskap om partnerens opplevelse av å leve sammen med en person med inflammatorisk fordøyelsessykdom, og hvilke konsekvenser sykdommen får for flere aspekter av hverdagslivet.

### **Konklusjon**

Funnene fra vår studie er unike ved at de får fram ny kunnskap om situasjonen til partnere til denne pasientgruppen. Kunnskapen som har fremkommet, gjelder konkretisering av de store konsekvensene sykdommen får for partnerne. Vi har sett at sykdommen skaper begrensinger når det gjelder sosialt liv og påvirker relasjonen mellom partnerne. Partneren får et utvidet ansvar og en vokterolle overfor den syke. Partnerne kan oppleve sorg på grunn av begrensinger som sykdommen medfører for deres mulighet til eget sosialt liv og på grunn av de store begrensingene de ser at sykdommen medfører for den som er rammet.

### **Litteratur**

- Aggar, C. (2016). Determinants of the caregiving experience. *JARNA*. 19(3):6-13 ISSN: 1440-3994 (OCLC no. 222325722)
- Baanders, A.N. og Heijmans, M.J.W.M. (2007). The Impact of Chronic Diseases. The partner's perspective. *Fam Community Health*. 30(4):305-17. <https://doi.org/10.1097/01.FCH.0000290543.48576.cf>

- Bove, D.G., Zakrisson, A-B., Midtgaard, J., Lomborg, K., og Overgaard, D. (2016). Undefined and unpredictable responsibility: a focus group study of the experiences of informal caregiver spouses of patients with severe COPD. *J Clin Nurs*. 25:483-493. <https://doi.org/10.1111/jocn.13076>
- Charmaz, K. (1980). *The Social Reality of Death*. Philippines: Addison-Wesley Publishing Co.
- Charmaz, K., og Milligan, M.J. (2006). Grief. In: Stets, J.E. og Turner, J.H. (red) *Handbook of the sociology of emotions*. New York: Springer; p. 516-43. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2\\_23](https://doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2_23)
- Dalteg, T., Benzein, E., Fridlund, B., og Malm, D. (2011). Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.01.006>
- Elo, S. og Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Eriksson, M. og Svedlund, M. (2006). "The intruder": spouses' narratives about life with a chronically ill partner. *J Clin Nurs*. 15:324-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01290.x>
- Furlong, K.E., og Wuest, J. (2008). Self-care behaviors of spouses caring for significant others with Alzheimer's disease: the emergence of self-care worthiness as a salient condition. *Qual Life Res*. 18(12) <https://doi.org/10.1177/1049732308327158>
- Golics, C. J., Basra, M. K. A., Salek, M. S., og Finlay, A. Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *Int J Gen Med*, 18 (6):787-98. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S45156>
- Graff, L. A., Walker, J. R., Clara, I., Lix, L., Miller, N., Rogala, L., Rawsthorne, P., og Bernstein, C. N. (2009). Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *Am J Gastroenterol* 104(12): 2959-2969. <https://doi.org/10.1038/ajg.2009.529>
- Graneheim, U.H., og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24:105-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grov, E.K., Dahl, A.A., Fosså, S.D., Wahl, A.K., og Moum, T. (2006). Global quality of life in primary caregivers of patients with cancer in palliative phase staying at home. *Support Care Cancer*. 14:943-51. <https://doi.org/10.1007/s00520-006-0026-9>
- Harlan, W.R., Meyer, A., og Fisher, J. (2016). Inflammatory Bowel Disease: Epidemiology, Evaluation, Treatment, and Health Maintenance. *NCMJ*.;77(3):198-201. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.3.198>
- Helder, D.I., Kaptein, A.A., Van Kempen, G.M.J., Weinman, J., Van Houwelingen, J.C., og Roos, R.A.C. (2002). Living with Huntington's Disease: Illness Perceptions, Coping Mechanisms, and Spouses' Quality

