



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	490
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Et siste glass på sykehjemmet?
Antall ord *:	8999

Egenerklæring *: Ja Nei
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Ja Nei

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
uitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Et siste glass på sykehjemmet?

A final drink at the nursing home?

Kandidatnummer: 490

Bachelor i sykepleie

Institutt for Helse- og Omsorgsvitenskap

Antall ord: 8999

Innleveringsdato: 28. april, 2022.

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet*.

Background: Alcohol consumption amongst elderly people is increasing, and older people may want to bring their alcohol habits into their life at nursing homes. Because of physiological changes and use of multiple medications, elderly people are much more exposed to the adverse effects of alcohol. At the same time use of alcohol is regarded a private matter in Norway, and health professionals find it difficult to discuss alcohol consumption with their patients. The topic is often not raised before elderly people become residents at nursing homes, and different approaches to the phenomenon may cause different healthcare and insecurity amongst nurses when exposed to the subject.

Aim: To investigate health professionals' and patients' experiences and reflections about alcohol consumption in nursing homes. To investigate to what extent health professionals' may interfere patients' alcohol consumption and at the same time respect their autonomy, when the use of alcohol could lead to health damage or difficult behavioral issues in the nursing home.

Method: Literature study. Systematic literature search in Cinahl, Idunn.no, MEDLINE. Manual search in Google scholar for one study a case-study found in the systematic search was based on. Four studies regarding alcohol consumption amongst nursing home patients is analysed and the results are held up against a study of characteristics of Norwegian nursing home patients.

Results: Alcohol and drug use amongst elderly is relative normal, and the phenomenon is increasing. Facilitation of alcohol serving in nursing homes is validated from a belief that this may increase patients' quality of life and give pleasure. Negative interactions with medications cause pharmacological challenges for health professionals, and the patients' themselves. There is little focus on drug use and alcohol consumption in the education program for nurses. Health professionals' knowledge about the phenomenon is often developed after working with patients who drink or use drugs. Overmedication and incorrectly treatment with addictive medication is relatively normal. Alcohol use is regarded a private matter, and health professionals' find it hard to discuss the subject with patients. People's alcohol consumption and attitudes and beliefs about the subject varies. Lack of early identification of alcohol and drug use causes challenges when patients are admitted to nursing homes.

Conclusion: Patient autonomy and participation in developing their own health service is strongly emphasized in Norway. Patient participation in developing their own health services based on their own individual desires and needs, also contributes to extensions of health professionals' responsibilities and tasks. Facilitation of alcohol serving and use in nursing homes is resource-intensive, and the consideration of prioritizing other needs in health services will appear. An important task for nurses will be to document complications, use of resources, health benefits and risks of alcohol use to enlighten this debate, increase their competence in alcohol and drug related health issues, and validate and respect patient autonomy.

Keywords: *Alcohol consumption, drug use, geriatrics, ageing, autonomy, patient participation, nursing home patients.*

ETT BLOSS FÖR MOSTER LILLIE

Vi som lever

Är bara de döde på semester

Nån sorts sommargäster

Så

Ta ett bloss för moster Lillie

Ett halsbloss & ett glas rött

Ett bloss för moster Lillie för moster Lillie har dött

Hon gick bort i strumpor med sömmer

& odödliga rockn'rolldrömmar

Hon gick bort till någonstans –

Somewhere för att det fanns

En korsning med inbromningsspår i

Ifrån West Side Story

Så

Sätt dig på hennes gravsten

& dingla med dina smalben

Minns skymten av hennes lår

När du var tretton år

Hon hatade regler & tjat

& ord som hata og tjat

Så

Ta ett bloss för moster Lillie

Lucky Strike & ett stort glas rött

Ett halsbloss för moster Lillie

För lyckliga Klillie har dött

Hon gick bort i vingliga klackar

I slippriga uppforsbackar

Hon sa hon var fyrtitvå

Sånt ändrar man inte på
Så
Fimpa på hennes årstal
Låt Waits hålla hennes bårtal
&låt henne gå när hon går
Till Singapore
& minns alla bloss hon gav
& aska på hennes grav
På Alla helgons dag
Så
Ta ett blossom – ett fullt glass rött
& skåla för Lucky Lillie som gått nästan & dött
& minns hennes slitsade kjol
Parfymerna mysk kaprifol
& ringen från Samarkand
& svarta behåband
Minns bourbon og billigt vin
Minns doften av bränd bensin
& minns alla bloss hon gav
& dansa på hennes grav
På Alla hjärtans dag
Så Ta ett blossom for moster Lillie låt glöden inte dö
Ett svivande halsbloss Lucky Strike
For att hon måste dö
Hon gick bort med sin walkman på
Dit icke hon går at nå
Hon tog sitt Downtown Train
Till Prince i Purple Rain

Bodil Malmsten, (1988, s. 9-10).

Innhold

1.0.	Innledning.....	1
1.1.	Presentasjon av tema	1
1.2.	Bakgrunn for valg av tema	2
1.3.	Hensikt med oppgaven	2
1.4.	Problemstilling.....	3
1.5.	Avgrensinger og begrepsavklaringer.....	3
2.0.	Teori	4
2.1.	Innledning	4
2.2.	Benner og Wrubels sykepleieteori.....	4
2.3.	Autonomi	6
2.4.	Eldre og bruk av rusmidler	6
2.5.	Faglig forsvarlighet.....	7
2.6.	Sykehjemspasienten.....	8
2.7.	Brukermedvirkning.....	8
3.0	Metode.....	9
3.1.	Innledning	9
3.2.	Beskrivelse av metode	9
3.3.	Søkehistorikk	9
3.4.	Metodekritikk	10
3.5.	Kildekritikk.....	11
4.0.	Resultat.....	11
4.0.1.	Artikkel 1	11
4.0.2.	Artikkel 2.....	12
4.0.3.	Artikkel 3.....	13
4.0.4.	Artikkel 4.....	14
4.0.5.	Artikkel 5.....	15
4.1.	Oppsummering av resultat.....	16
5.0	Drøfting	17
5.1.	Autonomi. Sjef i eget liv.....	17
5.2.	Faglig forsvarlighet. Likt for alle?.....	21
5.3.	Konklusjon.....	23
6.0	Referanser.....	25
7.0	Vedlegg	29
7.1.	Søketabeller med utfyllende kommentarer.....	29

Søk 1: Cinahl database 09.03.2022.	29
Søk 2: MEDLINE database 09.03.2022.	30
Søk 3: Idunn database 16.02.2023.....	31
Søk 4: Manuelt søk i google scholar. 09.03.2022	32
7.2. Artikkelmatrise 1	32
7.3. Artikkelmatrise 2	35
7.4. Artikkelmatrise 3:	37
7.5. Artikkelmatrise 4	39
7.6.. Artikkelmatrise 5	42
7.7. Sjekkliste artikkel 1: Flesland (2014).....	44
7.8.a. Sjekkliste for Burruss m.fl. (2015) Mixed Method. Kvantitativ/prevalens og kvalitativ studie.....	49
7.8.b. Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie, artikkel 2, Burruss, m.fl. (2015)	53
7.9. Sjekkliste for artikkel 3. Johannesen m.fl. Case-studie	59
7.10. Sjekkliste for artikkel 3, Johannesen m.fl. kvalitativ studie.	65
7.11. Sjekkliste for artikkel 5, Henriksen m.fl. (2015).	71

1.0. Innledning

1.1. Presentasjon av tema

Det blir stadig flere eldre som bruker rusmidler og behovet for kompetanse om rus er økende i eldreomsorgen. Alkoholkonsumet i Norge er høyere enn noen gang, og ca. 90% av den voksne populasjonen i Norge bruker alkohol i ulike sammenhenger (Lossius, 2018, s.477).

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at 45% av befolkningen mellom 67 og 79 år drikker alkohol ukentlig eller oftere, mens 3% i samme aldersgruppe drikker mer enn seks enheter ved samme anledning, ukentlig eller oftere (SSB, 2021). Alkoholbruk kan være forbundet med kos og sosialt liv, eldre er mer vant med alkohol, og en bør ta høyde for at en tar med seg etablerte drikkevaner inn i alderdommen. I 2016 åpnet Manglerudhjemmet i Oslo en pub for sine beboere, og dette fikk mye positiv oppmerksomhet i media (NRK, 2016, 28,40-33,50).

Det ble lagt stor vekt på det helsefremmende aspektet ved å skape en sosial arena ved sykehjemmet, samt å fjerne institusjonspreget. Målet var å bidra til normale aktiviteter og opplevelser som speiler et normalt friskt liv ute i samfunnet. Alkoholbruk kan også ha andre årsaker som f.eks. ensomhet og isolasjon, og være forbundet med trøst. Store livsendringer som tap av partner, nettverk, samt en pensjonisttilværelse uten faste rutiner som en jobb å fylle dagen med, kan føre til psykiske vansker. Effekten av medikamenter og alkohol kan bidra til å dempe psykiske vansker forårsaket av ensomheten (Flesland, 2014, s.49).

Alkoholbruk er sett på som et svært privat anliggende, og er tett knyttet opp mot autonomi og integritet (Johannesen et. al., 2021, s. 1835; Flesland, 2015, s.48-49). Alkoholbruk kan også være tabubelagt, noen en ønsker å holde skjult, og forbundet med skam. Grensene for hva som kan kalles alkoholmisbruk eller alkoholbruk er glidende og ulike personer har forskjellige oppfatninger rundt dette.

Eldre (67-79 år) bruker også mer vanedannende og reseptbelagte legemidler enn tidligere viser tall fra SSB (2021). SSB fører ikke statistikk om medikamentbruk for personer som er eldre enn denne aldersgruppen, og behovet for forskning på rusbruk blant de aller eldste er økende med lengre levealder. Forventet levealder i Norge oppgis til 84,73 år for kvinner, og 81,59 år for menn (SSB, 2021). Forventet levealder øker jo eldre personer blir. Kvinner og menn som er 80 år i 2021, forventes henholdsvis å bli 90,09 år og 89,74 år (SSB, 2021).

Stigende alder gir økt hyppighet av sykdom, og stadig flere tilstander behandles med legemidler. Dette fører til at mange eldre behandles for flere sykdommer og tar mange legemidler samtidig (Ranhoff & Engh, 2020, s. 185). Ulike legemidler og alkohol interagerer og påvirker effekten av hverandre. Johannesen et al. (2021, s. 166) hevder at det kan være

utfordrende å ha fullstendig oversikt når pasienter styrer sitt eget alkoholinntak, og pårørende forsyner pasientene med alkohol. Normale aldersforandringer påvirker både absorpsjonen, fordelingen, effekten og utskillingen av legemidler (Ranhoff & Engh, 2014, s. 186). Det samme gjelder for alkohol, og følsomheten for disse substansene øker med stigende alder. St.meld. nr.15, (2017-2018) «Leve hele livet», legger opp til at befolkningen skal bo lengre hjemme og få nødvendig helsehjelp der. En følge av dette er at pasientene som i dag får plass på sykehjem ofte er svært syke med sammensatte sykdomsbilder, og har kraftig redusert funksjonsevne. Henriksen, et. al., (2015, s.134) viser til at 81% av sykehjemspasienter har en demenslidelse, og 72% klinisk signifikante psykiatriske og adferdsmessige symptomer.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleiestudiet har jeg hatt praksis ved en sykehjemsavdeling for pasienter med rus og psykiatrilidelser der en har hatt stort fokus på alkohol og rusbruk. Jeg har også hatt praksis ved somatiske sykehjemsavdelinger der enkelte pasienter har alkohol på rommene sine som de inntar regelmessig. Komplikasjoner som økt fallfare, uttalt endring i kognitiv status, delir, og forsterket virkning av legemidler har jeg observert hos pasienter ved begge typer avdelinger. Når hendelsene har blitt evaluert i ettertid har en ikke kunnet utelukke at inntak av alkohol sammen med administrerte legemidler kan være årsaken. Jeg har sett pasienter ved de ulike avdelingene som har tilnærmet likt konsum av alkohol og reseptbelagte legemidler, men pasientene har blitt behandlet forskjellig og rusbruken har blitt problematisert ulikt, avhengig av hvilken avdeling pasientene er plassert på. En refleksjon jeg har gjort meg er at hvilken avdeling pasienter kommer på og hvilken kompetanse disse blir møtt med, kan handle mer om at pasientene har en krevende adferd som forbindes med rusbruk, enn faktisk inntak av rusmidler. Min praksis ved sykehjem har hittil utelukkende vært i Sunnhordaland. Når jeg ser oppslag i media som f.eks. innslaget fra Manglerudhjemmet, eller besøker familie på sykehjem i Oslo, opplever jeg store kulturelle og geografiske forskjeller rundt tilgjengelighet og holdninger til alkoholkonsum i eldreomsorgen, sett opp mot egne erfaringer fra Vestlandet.

1.3. Hensikt med oppgaven

Målet med denne oppgaven vil være å belyse og drøfte sykepleiefaglige utfordringer som kan oppstå når pasienter ved sykehjem inntar rusmidler. Jeg ønsker å finne forskning som forteller om sykepleiere i sykehjem sine erfaringer med eldre, rusmiddelbruk og hjelpebehov. Hvilke faktorer veies opp mot hverandre når man som sykepleier gjør faglige og etiske vurderinger knyttet til pasienters rusbruk? Bør sykepleiere bidra til å regulere og kontrollere pasienters bruk av rusmidler, og hvordan stiller dette seg opp mot pasienters selvbestemmelsesrett,

verdighet og integritet? Ivaretagelse av pasienters autonomi er nedfelt i norsk lovverk (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). På den andre siden står kravet om at helsepersonell skal yte faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Begrepet helsehjelp definert som forebyggende og helsebevarende etter Pasient og brukerrettighetslovens §1-3, (1999), kan tolkes som å forebygge komplikasjoner og helseskader knyttet til bruk av f.eks. alkohol og legemidler. Dette kan være fall, interaksjoner med medisiner, eller uheldig rusadferd. En kan også tolke det som et forsøk på å skape et mest mulig normalt liv for beboerne i sykehjem, der en fasiliterer alkoholserving i f.eks. en sykehjems-pub som et sosialiserende tiltak, som et forsøk på å fjerne institusjonspreget for beboerne. En kan argumentere for at begge deler er faglig forankret, samtidig som tilnærmingene kan virke motstridene. Likevel trenger ikke det ene å utelukke det andre, og oppgaven vil ta utgangspunkt i hvordan man i Norge som sykepleier navigerer i dette feltet for å ivareta sykehjemspasienters autonomi og verdighet.

1.4. Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere ivareta eldre pasienter som bruker rusmidler i sykehjem sin medbestemmelsesrett og autonomi, når deres ønsker og valg bryter med hva en som sykepleier finner faglig forsvarlig?»

1.5. Avgrensinger og begrepsavklaringer

Eldre: -En vil i oppgaven definere eldre som personer fra 67 år og oppover. Dette dels fordi mye av statistikken som finnes tilgjengelig for bruk av ulike legemidler og rusmidler setter et skille ved 67 år, og dels fordi flere og flere av pasientene som blir innlagt med identifisert rusbruk/rusproblematikk er yngre enn den gjennomsnittlige sykehjemspasienten.

Bruk av rusmidler: -Jeg har valgt å definere rusmidler til å gjelde inntak av alle substanser som kan gi opplevelse av rus, føre til stimulering av sentralnervesystemet eller demping av sentralnervesystemet. Gitt denne definisjonen vil en også ta med bruk av legemidler foreskrevet av lege som har slik virkning. Oppgaven vil i hovedsak ta for seg bruk av lovlig substanser som alkohol og ulike medisiner foreskrevet av lege.

Sykehjem: -Kort og langtids plass i kommunal døgninstitusjon grunnet store hjelpebehov knyttet til funksjonssvikt grunnet sykdom og/eller alderdom.

Faglig forsvarlig helsehjelp: Begrepet er en rettslig standard som henviser til hva som forventes av faglig kompetanse hos helsepersonell i deres utøvelse av helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Autonomi: -Autonomi betyr selvstyre, og stammer fra det greske *auto* som betyr selv, og *nomos* som betyr lov. Selvbestemmelsesrett eller autonomi innen medisin betyr frihet til å treffe valg som har betydning for eget liv og egen helse.

Oppgaven tar for seg ivaretagelse av autonomi og brukermedvirkning innenfor lovpålagte rammer. Bruk av illegale rusmidler vil ikke drøftes. Det skal likevel nevnes at det skjer en liberalisering rundt bruk og oppbevaring av narkotiske stoffer til eget bruk (Prop. 92. L, 2020-2021). En ansvarsforskyvning fra ordensmakt til helse og omsorgstjenester i håndtering av slik rusbruk vil også følge som en konsekvens av endringer i lovverket.

2.0. Teori

2.1. Innledning

Jeg har valgt å belyse problemstillingen sett i lys av Benner og Wrubels sykepleieteori, som vektlegger pasientens egen opplevelse og forståelse av situasjonen. Deres menneskesyn ser mennesket som definert av sine omgivelser og de ting som betyr noe for det. Et menneske kan derfor ikke forstås uten å se det i sammenheng med sine omgivelser, sine tidligere erfaringer, og sin bakgrunnsforståelse. En sykehjemstilværelse mot slutten av livet må ses i lys av levd liv, endringene det fører til i muligheter og evne til å styre sitt eget liv grunnet reduksjon i evne til egenomsorg, kognitive evner, og funksjonsnivå.

Benner og Wrubel bygger på Heideggers hermeneutiske fenomenologiske virkelighetsforståelse, der mennesket blir sett på som en del av verden den lever i. En slik tilnærming går ut på å finne mening og skape forståelse gjennom å beskrive og fortolke fenomener innenfor sammenhenger fenomenene formidles gjennom (Konsmo, 1995, s.26).

2.2. Benner og Wrubels sykepleieteori

Benner og Wrubel synliggjør sin sykepleieteori gjennom ulike mønstereksempler i sin bok «The Primacy of Caring». Teoretiske momenter blir belyst og illustrert i ulike kontekster. I mønstereksempelene blir det redegjort for både innhold, intensjoner, forventninger, kontekst, struktur, prosess og resultater. Dette fordi kunnskap og ekspertise ikke kan gjøres generell og tas ut av sin sammenheng. Benner og Wrubel (Konsmo, 1995, s. 26) kritiserer den positivistiske vitenskapstradisjonen i møte med mennesker og det som er betydningsfullt for

deres liv, og hevder at en positivistisk innfallsvinkel ikke vil kunne anvendes i møte med ulike mennesker i ulike situasjoner.

For å beskrive denne sammenhengen bruker Benner og Wrubel fire sentrale begrep. Omsorg (caring), kroppslige kunnskaper (embodied intelligence), bakgrunnsforståelse (background meaning) og spesielle anliggender (concern) (Kirkevold, 1998, s. 200).

Omsorg:

Benner og Wrubel viser til omsorgsbegrepet som den mest menneskelige måte å være i verden på (Konsmo, 1995, s.180). Omsorg defineres som en måte å forholde seg til verden på, ved at personer, hendelser, aktiviteter, og ting betyr noe for mennesket (Kirkevold, 1998, s.199). Benner og Wrubel hevder at det er «det man bryr seg om som definerer en person» (Konsmo, 1995, s. 22). Omsorg i betydningen å bry seg om, skiller det som er meningsfylt og betydningsfullt for en person, fra det en person ikke ser på som vesentlig eller meningsfullt. Motsatt kan omsorg også være kilde til stress, risiko og utsatthet, dersom det en har omsorg for står i fare for å bli tatt fra en eller bli utsatt for skade (Kirkevold, 1998, s. 200).

Sykepleievitenskap må derfor bygge på omsorgsetikk og ansvarlighet for våre medmennesker, ifølge Benner og Wrubel (Konsmo, 1995, s.22).

- 1) Omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskers opplevelse av helse og sykdom.
- 2) Omsorg er det mest grunnleggende i sykepleiepraksis (og all annen praksis).
- 3) Omsorgsfull sykepleiepraksis har positiv påvirkning på sykdommens resultater.

Kroppslig kunnskap:

Benner og Wrubel tar avstand fra det dualistiske menneskesynet, som deler mennesket i kropp og sjel. De ser på mennesket som en helhet, som lever i samsvar med sine omgivelser. Helse og sykdom må derfor forstås som levd erfaring. Benner og Wrubel hevder at «kroppslige kunnskaper fungerer på det ubeviste plan, der de ikke krever bevisst oppmerksomhet eller refleksjon i den konkrete situasjonen» (Kristoffersen, 2011, s.260). Kroppslige kunnskaper utvikles og nyanseres i en sosial sammenheng, og kroppen tar opp i seg ulike «meninger» vi lever med innenfor en kultur. Dersom en har brukt rusmidler i møte med fysiske eller psykiske utfordringer, eller som en katalysator for å forsterke positive opplevelser i sosiale sammenhenger gjennom livet, vil kroppen som en følge av dette, ubevisst forsøke å løse liknende situasjoner på samme måte.

Bakgrunnsforståelse:

Mennesket er unike personer som har noe felles. Ettersom vi er en del av et kulturelt felleskap, påvirkes vi av den forståelsen som omgir oss. Benner og Wrubel mener at bakgrunnsforståelse er kulturens gave til den nyfødte, selv før mennesket reflekterer bevisst. Dette fordi vi har en kroppslig viten som fanger opp kulturell bakgrunnsforståelse helt fra fødselen av (Konsmo, 1995, s.58). Benner og Wrubel fremhever betydningen for sykepleiere å møte pasienter med et åpent sinn og ikke forhåndsdømme, da vi mennesker har ulik bakgrunnsforståelse (Konsmo, 1995, s.60).

Spesielle anliggender:

Begrepet viser til Kirkevold (1998, s.200) sin oversettelse fra det engelske ordet «concern». Mennesket er involvert og engasjert i verden gjennom hva det bryr seg om. Menneskets ulike aktiviteter er knyttet opp mot menneskets spesielle anliggender, og det som har betydning for den enkelte. Benner og Wrubel peker på viktigheten av at sykepleieren forstår hva pasienter bryr seg om, og hva som er viktig for dem. Også her er det av stor betydning at sykepleieren ikke er forutinntatt og ikke vurderer pasientens og dennes situasjon ut fra objektive eller egne kriterier (Konsmo, 1995, s. 64). Det er derfor avgjørende at man som sykepleier tar seg tid til å undersøke og forstå pasienter og pårørendes livsverden.