- of Life. *International Journal of Behavioral Medicine*. (1):37-52.  
[https://doi.org/10.1207/S15327558IJBM0901\\_03](https://doi.org/10.1207/S15327558IJBM0901_03)
- Helseinfo. (2015). Crohns sykdom et stort problem i Norge [oppdatert 15.12.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.helseinfo.no/crohns-sykdom>
- Houldin, A.A. (2007). Qualitative Study of Caregivers' Experiences With Newly Diagnosed Advanced Colorectal Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 34(2):323-30. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.323-330>
- Jakoby N.R. (2012). Grief as a social emotion: Theoretical perspectives. *Journal of Death Studies*. 36:679-711.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584013>
- Kiebles, J. L., Doerfler, B., og Keefer, L. (2010). Preliminary evidence supporting a framework of psychological adjustment to inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 16(10): 1685-1695.  
<https://doi.org/10.1002/ibd.21215>
- Lahat, A., Neuman, S., Eliakim, R., og Ben-Horin, S. (2014). "Partners of patients with inflammatory bowel disease: how important is their support?" *Clinical and Experimental Gastroenterology* (7): 255-259.  
<https://doi.org/10.2147/CEG.S62173>
- Larsson, K., Löf, L., og Nordin, K. (2017). Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: a qualitative descriptive study. *J Clin Nurs* 26(5-6): 648-657.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13581>
- Luttik, M.L., Blaauwbroek, A., Dijker, A., og Jaarsma, T. (2007). Living with heart failure. Partners' Perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 22(2):131-7. <https://doi.org/10.1097/00005082-200703000-00010>
- Mahrer-Imhof, R., Hoffman, A., og Froelicher, E.S. (2007). Impact of cardiac disease on couples' relationships. *Journal of Advanced Nursing*. 57(5):513-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04141.x>
- Meeto, D. (2008). Chronic diseases: the silent global epidemic. *British Journal of Nursing*. 17(21):1320-5.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.21.31731>
- Meuser T.M. og Marwit, S.J. (2001). A Comprehensive, Stage-Sensitive Model of Grief in Dementia Caregiving. *The Gerontologist*. 41(5):658-70.  
<https://doi.org/10.1093/geront/41.5.658>
- Polit, D.F. og Beck, C.T. (2016). (ed) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rees, J., O'Boyle, C., og MacDonagh, R. (2001). Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *J R Soc Med*. 94 (11):563-6. PMC1282240
- Reime, M.H. (2013). Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer. I Knustad, U. (red) *Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3*. 2utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; p. 277-388.
- Rolland, J.S. (1994). In sickness and in health: the impact of illness on couples' relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*. 20(4):327-47.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1994.tb00125.x>



- Rosenblatt, P.C. (1988). Grief: The social context of private feelings. *Journal of Social Issues*. 44(3):67-78.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02077.x>
- Sanders, S., og Corley, C.S. (2003). Are They Grieving? A Qualitative Analysis Examining Grief in Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Social Work in Health Care*. 37(3):35-53.  
[https://doi.org/10.1300/J010v37n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J010v37n03_03)
- Savundranayagam, M.Y., Montgomery, R.J.V. og Kosloski, K. A. (2011). Dimensional Analysis of Caregiver Burden among Spouses and Adult Children. *The Gerontologist*. 51(3):321-31.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnq102>
- Shirai, Y., Koerner, S.S., og Kenyon, D.Y.B. (2009). Reaping caregiver feelings of gain: The roles of socio-emotional support and mastery. *Aging & Mental Health*. 13(1):106-17.  
<https://doi.org/10.1080/13607860802591054>
- Skagestad, T., Grov, E.K., og Øritsland, E. (2008). Hva med meg, da?: når partneren blir syk. Oslo: *Noras ark*. 126 p.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Valentine, C. (2008). *Bereavement narratives: Continuing Bonds in the Twenty-First Century*: Routledge
- Wyller, V.B. (2014). Fordøyelsesorganene. Sykdommer i fordøyelseskanalen, spyttkjertlene, bukspyttkjertelen og galleveiene. I Wyller V.B. (red). *Syk*. 3 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

# Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

**Nordisk Tidsskrift for Helseforskning** er et fagfelle-vurdert vitenskapelig tidsskrift for helseforskere i Norge og Norden. Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler og essays, og fagartikler.

**Nordisk Tidsskrift for Helseforskning** ønsker å formidle relevant og interessant kunnskap med tydelig klinisk profil som er anvendelig for helsepersonell i praksis så vel som teori.

Tidsskriftet publiserer artiklene på et skandinavisk språk; norsk, svensk eller dansk.

Nord universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap står som utgiver av tidsskriftet, i samarbeid med UiT - Norges arktiske universitet.

Tidsskriftet kommer ut med to nummer i året. Første utgivelse var februar 2005.

Velkommen som leser og forfatter i **Nordisk Tidsskrift for Helseforskning**.