2.3. Autonomi

Respekt for og ivaretagelse av pasienters autonomi er helt grunnleggende i utførelse av etisk og forsvarlig sykepleie (NSF, 2019). Den danske filosofen Knud Løgstrup påpeker at «den tilsynelatende så uegennyttige holdningen å ville ta seg av andre ikke nødvendigvis er et forsøk på å leve opp til den etiske fordring, men like gjerne kan være et forsøk på å gi sitt eget liv innhold, noe som lett fører til krenkelser og overtramp (Eide & Eide, 2007, s.107). Løgstrup (1956, s.59) formulerer det slik: «Tilraner man sig et ansvar, der ligger ud over ens menneskelige mål, øver man uvægerlig vold imod dem, for hvem man har påtaget sig ansvaret».

2.4. Eldre og bruk av rusmidler

Hva som er normal bruk av rusmidler, vil variere fra kultur til kultur. Variasjoner forekommer også geografisk innen samme land og mellom ulike aldersgrupper. Rusmiddelproblemer ses ved bruk av alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler (Engedal & Tveito, 2019, s. 273). Alkohol inngår i mange sosiale settinger og flere eldre forteller at det er stadig flere

sammenhenger hvor det forventes bruk av alkohol, der det tidligere ikke var naturlig (Engedal & Tveito, 2019, s. 276).

Eldre drikker mer alkohol enn tidligere (SSB, 2021), og en ser også en økning i bruken av reseptbelagte legemidler mot smerter, søvnløshet og ulike beroligende medikamenter (SSB, 2021). Eldre får foreskrevet mer vanedannende medisiner enn yngre, samtidig som de er mer sårbare for de negative helseeffektene. Flere bruker alkohol i kombinasjon med vanedannende legemidler som igjen øker risikoen for skadelige helseeffekter (Engedal & Tveito, 2019, s. 274). Eldre er i liten grad klar over de mulige helsefarene ved bruk av alkohol og psykotrope legemidler, og egen bruk blir ofte trivialisert (Johannesen, et. al, 2016, s. 592).

Næss, et. al. (2017, s. 94) viser til at det er en godt dokumentert sammenheng mellom alkoholbruk og en rekke somatiske og psykiske helseproblemer, og at økt bruk av alkohol fører til et større press på helsetjenesten. Videre fremheves det at de fleste eldre som drikker alkohol ikke har en avhengighetstilstand, og skal som en følge av dette heller ikke behandles for dette. Engedal & Tveito (2017, s.276) viser til den amerikanske geriatriforeningens definisjon av økt bruk (elevated use), som mer enn 1 alkoholenhet per dag for begge kjønn ved en alder på 65 år eller mer. Et alkoholkonsum som fører til helseskader trenger ikke være høyere enn det som i mange miljøer ansees som vanlig (Næss, et. al. 2017, s. 94). Engedal & Tveito, (2020, s.274) påpeker også at eventuelle helsegevinster ved alkoholbruk har fra vitenskapelig hold blitt tonet betydelig ned.

2.5. Faglig forsvarlighet

Som autorisert sykepleier er man forpliktet til å handle i tråd med de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter, internasjonale konvensjoner og nasjonale retningslinjer som regulerer både organisering, ledelse og utøvelse av helsehjelp. Kravet om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4) defineres som en lovregulert kvalitetsmessig minstestandard for helsehjelp på den ene siden, samtidig som det på den andre siden er en rettesnor for god praksis (Ingstad, 2019, s.137). Sykepleiere skal ha kunnskap og ferdigheter som til sammen utgjør den grunnleggende kompetansen som forventes av sykepleiere. Videre er sykepleiere forpliktet til å kontinuerlig tilegne seg faglig oppdatert kunnskap, gi omsorgsfull pleie, og henvise til andre med bedre kompetanse i situasjoner der dette er nødvendig. Statsforvalteren, (2016, s.6) skriver at: «Det at begrepet er en rettslig standard betyr at det ikke er et statistisk begrep, men vil endre seg med den faglige utviklingen og til en viss grad også samfunnsutviklingen». Sykepleiere har et individuelt ansvar for etisk forsvarlig yrkesutøvelse.

Dette innebærer en sykepleiepraksis med forpliktelse om å «gjøre vel», unngå skade, og vise respekt for pasienters autonomi. Sammen med rettferdighet og barmhjertighet er dette de mest sentrale etiske grunnprinsippene.

2.6. Sykehjemspasienten

I Norge var det 31. desember 2020, 39.241 plasser i sykehjem. 31.981 pasienter langtidsplass, og 9090 pasienter var inne til et tidsavgrenset opphold (SSB, 2021).

De fleste som flytter inn på en langtidsplass på sykehjem avslutter sitt liv på sykehjemmet. Det er store variasjoner på hvor lenge pasienter bor på sykehjem, alt fra død rett etter innflytting, til opphold på 26 år. Variasjonene kommer til uttrykk i differansen mellom gjennomsnittlig varighet på 2,02 år og medianverdien av varigheten som var på 1,31 år for 2016 (Kjelvik & Jønsberg, 2017, s. 3).

Prosentandelen av beboere ved langtidsavdelinger som trenger omfattende bistand er økende (Hauge, 2014, s. 266). Pasientene har ofte sammensatte sykdomsbilder, redusert fysisk kapasitet, og en stor andel har redusert kognitiv kapasitet. De fleste beboerne på sykehjem er over 67 år, og rundt 77% er over 80 år. Vel 70 % av beboerne i sykehjem er kvinner (Hauge, 2014, s. 266-267). Eldre og skrøpelige pasienter har ofte nedsatt evne til å bryte ned legemidler. Både leverens kapasitet til å bryte ned legemidler og nyrenes evne til å skille ut legemidler påvirkes av alderen, og gir økt risiko for både overmedisinering og bivirkninger, dersom ikke dosene blir justert (Spigset, 2018, s.320).

2.7. Brukermedvirkning

St. meld. nr. 15 (2019, s. 10) sier at det skal aktivt jobbes for at eldre og pårørende skal få økt livskvalitet, glede og trygghet i hverdagen. Gjennom økt brukermedvirkning skal den enkelte pasient få større valgfrihet. Den enkelte pasient skal i større grad ha mulighet til å velge tjenesteyter, medvirke til innholdet i tjenestetilbudet og på hvilken måte helsehjelpen ytes. Retten til medvirkning er nedfelt i Pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1), som også sier at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. I tilfeller der pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Helse og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) sier at tjenestetilbudet skal «tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet» og «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre». Retten til brukermedvirkning innebærer en

demokratisering av helsetjenestene, og en dreining bort fra en slags paternalistisk styrt helsetjeneste der helsepersonell har påberopt seg å «vite hva som er til pasientens beste» (Tveiten, 2018, s.245).

3.0 Metode

3.1. Innledning

Metode er redskapet en bruker i møte med noe som skal undersøkes. Metoden hjelper oss å samle inn informasjon som er nødvendig for å kunne besvare problemstillingen i oppgaven (Dalland, 2017, s. 52). I dette kapittelet blir metoden brukt i oppgaven presentert, samt beskrivelse av fremgangsmåten og valg av litteratur og forskningsartikler. Kildene vil bli presentert, kritisk vurdert og inkludering av kilder gjort rede for (Dalland, 2017, s. 211). Avslutningsvis vil også metoden brukt i oppgaven vurderes, og om metoden og gjennomføringen kan ha virket inn på resultatet (Dalland, 2017, s 54).

3.2. Beskrivelse av metode

Metoden for oppgaven er litteraturstudium, som baserer seg på eksisterende kunnskap (Dalland, 2017, 207). Litteraturstudiet bygger hovedsakelig på skriftlige kilder, men også erfaringer fra praksis. Materialet er innhentet gjennom systematisk litteratursøk i fag-databaser, fra pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur innen sykepleie og kommunikasjon. Noe annen litteratur som kan belyse konteksten problemstillingen står i, som historie, statistikk og nyere medieoppslag er også tatt med.

3.3. Søkehistorikk

Det er gjennomført systematiske søk i fagdatabasene MEDLINE, Cinahl og Idunn. Det er også gjort manuelle søk i Google scholar.

Søk i Cinahl og MEDLINE ble utført med søkeordene: Nursing home pasients, Geriatrics, Ageing, Age care facility, Residential care, Alcohol consumption, Alcohol and drug use, Alcohol*, Autonomy, Patient autonomy og Patient centered care. Det ble søkt på emneord, og avgrenset til fagfellevurderte forskningsartikler utgitt etter 2013. Dette gav 8 treff i Cinahl, og 13 treff i MEDLINE. Etter gjennomgang av treffene, skumming av sammendrag og kritisk lesning av 7 artikler ble en artikkel fra hvert søk inkludert.

For søk i Idunn valgte jeg å også bruke norske søkeord, ettersom databasen er norsk. Søk her ble utført med søkeordene: Sykehjem*, Ageing, Geriatri*, Alkoholkonsum, Alcohol and drug use, Alkohol*, Autonomi, Brukermedvirkning og Medbestemmelsesrett. Søket ble avgrenset

til fagfelleverderte forskningsartikler utgitt etter 2013. Søket ble gjennomført med tekstord, da Idunn.no ikke gir mulighet på søk med begrensningen «emneord, keywords eller nøkkelord». Søket gav 45 treff, men jeg opplevde at søket til tross for bruk av AND i søket gav treff som bare inneholdt ett av søkeordene. Etter å ha skimmet gjennom treffene, leste jeg sammendrag av fire artikler som kunne ha relevans for oppgaven, og fant frem til to artikler som kan belyse problemstillingen for oppgaven min.

Etter grundig og kritisk gjennomlesning av de inkluderte artiklene, valgte jeg å søke opp de tre opprinnelige studiene en inkludert case-studie baserer seg på, for å lete etter data som kunne være utelatt i case-studien, og få et bedre innblikk i datamaterialet. Dette ble gjort som manuelt søk i Google scholar. Etter grundig gjennomlesning valgte jeg å inkludere studien som forteller om sykepleieres erfaringer knyttet til alkoholbruk og bruk av psykoaktive medisiner i sykehjem. Inkluderingskriterier var at artikkelen var nyere enn 2013, og fagfelleverdert.

Totalt er det inkludert fem artikler.

Søketabeller med utfyllende søkehistorikk og kommentarer ligger som vedlegg til oppgaven.

3.4. Metodekritikk

I denne oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur, samt nyere relevant litteratur som kan belyse oppgavens problemstilling. Unntak fra dette er eldre litteratur om Benner og Wrubels' sykepleieteori (Konsmo, 1995; Benner, 1995), to kilder som beskriver filosofene Sartre (Østerberg, 1993), og Freud (Scheldrup, 1993, s.31), samt utdrag fra Løgstrups: «Den etiske fordring» (1956), da jeg anså kunnskapen som holdbar og forfatterne som troverdige. Det er utført søk i fagdatabaser på internett, med kriterier om at forskningen skal ha en tydelig IMRAD-struktur, besvare en tydelig problemstilling, gjøre godt rede for anvendt metodikk, være fagfelleverdert og maksimalt 10 år gammel. Inkluderte studier er holdt opp mot sjekklister fra Helsebiblioteket.no, og utfylte sjekklister er vedlagt. Forfatterne har yrker og utdanninger som er knyttet til fagfeltet, og har drevet med forskning tidligere (Dalland, 2017, s. 160). Der det er funnet svakheter ved forskning er dette redegjort for i vedlagte sjekklister, samt i kolonnen for kildekritikk/relevans i vedlagte artikkelmatriser. Jeg har til tross for kritikken mot enkelte punkter, funnet kildene holdbare og valgt å inkludere dem etter nøye overveielser.

3.5. Kildekritikk

Valg av metode og forskningsdesign i de inkluderte studiene gir gode svar på de ulike problemstillingene. I Flesland (2015) sin artikkel anvendes begrepet «undersøke i hvilken grad» som en del av problemstillingen. En bør stille spørsmål om kvalitativ metode kan definere en grad av noe, og om metoden er riktig. Begrepet er riktignok brukt som et tilleggsledd i problemstillingen, og den kvalitative studien svarer godt på hovedproblemstillingen. Jeg har valgt å se bort fra dette, og tillegger det språklig unøyaktighet hos forfatter. Gradering av kompetanse og kunnskap om rus er heller ikke relevant for å besvare min problemstilling.

De ulike forskningsprosjektene har blitt godkjent av etiske komiteer. Det er tatt hensyn til personvern og helseutfordringer hos informantene. Utvalg, innsamling og behandling av data er utført etter gjeldene retningslinjer.

En ser at deltakelsen i to deler av den tredelte studien til Henriksen m.fl. (2015) har relativ lav svarprosent. Svarprosenten for den delen av forskningen som besvarer spørsmål om sykehjemspasienter hadde derimot en svarprosent på 77%, og det er denne informasjonen som er brukt i oppgaven.

Det er innhentet samtykke til deltakelse fra alle informanter i studiene, og de er alle informert om at de kan trekke seg når som helst uten å oppgi grunn, helt frem til studien ferdigstilles. I tilfeller der personer uten samtykkekompetanse inngår i studien, er det innhentet samtykke fra pårørende (Christoffersen et. al. 2015, s.50).

4.0. Resultat

4.0.1. Artikkel 1

Flesland, L. (2014). *Sykepleiere i pleie og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov*.

En fagfelleurdert kvalitativ studie med fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, gjennomført i en stor norsk kommune. Intervjuer av åtte sykepleiere med mer enn fem års erfaring, hvorav fire jobbet i hjemmetjenesten og fire i sykehjem, der hensikten med studien var å få økt kunnskap om rusmiddelbruk og rusrelaterte hjelpebehov blant eldre. Studien ønsket også å undersøke i hvilken grad ansatte i kommunale pleie og omsorgstjenester har kunnskap om rusproblematikk.

Studien viser at rusmiddelbruk blant pasienter i pleie og omsorgssektoren er relativt vanlig, og øker i omfang. Sykepleierne i studien hadde mest erfaring med alkoholbruk, men også med bruk av vanedannende medikamenter og kombinasjonsbruk av alkohol og medikamenter. Det var lite erfaring med pasienter som brukte illegale rusmidler/narkotika, men dette øker i omfang. Mange av pasientene hadde hatt langvarige rusproblemer, men disse ble først avdekket når pasientene ble utskrevet fra sykehus og overført til pleie og omsorgstjenestene. Pasienter som har brukt rusmidler er gjennomgående yngre og har ofte aldringsrelaterte sykdommer tidligere enn andre pasienter. Rusvaner etablert sent i livet kan skyldes ensomhet etter tap av partner eller nettverk, og effekten av medikamenter og alkohol bidrar til å dempe psykiske vansker som følge av ensomhet for enkelte. Mange eldre får ofte forskrevet vanedannende medikamenter uten tilstrekkelig oppfølging av helsepersonell, og feilbehandling, overdosering og manglende rutiner for nedtrapping blir trukket frem som vanlige utfordringer. Pasientgruppen beskrives som mer ressurskrevende, og under ruspåvirkning kan det oppstå situasjoner som er uforutsigbare og utfordrende for medpasienter, pårørende og helsepersonell. Sykepleierens kompetanse om pasientgruppen er ofte tilegnet ved å kombinere teori fra psykisk helsevern med erfaringer de har fått gjennom arbeid med pasientgruppen. Studien viser behovet for mer forskning for å forstå sammenhengen mellom rusmiddelbruk og aldring. Bedre kartlegging, tidlig identifisering og tidlig intervensjon kan hindre utvikling av problemer.

4.0.2. Artikkel 2

Burruss, K., Sacco, P. & Smith, C., (2015). *Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: Perspectives of residents in congregate living.*

Artikkelen baserer seg på en mixed method studie gjennomført i USA, Baltimore, blant beboere i eldresenter/omsorgsboliger. Data er innhentet gjennom dagbokskrivning og intervjuer i etterkant av dagbokskrivning hos 11 informanter i aldersgruppen 68 til 90 år. Innledningsvis ble 72 personer bedt om å føre dagbok som beskrev emner som motivasjon til å drikke alkohol, sosialisering og helse. Etter dagbokdelen av studien ble 13 deltakere kontaktet for dybdeintervju, hvorav to ikke ønsket å delta videre i studien. Data fra dagbokskrivning ble brukt som bakgrunn for den kvantitative delen av studien, mens data fra intervjuene data for den kvalitative delen av studien. Gjennomsnittsalderen for informantene var 81,5 år, og fem menn og seks kvinner deltok i studien. Inkluderingskriterier var god evne til å kommunisere over telefon, regelmessig alkoholinntak (minst en enhet siste to uker), og bolig i individuell boenhet i eldresenter (congregate care facility). Pasienter med svekkede

kognitive evner, kartlagt ved Mini-Cog Screen (score under tre), og med abnormal klokketegningstest ble ekskludert fra studien.

Deltakerne i studien så på alkoholinntak som en daglig rutine, gjerne knyttet opp mot måltidsituasjoner. Rutinen med å innta en alkoholholdig drink i forbindelse med måltid ble sett på av de eldre som et tegn på normal drikking. Drikkemønster og rutiner var tatt med inn i alderdommen og eldresentersetting fra etablerte vaner gjennom et langt liv. Noen av deltakerne brukte alkohol som en avslutning på dagen i form av en drink før leggetid. Flere av deltakerne opplyser at de gjerne drakk litt mer enn vanlig i sosiale samvær, og at pris og tilgjengelighet også kunne føre til økt konsum. Deltakerne i studien så på det å drikke alkohol sammen med andre beboere ved eldresenteret som normalt, og hadde ikke opplevelsen av at dette var et problem i en eldresenter-setting. Deltakerne i studien spiser sammen i en matsal der det er mulig å bestille alkoholholdig drikke ved bordene, eller å nyte medbrakt. Det var også alkoholserving andre steder ved eldresenteret, som i puber med ulike aktivitetstilbud. Lett tilgjengelighet av alkohol gav beboerne en opplevelse av et normalisert forhold til alkoholbruk.

4.0.3. Artikkel 3

Johannesen, A., Tevik, K., Engedal, K., Haanes, G. G., & Helvik, A. S. (2021). *Health Professionals' Experiences Regarding Alcohol Consumption and It's Relation to Older Care Recipient's Health and Well-Being*.

Norsk case-studie fra 2021. Det originale datamaterialet fra tre studier er reanalysert med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Funn og resultater er triangulert for å få utvidet kunnskap sett fra ulike perspektiv. Hensikten med studien er å øke kunnskapsgrunnlaget om helsepersonells erfaringer og refleksjoner rundt alkoholkonsum blant eldre, og hvordan dette påvirker deres helse og livskvalitet. Datamaterialet inneholder intervjuer med 18 sykepleiere og 1 sosionom i sykehjem (studie 1), 16 sykepleiere i hjemmebaserte tjenester (studie 2), og 11 allmennpraktiserende leger (studie 3).

Studien avdekker ulik tilnærming til fenomenet alkoholkonsum blant pasienter mellom de ulike yrkesgruppene. Sykepleiere i sykehjem har ofte bedre oversikt over alkoholkonsumet til sine pasienter enn de andre yrkesgruppene, og adresserer utfordringer knyttet til helseskadelig alkoholkonsum tydeligere til pasienter, pårørende og lege. Alkoholkonsum oppleves som et sårbart tema å ta opp med pasienter, og det oppleves som vanskelig å starte en dialog rundt tematikken. Indikasjoner som fall, forhøyede verdier i blodprøver, eller bekymringer fra

pårørende knyttet til alkoholkonsum ble ofte brukt som inngangsport for å starte samtaler om alkoholkonsum med pasienter. Bruk av alkohol blir sett på som et privat anliggende, knyttet opp mot pasienters autonomi og integritet. Relasjonen mellom helsepersonell og pasient er vesentlig for å yte god helsehjelp, og frykten for å forstyrre tilliten og relasjonen til pasienter gjør at man ofte unngår slike samtaler.

Det er store forskjeller i den norske befolkningens alkoholkonsum, men eldre er mer vant med alkohol enn tidligere og alkoholkonsumet i denne aldersgruppen har økt de siste tiårene. Det er lite fokus på tematikken i utdanningsprogrammene for yrkesgruppene, og dette bør styrkes. Studien viser også at helsepersonell etterspør tydeligere retningslinjer knyttet til håndtering av økende og helseskadelig alkoholkonsum og rusbruk blant eldre.

4.0.4. Artikkel 4

Johannesen, A., Tevik, K., Engedal, K., & Helvik, A. S. (2021). *Health Professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs.*

Norsk kvalitativ studie fra 2021. Fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer gjennomført i 2017 og 2018. De 20 deltakerne i studien kom fra seks ulike fylker. Alle var registrerte sykepleiere, med unntak av en sosialarbeider, og samtlige jobbet i ulike funksjoner ved sykehjem. Hensikten med studien var å undersøke helsepersonell i norske sykehjem sine erfaringer med pasienters alkoholkonsum og bruk av psykoaktive medisiner, og tilrettelegging av dette i norske sykehjem. Utvalget i studien besto av 19 kvinner og 1 mann i aldersgruppen 24 – 60 år, og deltakerne hadde fra 6 mnd. – 30 års erfaring i yrket.

Ved sykehjemmene deltakerne i studien jobbet ved ble det solgt eller servert alkohol i helger og ved høytider. Tilbudet var basert på en antakelse om at et dette ville gi glede og økt livskvalitet til beboerne. Deltakerne i studien hadde tro på balansering av tilgjengeligheten til alkohol til helger og helligdager, fremfor hver dag. Man forsøker å legge til rette for at beboerne skal kunne ha så gode liv som mulig, leve så aktivt og normalt som mulig, og man ønsker ikke å bort ting de liker. De fleste beboerne ønsker ikke å konsumere alkohol daglig, men enkelte ønsket det. Fasilitering av bar/pub i sykehjem ble oppfattet som både positivt og negativt for beboerne. Det kunne føre til økt livskvalitet for noen, men også føre til et mer omfattende alkoholkonsum. Generelt drikker få sykehjemsbeboere regelmessig, og derfor har vanligvis ikke personalet fokus på risikoene alkoholkonsum kan føre med seg. Når pårørende bringer alkohol inn til sine, kan det være vanskelig for personalet å holde kontroll med beboernes konsum. Manglende regelverk, retningslinjer og ledelsesfokus kan føre til ulik

praksis og holdninger blant personal. Informasjon og dialog med pasienter og pårørende om alkoholens effekt sett opp mot alder, sykdom, eller i kombinasjon med medisiner trekkes frem som viktig. Studien viser også at mange eldre har stått på psykoaktive medisiner i mange år uten at det er foretatt doseendringer, og peker på utfordringer og årsaker til dette.

4.0.5. Artikkel 5

Henriksen, N., Fjelltun, A-M, S., Normann. H. K., & Norberg. A. (2015). *Nursing home placement in Norway. Characteristics of older people assigned to placement.*

Beskrivende kvantitativ norsk studie fra 2015, som kartlegger karakteristiske kjennetegn ved pasienter som blir tilbudt sykehjemsplass. Studien viser også hvilke kriterier som vektlegges ved tildeling av sykehjemsplass. Datamaterialet ble innhentet gjennom spørreskjema med forhåndsdefinerte og åpne tekstsvaer/spørsmål. Svarene på de åpne spørsmålene ble analysert ved kvalitativ innholdsanalyse. Det ble gjort innsamling av datamateriale i tre ulike grupper, over en periode på et år, i en norsk kommune. Pasienter som venter på tildeling av plass i sykehjem (1), pasienter som har blitt tildelt plass, men venter på plass (2), og pasienter som bor i sykehjem (3). Relevant for denne oppgaven vil være resultater fra gruppe 3. Utvalget i gruppe 3 var 73 sykehjemspasienter, hvorav 9 døde tidlig i datainnsamlingen, en var i terminal fase, og en ble omplassert. Av de gjenværende 61, samtykket 47 til deltakelse i studien (77%).

Studien viser at majoriteten av sykehjemsbeboere i Norge har store motoriske funksjonshemminger og de aller fleste pasientene har nedsatt kognitiv funksjon. 93,6% av informantene i gruppen sykehjemsbeboere hadde forstyrrelser knyttet til hukommelse.

Funn i datamaterialet fra gruppe 3 viser også at 38,3% trenger hjelp i måltidsituasjoner i form av veiledning eller mating. En stor andel av sykehjemspasientene hadde ulike symptomer knyttet til adferd daglig. Eksempler på dette kunne være: 29,8% spytter ut medisiner, 59,6% søker kontinuerlig oppmerksomhet fra personalet, 29,8% vandrer, 29,8% motsetter seg på og avkledning, 61,7% har søvnforstyrrelser, 17% utagerer fysisk mot personal, og 12,8% har uhell med avføring på klær og møbler. Bare 40,6% av de eldre ønsket selv sykehjemsplass i forkant av plassering. Til tross for alvorlig sykdom, og stort hjelpebehov måtte pasienter uten kognitiv svekkelse vente lengre på sykehjemsplass enn pasienter med kognitiv svekkelse.

Studien peker også på at kun to tredjedeler av pasientgruppen som bor i sykehjem tilhører den gruppen av pasienter som har mest behov for tilbudet. Andre faktorer som pårørendeslitasje,

adferdsproblematikk og sykehusinnleggelse kort tid i forkant av plassering i sykehjem for rehabilitering, også kunne påvirke tildeling.

4.1. Oppsummering av resultat

Etter gjennomgang av fire av de inkluderte artiklene er hovedfunnene tematisert og systematisert i de to tabellene nedenfor.

Art.nr:	Funn:				
	Rusbruk blant eldre er relativt vanlig, og øker i omfang.	Tilbud om alkoholservering i sykehjem, begrunnes som et tiltak for økt livskvalitet for pasientene.	Interaksjoner mellom ulike legemidler og alkohol skaper faglige utfordringer.	Lite fokus på rusbruk i utdannelsen av helsepersonell medfører behov for økt kompetanse/tydeligere retningslinjer.	Overmedisinering og feilbehandling med vanedannende medisiner er relativt vanlig.
1	x		x	x	x
2	x	x			
3	x	x	x	x	x
4	x	x	x	x	x

Art.nr:	Funn:				
	Bruk av alkohol anses som et privat anliggende.	Det er store forskjeller i befolkningens alkoholkonsum, og holdninger til bruk av alkohol.	Manglende kartlegging av rusmiddelbruk skaper utfordringer ved innleggelse i sykehjem.	Alkoholkonsum oppleves som et sårbart og vanskelig tema å ta opp med pasienter, eller å ta opp med helsepersonell for pasientene selv.	Kunnskap om rusbruk er ofte tilegnet gjennom erfaring med pasientgruppen.
1	x	x	x	x	x
2	x	x			
3	x	x	x	x	x
4	x	x	x		x

De ulike studiene har hatt ulike forskningsspørsmål, og belyst ulike sider ved rusbruk blant eldre i sykehjem. Av denne grunn er de ulike funnene vektlagt, problematisert og diskutert i ulik grad i de ulike studiene.

Funn og resultater fra artikkel 5, (Henriksen, et. al, 2015) er ikke inkludert i den tematiske analysen da denne studien ikke undersøker erfaringer knyttet til rusbruk i sykehjem. Denne studien beskriver pasientgruppen i norske sykehjem og er inkludert for å underbygge og komplimentere pensumlitteratur og data fra SSB om funksjonsnivået og hjelpebehovet hos norske sykehjemsbeboere.

Studien viser at sykehjemsbeboere i Norge har store motoriske funksjonshemminger, og de fleste har liten evne til å utføre daglige gjøremål uten bistand fra personal. De aller fleste pasientene har nedsatt kognitiv funksjon. En stor andel av sykehjemspasientene hadde også ulike symptomer knyttet til adferd daglig.

Bare 40,6% av de eldre ønsket selv sykehjemsplass i forkant av plassering i sykehjem. Kognitivt svekkede pasienter blir prioritert ved tildeling av sykehjemsplass, til tross for at pasienter uten kognitiv svekkelse kunne ha alvorlig sykdom og stort omsorgsbehov. Studien viser også at kun to tredjedeler av pasientene som bor i sykehjem tilhører den gruppen av pasienter som har mest behov for tilbudet, da andre faktorer som pårørendeslitasje, adferdsproblematikk og sykehusinnleggelse kort til i forkant av plassering i sykehjem for rehabilitering også kunne påvirke tildeling av fast plass.

Resultater fra de ulike studiene er utfyllende beskrevet i vedlagte artikkelmatriser. Se vedlegg.

5.0 Drøfting

5.1. Autonomi. Sjef i eget liv.

Det er et mål at beboere i sykehjem skal kunne leve så normale liv som mulig til tross for økte hjelpebehov og et døgnbemannet omsorgstilbud (St.meld. 15, 2019). Et godt måltid og et glass vin eller en øl foran fotballkampen, er noe som har blitt satt pris på gjennom livet for flere av pasientene. Det samme kan sosiale lag med noe godt i glasset ha vært, og i møte med sykehjems-tilværelsen kan alkoholkonsum begrenses og problematiseres på ulikt vis. Både Flesland (2015, s. 44) og Johannesen et. al. (2021, s.1829) viser til at alkoholkonsum er en normal del av sosialt liv i Norge. Å selv bestemme hvordan man ønsker å ha det hjemme hos

seg selv på sykehjemmet vil kunne forstås som en rettighet i tråd med pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999), sett fra en sykehjemspasients perspektiv.

Bruken av alkohol blant de eldre har økt de senere år, særlig blant de yngre eldre (<75år). Menn drikker mest, men økningen av antall brukere av alkohol er størst hos kvinner. Forskning viser at kun 3,4% av eldre over 60 år har et risikabelt høyt inntak av alkohol (Engedal & Tveito, 2019, s. 276). Tar en med i betraktningen at 70% av sykehjemspasientene er kvinner, kan det se ut som at en svært liten prosentandel av norske sykehjemspasienter har et risikabelt høyt alkoholkonsum, som trenger hjelp eller behandling. På den andre siden blir det flere eldre grunnet økt levealder, og til tross for nye retningslinjer om at eldre skal bo lengst mulig hjemme og få helsehjelp der (St. meld. 15), vil presset på sykehjemmene øke. De eldre lever lengre med kompliserte sykdomsbilder, og svært mange behandles med mange medisiner for sine sykdommer. Dette vil endre terskelen for hva som kan defineres som risikofyllt alkoholkonsum ettersom inntak av medisiner og alkohol påvirker hverandre (Spigset, 2018, s.76).

Sett i lys av Benner og Wrubel sin sykepleie og omsorgsteori er det vesentlig å forstå at mennesker har forskjellig bakgrunnskunnskap. Vi gjør våre valg ut ifra tidligere erfaringer, omgivelsene rundt oss, og hva som betyr noe for oss. Noen vil hevde at mennesket er helt fritt som f.eks. Sartre (Østerberg, 1993, s.254), mens andre tar til orde for at mennesket er styrt av barndommens opplevelser som Freud (Scheldrup,1993, s.31). Benner og Wrubel hevder derimot i sin sykepleieteori at mennesket har en situasjonsbestemt frihet (Konsmo, 1995, s. 70). Følgelig er en person verken fundamentalt fri eller ufri, da mennesket har med seg sine forventninger, vaner, forståelser og ulike perspektiv inn i en situasjon. «Hvilke muligheter man opplever at man har, er basert på hvordan man forstår seg selv og sin historie, samt hva slags forventninger man har til fremtiden» (Konsmo,1995, s.70).

En sykepleier skal handle ut ifra hva som er det beste for pasienten. «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (NSF, 2019). Videre forteller de yrkesetiske retningslinjene oss at «sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forbygger sykdom» (NSF, 2019, 2-2), samt «fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (NSF, 2019, 2-5). Disse premissene for hvordan en sykepleier skal handle og prioritere i sine valg er også nedfelt i lovverket (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3; Helsepersonelloven, 1999 §4).

Pasienten og sykepleiepleieren gjør sine valg ut ifra forskjellige hensikter og forståelser, og innenfor ulike rammer. Der pasienten gjør valg ut ifra hva pasienten opplever som viktig og meningsfullt for seg i sin situasjon, kan sykepleieren ha andre oppfatninger av hva som er riktig, faglig forsvarlig eller helsefremmende. Disse to størrelsene må vektles opp mot hverandre, og en må legge til grunn at pasienters autonomi skal vektlegges tungt. Det at sykepleier har plikt til å hjelpe pasienter til å ta avgjørelser basert på tilstrekkelig og tilpasset informasjon, som pasienten forstår, setter partene i en usymmetrisk relasjon. Sykepleieren tilpasser informasjonen ut ifra sin forståelse og antakelse av hva pasienten evner å forstå, og vurderer i etterkant om pasienten har forstått informasjonen godt nok til å gjøre egne ansvarlige valg. Over 90% av sykehjemspasienter har redusert hørsel og problemer med å følge med i en samtale med normalt lydnivå, og en tilsvarende andel har forstyrrelser knyttet til hukommelse (Henriksen. et. al., 2015, s.142). Slike utfordringer kompliserer følgelig muligheten sykepleiers mulighet til å gi, samt pasienters evne til å motta og forstå informasjon knyttet til risikoer ved f.eks. rusbruk. Kognitive svekkelser med betydelige psykiatriske og adferdsmessige symptomer (Henriksen et. al, 2015, s.147), vil også komplisere etterlevelse av valg en har tatt ut ifra tidligere mottatt informasjon.

Sykehjemsbeboere er i stor grad helt avhengig av hjelp til å få dekket grunnleggende behov. Brodtkorb & Hauge (2020, s.264) skriver at mange sykehjemsbeboere føler seg trygge og ivaretatt, evner å tilpasse seg og trives etter hvert med tilværelsen. Forskningen til Henriksen et. al (2015, s. 140) viser at kun 40,6% ønsker seg til sykehjem i utgangspunktet. Dette betyr følgelig at svært mange pasienter blir tvunget til å omstille seg, og må forholde seg til en hverdag de slettes ikke kunne tenke seg. Når en så er plassert et sted en i utgangspunktet ikke vil være, og ikke er i stand til selv å komme seg vekk derfra eller ivareta seg selv, kan man jo stille spørsmål med hvor autonom en kan være i sine valg. Måltider blir servert til faste tider, det er faste plasser ved bordet, hva du liker å ha på brødiskiva står på et mat-kort og du får skiver med makrellfilet og jordbærsyltetøy hver dag, og hver minste handling du foretar deg blir dokumentert og rapportert videre til de neste som kommer på jobb. At en innenfor disse rammene skal gis muligheten til å kunne bestemme selv over eget liv og helse, kan fremstå som ganske absurd og selvmotsigende. Brodtkorb og Hauge (2020, s. 264) viser til at evnen til tilpasning kan ha sammenheng med at mange gjennom aldringsprosessen blir mindre opptatt av seg selv og sin kropp, men i større grad verdsetter de små og dagligdagse tingene i livet. På den andre siden vil en kunne argumentere for at eldre i møte med et system der de selv ikke får utfolde seg fritt blir institusjonaliserte, resignerer, og blir mer føyelige.

Som Johannesen et. al. (2021, s. 1835) og Flesland (2015, s.48-49) viser til er alkoholkonsum ansett som et privat anliggende i Norge, og sykepleiere i hjemmetjenesten og fastleger vegrer seg for å ta denne dialogen med pasienter. Som en følge av dette har endel pasienter levd liv med helseskadelige rusvaner uten veiledning og informasjon fra helsevesenet. Problematisk og skadelig rusadferd kan være «uoppdaget» eller skjøvet under teppet frem til pasientene blir beboere på sykehjem (Flesland, 2014, s.52).

Slik vegring fra fastleger (Johannesen, et. al, 2021, s.1838) og hjemmesykepleiere (Johannesen, et. al, s. 1835) i å ta opp alkoholforbruk med pasienter, i frykt for å påvirke relasjonen negativt eller i frykt for å tråkke over privatlivets grenser med hensyn til selvbestemmelsesrett og autonomi, kan føre til at overgangen til sykehjem blir unødvendig stor for pasientene, der slik problematikk adresseres tydeligere (Johannesen, et. al, 2021, s.1837). Johannesen et.al, (2021, s.1838) reiser spørsmålet om hvorfor ikke hensynet til pasienters autonomi og privatliv settes like høyt i sykehjem som av hjemmetjeneste og fastleger. En tanke kan være at man som helsepersonell føler mer ansvar og forpliktelser til å ivareta pasienter som er i institusjon, når man har oversikt og ansvar for pasientenes ve og vel tjuetimer i døgnet.

En kan legge til grunn at både helsepersonell utenfor sykehjem og ved sykehjem har den samme bakgrunnsforståelsen (Konsmo, 1995, s. 60) når det gjelder helseskader og risikoer ved alkoholbruk, og at en slik vegring for å krenke privatliv og integritet fra leger og hjemmetjenestens side kan medføre økt helserisiko for pasientene.

Ved å utøve omsorg for og ta ansvar for andre mennesker, står man i fare for å utøve handlinger og ta valg på vegne av andre som ikke er i samsvar med deres egne ønsker og behov (Løgstrup, 1956, s. 59). Til tross for at man kan argumentere for faglig forsvarlighet i å regulere rusbruk hos sykehjemspasienter, må man legge til grunn at sykehjemspasienten selv har rett til å bestemme over egen kropp og om han eller hun ønsker å handle ut ifra hva andre sier er best for en. For pasienter som ikke er samtykkekompetente må en ta høyde for at nærmeste pårørende også løper denne risikoen, når de tar avgjørelser «til beste for pasienten».

Hva som er det viktigste av pasienters integritet, autonomi og opplevelse av kontroll over eget liv på den ene siden, og forebygging av helseskader, samfunnskostnader og krevende kommunikasjon om vanskelige tema på den andre siden er komplekst, og en kan spørre seg om man velger minste motstands vei i møte med slike etiske dilemma.

5.2. Faglig forsvarlighet. Likt for alle?

Studiene som er inkludert i denne oppgaven viser hvor ulikt alkoholbruk problematiseres geografisk og kulturelt. Egne erfaringer fra praksis i mindre kommuner på Vestlandet speiler ikke den samme virkelighetsbeskrivelsen av tilgjengelighet av alkohol og sosiale sammenkomster med servering i sykehjem som studiene inkludert i litteratursøket. Det som blir sett på som risikofylt alkoholkonsum et sted eller av noen, kan av andre et annet sted bli sett på som helsefremmende og sosialt. Hvor grensen går mellom det ene og det andre kan være vanskelig å definere, men det er faglig konsensus om at eldre personer tåler alkohol dårligere enn yngre personer grunnet aldersforandringer i metabolismen (Engedal & Tveit, 2019, s.276-278; Flesland, 2014, s. 5; Spigset, 2018, s.319). Bildet kompliseres ytterligere når en vet at interaksjoner mellom alkohol og legemidler kan føre til forsterket rus, andre ugunstige bivirkninger, eller til manglende virkning av legemidler (Spigset, 2018, s.76).

Johannesen. et. al. (2021, 165) sin forskning viser at det ved sykehjemmene inkludert i studien blir gitt et tilbud om alkohol i helger og i høytider ut ifra en antakelse om at dette ville glede beboerne. En ser her en begrensning og regulering av tilbudet om alkoholservering i større grad enn i Burruss et. al (2015) sin studie fra USA. Likevel blir tilbudet begrunnet relativt likt i begge studier. En ønsker at de eldre skal kunne ta med seg vaner og rutiner inn i en tilværelse i sykehjem eller eldrecenter (Johannesen. et. al. 2021, s.165, Burruss et. al. 2015, s. 1898). Der Johannesen et. al. (2021, s. 165) beskriver en norsk kultur der det er vanlig å drikke alkohol i helger og ved høytider, beskriver Burruss et. al. (2015, s. 1898) en amerikansk kultur der det fremstår som vanligere å drikke alkohol daglig, gjerne i tilknytning til måltider, sosiale sammenkomster, eller som en avslutning på dagen. Alkohol kan sees på som en identitetsmarkør, der et glass kan symbolisere tilhørighet i en gruppe, voksenliv og ansvarlighet, markering av spesielle anledninger, eller sosial status.

Både Flesland (2014, s. 51) og Johannesen et. al. (2021, s.1836) peker på at det er lite fokus på rusbruk og rusrelaterte helseskader i grunnutdanningen for sykepleiere. De trekker begge frem at kunnskap og kompetanse på området i stor grad er ervervet gjennom erfaring med pasientgruppen. Patricia Benner (1995, s. 21) beskriver erfaring som en forutsetning for ekspertise. Benner trekker frem at klinisk viten som er ervervet over lang tid ofte kommer i skyggen av teoretisk kunnskap (1995, s.20). Både Flesland (2014) og Johannesen et. al. (2021) trekker frem økt fokus på tematikken i utdanningen, og tydeligere nasjonale retningslinjer i møte med faglige utfordringer knyttet til rusbruk, som etterspurte tiltak av sykepleiere i deres studier.

Både individuelle, geografiske, kulturelle, og sosioøkonomiske forskjeller gjør det vanskelig å utforme retningslinjer for alkoholbruk og tilgjengelighet i sykehjem som vil være anvendelige for hele befolkningen. Alkoholoven (1990) regulerer skjenking og salg av alkohol i det norske samfunnet, og har som mål å «begrense i størst mulig grad de samfunnsmessige og individuelle skader alkoholbruk kan innebære», og som et ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikker (Alkoholoven, 1990, §1-1). Både Johannesen et. al. (2021) og Flesland (2014) sin forskning viser at de fleste sykehjemspasienter ikke ønsker å drikke alkohol daglig. Johannesen et. al. viser også til at enkelte pasienter med alkoholproblematikk slutter å drikke alkohol når de får fast plass i sykehjem (2021, s.166). Både Burruss et. al (2015, s. 1897) sin forskning og den norske forskningen i denne i denne oppgaven viser at tilgjengelighet av alkohol øker alkoholkonsumet.

Det finnes nedre aldergrenser på hvem som kan erverve og konsumere alkohol i Norge. En kan tenke seg at dette er basert på at unge mennesker enda ikke er i stand til å ta fornuftige og reflekterte avgjørelser på egne vegne, eller at kroppen er under utvikling og at alkoholbruk vil kunne påvirke utviklingen negativt. Til tross for at eldre kan ha kognitive svekkelser som påvirker deres evne til å gjøre gode og fornuftig reflekterte valg i forhold til inntak av alkohol, sykdom, aldersforandringer og medikamentbruk som påvirker et alkoholinntak, har ikke denne sårbare gruppen tilsvarende vern gjennom lovverket. Alkoholoven, (1990, § 8-11), forteller at: «det er forbudt å selge, utlevere eller skjenke alkoholholdig drikke til personer som er åpenbart påvirket av rusmidler, eller skjenke alkoholholdig drikk på en slik måte at vedkommende må antas å bli åpenbart påvirket». Hvor mye og hvordan folk konsumerer alkohol hjemme hos seg selv, reguleres ikke av lovverket. Sykehjemmet er pasientenes hjem, og hva de gjør på rommene sine vil ikke kunne reguleres av alkoholoven. En ser av Alkoholovens (§ 8-11, 1990) at det legges føringer for salg, utlevering og skjenking av alkohol som kan ha relevans for helsepersonell i sykehjem. Dette kan forstås som at sykepleier ikke kan skjenke eller utlevere alkohol til pasienter som enten er åpenbart påvirket av rusmidler, eller på en måte som fører til at de antas å bli det. Når en legger lavere toleranse for alkohol grunnet sykdom, medisinbruk, og aldersforandringer hos eldre til grunn, blir det naturlig å tenke at en kan skjenke mindre alkohol til eldre pasienter før de blir åpenbart påvirket. Som sykepleier kan en følgelig hjemle en avgjørelse om å ikke skjenke alkohol til pasienter ut ifra en antakelse om at de vil kunne bli åpenbart påvirket. For pasienter som derimot kan fylle sine egne glass og drikke selv uten hjelp, stiller sykepleierens muligheter til å regulere alkoholkonsumet annerledes.

Tanken om likt tilbud for alle og rettferdighet står sterkt i Norge. Helse og omsorgstjenesteloven har som formål å sikre alle et godt og likeverdig tjenestetilbud (1999, §1). Å legge til rette for at alle som ønsker det skal kunne få nyte et lovlig regulert rusmiddel som de selv ønsker, kan ses på som et tiltak som utjevner forskjeller og bidrar til et likeverdig tilbud. Ser man derimot på den typiske norske sykehjemspasient, ser en at disse pasientene er svært hjelpetrengende, har mange sykdommer, er kognitivt svekket og bruker mange medisiner. Kanskje er det slik at den politiske viljen til å sørge for et serveringstilbud av alkohol for eldre, er større enn pasientenes reelle ønsker og behov? Sammenligner man seg med det amerikanske tilbudet som er vist til gjennom Burruss et. al. (2015) sin studie, ser man tydelig at pasientgruppen er svært annerledes i et amerikansk omsorgs- eller eldresenter-tilbud, enn i norske sykehjem. En har omsorgsboliger og eldresenter i Norge også, og der kan pasientgruppene være annerledes sammensatt enn i norske sykehjem. Det kan også tenkes at begrepene sykehjem og eldresenter blandes.

5.3. Konklusjon

Brukermedvirkning, «pasientens helsetjeneste», og pasientfokus kan forstås som begreper som reflekterer samfunnsutviklingen og vektlegging av individets rettigheter, fremfor kollektive interesser. Som en følge av økt brukermedvirkning kommer flere oppgaver og ansvarsområder for helsepersonell, samtidig som det stilles høyere krav til effektivitet og ressursbruk. Flere juridiske rettigheter, høyere utdanningsnivå i befolkningen og generelt større forventninger til omfang og tjenester av alle slag, har styrket pasientenes posisjon overfor helsevesenet. Rusbruk medfører behov for økte ressurser slik at man kan ivareta pasientene best mulig til tross for større risiko for fall, helseskader, interaksjoner, og andre komplikasjoner. Samtidig som alkoholbruken øker hos yngre eldre, ser en at den norske sykehjemspasienten er så skrøpelig, syk og kognitivt svekket at etterspørselen og behovet for alkohol er relativt lite. Å legge til rette for økt rusbruk gjennom salg av alkohol og fasilitering av puber og restauranter i sykehjem vil kreve økte ressurser og høyere bemanning, og må settes opp mot ulike andre prioriteringer innad i helsetjenestene.

Spørsmålet om hva som er forsvarlig rusbruk eller ikke, ser ut til å være sekundært opp mot pasientens rett til medbestemmelse og autonomi. Nødvendigheten av å ta debatten om pasientrettigheter, brukermedvirkning og utforming av helsetjenester etter pasienters ønsker og behov, sett opp mot ressursene som trengs for å imøtekomme kravene, blir som en følge av dette stor.

En viktig oppgave for sykepleiere blir å dokumentere komplikasjoner, ressursbruk og andre faktorer som kan bidra til å belyse denne debatten, samtidig som man ivaretar pasienters autonomi og medbestemmelsesrett, til tross for at deres ønsker og valg kan være i strid med hva en som sykepleier regner som faglig forsvarlig.

6.0 Referanser

- Alkoholloven (1990). *Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v.* (LOV-1989-06-02-27). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1989-06-02-27>
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. (1.utg, oversatt av Have. G.) TANO Forlag A.S
- Brodtkorb, K. & Hauge. S. (2020). Sykepleie i sykehjem. Kirkevold. M., Brodtkorb. K. & Ranhoff. A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (3.utg. s. 262-279). Gyldendal Akademisk
- Burruss, K., Sacco, P., & Smith, C. (2015). Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: Perspectives of residents in congregate living. *Ageing and Society*, 35(9), 1889-1904. doi:10.1017/S0144686X14000671
- Christoffesen, L., Johannesen, A., Tufte. P.A & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag A.S.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk
- Eide H. & Eide T. (2007) *Kommunikasjon i Relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. reviderte utg.) Gyldendal Norsk Forlag
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019). Rusmiddelbruk. Engedal, K. & Tveito, M. (Red.). *Alderspsykiatri*. (1.utg. s.273-287). Forlaget aldring og helse - akademisk
- Flesland, L (2014). Sykepleiere i pleie og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk sygepleieforskning, 2014* (No.1) Vol.4, side 43-58. Hentet fra: https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2014/01/sykepleiere_i_pleie-og_omsorgssektorens_erfaringer_med_eld
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. (FOR-1998-11-14-932) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Hauge. S. (2014). Sykepleie i sykehjem. Kirkevold. M., Brodtkorb. K. & Ranhoff. A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg. s. 265-283). Gyldendal Akademisk

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, N., Fjelltun, A-M, S., Normann. H. K., & Norberg. A. (2015). Nursing home placement in Norway. Characteristics of older people assigned to placement. *Nordisk sygepleieforskning, 2015* (No.2) Vol. 5, s.133-150. Hentet fra: <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-06>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: I helsefag og sykepleie*. (1.utg.) Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. (2.utg). Høyskoleforlaget
- Johannesen, A., Helvik. AS, Engedal. K. & Sørliie.V.M. (2015). Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol.30(2)* <https://doi.org/10.1111/scs.12282>
- Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., Haanes, G. G., & Helvik, A.-S. (2021). Health Professionals' Experiences Regarding Alcohol Consumption and Its Relation to Older Care Recipient's Health and Well-Being. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 14*, side 1829–1842. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S310620>
- Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., & Helvik, A.-S. (2021). Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 38(2)*, 161–174. <https://doi.org/10.1177/1455072520961890>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg). Gyldendal akademisk
- Kjelvik. J. & Jønsberg. E. (2017) *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende – analysenotat 02/17 SAMDATA kommune*. Helsedirektoratet. URL: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hje>

mmeboende.pdf/attachment/inline/9f8fa68c-5969-4147-95d1-2177464084de:8a6b1b6e741b917894778a5ef81610764635ea4c/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kristoffersen N. J, Nortvedt F, Skaug E-A. (Red.), (2011), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2.utg, s. 208-280) Gyldendal Akademisk

Lossius K. (2018). Rusmidler. Skårderud F, Haugsgjerd S. & Stånicke E. (Red.). *Psykiatriboken Sinn-kropp-samfunn*, (2.utg s. 477-493). Gyldendal Akademisk

Løgstrup. K. (1956). *Den etiske fordring*. Gyldendal Forlag

Malmsten, B. (1988). *Ett bloss för Bodil Malmsten – Dikter 1977-1987*. MånPocket, utgitt i overenskomst med Albert Bonniers Förlag AB.

Nordeng H. & Spigset O. (2018.) *Legemidler og bruken av dem*. (3.utg) Gyldendal Akademisk

NRK, (2016, 30. august). Manglerudhjemmet. [Innslag på Dagsrevyen]. NRK, *Dagsrevyen*.
<https://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/201608/NNFA19083016/avspiller>

NSF, (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Næss, O., & Nesvåg, S. (2017). Vurdering av helsetjenester for eldre med alkoholrelaterte problemer: Hva virker og hva kan bli bedre? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(1), 91–96. <https://doi.org/10.1177/1455072516682635>

Prop. 92. L. (2020-2021). Proposisjon til stortinget (forslag til lovvedtak). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5e3c52ef8e4b40ba9f471880c5c5c7a2/no/pdfs/prp202020210092000dddpdfs.pdf>

Ranhoff. A. H. & Engh. E. (2020) Eldre og legemidler. Kirkevold. M., Brodtkorb. K. & Ranhoff. A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (3.utg. s. 185-198). Gyldendal Akademisk

- Scheldrup. H. (1993). Sigmund Freud. Eriksen. T. B. (Red). *Vestens tenkere -Bind 3- fra Freud til Baudrillard*. (1.utg., s.15-38). Aschehoug & Co (W.Nygaard).
- Spigset. O. (2019). Eldre og legemidler. Nordeng. H. & Spigset. O. (Red). *Legemidler og bruken av dem*. (3.utg, s. 317.323). Gyldendal Akademisk
- SSB (2021). Statistikkbanken. 12392: Bruk av alkohol, cannabis og vanedannende legemidler (prosent), etter kjønn, alder, statistikkvariabel og år. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12392/tableViewLayout1/>
- SSB (2021) Statistikkbanken. 05375: Forventet gjenstående levetid, etter kjønn og alder 1986 – 2021. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/05375>
- SSB (2021). Helsetjenester. Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstjenester. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Statsforvalteren (2016, april). *Faglig forsvarlighet – Nødvendig helsehjelp*. [powerpoint]. Hentet fra: <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-rogaland/dokument-fmro/helse-og-sosial/arrangementsdokument/turnus-kurs-april-2016-.pptx---faglig-forsvarlighet---nodvendig-helsehjelp.pdf>
- St. meld. nr. 15 (2017-2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre..* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget AS
- Østerberg. D. (1993). Jean-Paul Sartre. Eriksen. T. B. (Red). *Vestens tenkere -Bind 3- fra Freud til Baudrillard*. (1.utg., s.251-263). Aschehoug & Co (W.Nygaard).

7.0 Vedlegg

7.1. Søketabletter med utfyllende kommentarer

Søk 1: Cinahl database 09.03.2022.

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Inkludert
1	Nursing home pasients	Keyword, 2013-2022	15.224	
2	Geriatrics	Keyword, 2013-2022	10.211	
3	Ageing	Keyword, 2013-2022	45.312	
4	Age care facility	Keyword, 2013-2022	1	
5	Residential care	Keyword, 2013-2022	3	
6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5		69.427	
7	Alcohol consumption	Keyword, 2013-2022	29.635	
8	Alcohol and drug use	Keyword, 2013-2022	1473	
9	Alcohol*	Keyword, 2013-2022	115.864	
10	7 OR 8 OR 9		115.864	
11	Autonomy	Keyword, 2013-2022	32.856	
12	Patient autonomy	Keyword, 2013-2022	7877	
13	Patient centered care	Keyword, 2013-2022	35.020	
14	11 OR 12 OR 13		66.954	
15	6 AND 10 AND 14		8	
Inkludert				1

Søket gav 8 treff. Dette er et relativt lite utvalg, men treffsikkerheten på relevans inn mot oppgaven var høy. Jeg valgte meg ut tre artikler som jeg leste grundigere gjennom før jeg valgte å inkludere en artikkel i oppgaven: «*Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: perspectives of residents in congregate living*». (Burruss, Sacco, & Smith, 2015).

Søk 2: MEDLINE database 09.03.2022.

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Inkludert
1	Nursing home pasients	Keyword, 2013-2022	1612	
2	Geriatrics	Keyword, 2013-2022	111.854	
3	Ageing	Keyword, 2013-2022	87.709	
4	Age care facility	Keyword, 2013-2022	1020	
5	Residential care	Keyword, 2013-2022	4254	
6	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5		192.512	
7	Alcohol consumption	Keyword, 2013-2022	79.085	
8	Alcohol and drug use	Keyword, 2013-2022	21.378	
9	Alcohol	Keyword, 2013-2022	499.659	
10	7 OR 8 OR 9		499.659	
11	Autonomy	Keyword, 2013-2022	54.095	
12	Patient autonomy	Keyword, 2013-2022	6139	
13	Patient centered care	Keyword, 2013-2022	28.017	
14	11 OR 12 OR 13		81.393	
15	6 AND 10 AND 14	Fagfelleurdert	13	
Inkludert				1

Søket gav 13 treff. Utvalget er relativt lite, men gav treff på flere artikler som kunne være relevante. Etter gjennomlesning av abstract på artiklene satt jeg igjen med tre artikler som kunne belyse problemstillingen i oppgaven min på en god måte. Ved grundigere lesing og kritisk vurdering av artiklene valgte jeg å inkludere en artikkel: «*Health Professionals' Experiences Regarding Alcohol Consumption and Its Relation to Older Care Recipient's Health and Well-Being*» (Johannessen, et. al., 2021) i oppgaven da denne case-studien er norsk og gir utfyllende data om helsepersonells erfaringer med alkoholbruk hos eldre pasienter fra ulike perspektiv. Både funn knyttet direkte til erfaringer i sykehjem, og funn knyttet til pleie og ivaretagelse av pasienter før innleggelse på sykehjem gir et større bilde av

en kompleks omsorgskjede og utfordringer knyttet til dette. Forskningen er av nyere dato, og jeg har kjennskap til første- og tredjeforfatter fra før gjennom både pensumlitteratur og/eller forskningsartikler jeg har lest gjennom studiet.

Søk 3: Idunn database 16.02.2023

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat	Inkludert
1	Sykehjem*	2012-2022	523	
2	Ageing	2012-2022	933	
3	Geriatri*	2012-2022	206	
4	1 OR 2 OR 3		1301	
5	1 OR 2 OR 3	Kun forskningsartikler	710	
6	Alkoholkonsum	2012-2022	53	
7	Alcohol and drug use	2012-2022	24	
8	Alkohol*	2012-2022	1050	
9	6 OR 7 OR 8	Kun forskningsartikler	368	
10	Autonomi	2012-2022	1478	
11	Brukermedvirkning	2012-2022	403	
12	Medbestemmelsesrett	2012-2022	58	
13	10 OR 11 OR 12	Kun forskningsartikler	866	
14	5 AND 9 AND 13	Fagfellevurdert	45	
Inkludert				2

Søket gav 45 treff, men jeg opplevde at søket til tross for avgrensninger gav treff som inneholdt kun ett av søkeordene. Søket er gjennomført med tekstord, da Idunn.no ikke gir mulighet for søk med begrensningen «emneord, keywords eller nøkkelord». Etter å ha skummet gjennom treffene, valgte jeg å lese abstract av fire av artiklene som kunne ha relevans for oppgaven. Slik fant jeg frem til to artikler som kan belyse problemstillingen for oppgaven min. Etter grundig gjennomlesning av disse to artiklene inkluderer jeg artiklene: «*Sykepleiere i pleie og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov*» (Flesland, L., 2014) som gav treff på flere av søkeordene, og «*Nursing home placement in Norway - Characteristics of older people assigned to placement*. (Henriksen, et. al., (2015)). Sistnevnte studie belyser hvilke pasienter som får plass ved norske sykehjem, og karakteristika ved denne pasientgruppen.

Søk 4: Manuelt søk i google scholar. 09.03.2022

Etter gjennomlesning av referanselisten i artikkelen: «*Health Professionals' Experiences Regarding Alcohol Consumption and Its Relation to Older Care Recipient's Health and Well-Being*» (Johannessen, et. al., 2021) funnet i søk 2, valgte jeg å søke opp de tre opprinnelige studiene denne case-studien baserer seg på. Dette for å lete etter data lete etter data som muligens ikke kommer frem i case-studien, og få bedre innblikk i datamaterialet. Etter grundig gjennomlesning valgte jeg å inkludere studien som forteller om sykepleieres erfaringer knyttet til alkoholbruk og bruk av psykoaktive medisiner i sykehjem:

«*Health Professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs*» (Johannesen, et. al., 2021).

7.2. Artikkelmatrise 1

Flesland, L (2014). Sykepleiere i pleie og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk sygepleieforskning, 2014* (No.1) Vol.4, side 43-58. Hentet fra: https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2014/01/sykepleiere_i_pleie-og_omsorgssektorens_erfaringer_med_eld

<u>Hensikt:</u>	<u>Metode/populasjon:</u>	<u>Resultater/funn:</u>	<u>Kildekritikk/relevans:</u>
Å få økt kunnskap om rusmiddelbruk og rusrelaterte hjelpebehov blant eldre, samt å undersøke i hvilken grad ansatte i kommunale pleie og omsorgstjenester har kunnskap om rusproblematikk.	Kvalitativ studie med fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Semistrukturerte forskningsintervju. Intervju med 8 sykepleiere, hvorav 4 jobbet i hjemmetjenesten og 4 ved sykehjem. Respondentene ble rekruttert fra en stor norsk kommune. Det ble satt som kriterium av informantene skulle	Rusmiddelbruk blant pasienter i pleie og omsorgssektoren er relativt vanlig, og øker i omfang. Sykepleierne i studien hadde mest erfaring med alkoholbruk, og mente det var flest menn med slik problematikk. Overforbruk av vanedannende medikamenter mente de å se oftere blant kvinner. Kombinasjonsbruk av medikamenter og alkohol er også relativt vanlig. Informantene hadde lite erfaring med eldre pasienter som brukte illegale rusmidler/narkotika, men det opplyses at dette øker i omfang. Mange av pasientene hadde hatt rusproblemer i lang tid, uten at de hadde fått hjelp. Problematikken	Studien er fra 2014, og dette kan påvirke både kunnskapsgrunnlaget og holdningene blant informantene da konteksten endrer seg med samfunnsutviklingen. Informantene i studien var erfarne sykepleiere ansatt i en stor norsk kommune. Det kan tenkes at geografisk og kulturelle forskjeller gir seg utslag, sett opp mot om studien hadde blitt gjennomført i en mindre kommune eller i et annet utvalg.

ha fem års erfaring som sykepleier. Intervjuene ble utført på informantenes arbeidsplass.

ble ofte avdekket når pasientene ble utskrevet fra sykehus og overført til pleie- og omsorgstjenestene.

Pasienter som har brukt rusmidler er gjennomgående yngre, og har aldringsrelaterte sykdommer tidligere enn andre pasienter.

Rusmiddelbruk blir opplevd som skamfullt blant eldre og særlig blant kvinner. Skammen fører til at pasienter og pårørende kan prøve å skjule rusmiddelbruken for omgivelsene og unnlate å kontakte hjelpeapparatet.

Rusvaner etablert sent i livet kan skyldes ensomhet etter tap av partner og annet nettverk, Effekten av medikamenter og alkohol bidro til å dempe psykiske vansker som følge av ensomhet for enkelte.

Pasientenes rusmiddelbruk blir i liten grad kartlagt, og informantene kjente ikke til noen kartleggingsverktøy. Sparsom dokumentasjon som følger pasientene ved inntak i og mellom spesialist- og kommunale helsetjenester sa lite om omfang og hvilke rusmidler/medikamenter som hadde vært brukt. Mange eldre får ofte forskrevet vanedannende medikamenter uten tilstrekkelig oppfølging fra helsepersonell. Overdosering/feilbehandling med beroligende medisiner tidligere, grunnet manglende effekt, fører til komplikasjoner og en mangler gode rutiner for nedtrapping på vanedannende medikamenter.

Ingen av informantene kjente til at pasienter i pleie og omsorgstjenestene hadde fått behandling i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS),

Informantene har mange sammenfallende synspunkt og refleksjoner, som kan indikere at funnene speiler situasjonen i kommunale leie og omsorgstjenester generelt.

Studien har hatt fokus på eldre rusmiddelbrukere >65år. Informantene opplevde det problematisk å skille på alder da pasientgruppen ble tidlig gamle, og det var ikke mulig å definere noen spesifikk aldersgrense i datainnhentingene. I analysen er det likevel forsøkt å se bort fra de utfordringene som helt tydelig var relatert til de yngste gruppene av rusmiddelbrukere informantene kjente til. Datamaterialet baserer seg på både informasjon fra sykepleiere i hjemmetjenesten og i sykehjem. Målet med oppgaven min er å øke kunnskapen min om utfordringer ved pleie av pasientgruppen i sykehjem. Funn og refleksjoner gjort i denne studien kan på den andre siden

og i de kommunale omsorgstjenestene opplevde de å ha mangelfulle tilbud. Pasientene satte stor pris på å snakke med hjelperne, men tidsmangel gjorde dette utfordrende. Informantene etterlyste mer kunnskap om samtalemotodikk.

belyse hvordan samhandling mellom hjemmetjeneste, eksterne aktører som lege og sykehus og sykehjem fungerer.

Rusmiddelbrukere har ofte en adferd som vanskeliggjør samhandling med andre pasienter. Pasientene er generelt yngre enn sine medpasienter, og det etterlyses bedre tilrettelagte omsorgstilbud i forhold til alder, kjønn og individuelle behov. Flere av informantene mente det ville være hensiktsmessig med egne avdelinger for rusmiddelbrukere, med personell som hadde spesialkompetanse på rus.

Pasienter med demenslidelser kunne bli svært urolige, da de ikke klarte å sette ord på at de hadde «rus-sug».

Rusmiddelbrukere beskrives som ressurskrevende pasienter. Under ruspåvirkning kan det oppstå uforutsigbare og utfordrende situasjoner for medpasienter, pårørende og ansatte. Helsepersonell med lite erfaring med rus har ofte negative holdninger til ruspasienter. Uerfarne ansatte kunne oppleve det utrygt å hjelpe, mens de med mer erfaring med rus i større grad hadde positive holdninger, var mer motiverte og hadde tro på at det var mulig å hjelpe pasienter med rusrelatert problematikk.

Lite fokus på bruk av rusmidler og rusproblematikk under sykepleierstudiet. Kompetanse er tilegnet ved å kombinere teori fra

psykisk helsevern med erfaringer de hadde fått ved å jobbe med pasientgruppen.

7.3. Artikkelmatrise 2

BURRUSS, K., SACCO, P., & SMITH, C. (2015). Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: Perspectives of residents in congregate living. *Ageing and Society*, 35(9), 1889-1904. doi:10.1017/S0144686X14000671

<u>Hensikt:</u>	<u>Metode/populasjon:</u>	<u>Resultater/funn:</u>	<u>Kildekritikk/relevans:</u>
Å få større kunnskapsgrunnlag og forståelse av eldre sin egen opplevelse av alkoholvaner og helse for pensjonerte eldre bosatt i eldrester.	<p>Kvalitativ studie. Mixed-method. Todelt datainnsamling gjennom dagbokskrivning, og intervjuer i etterkant. 76 informanter ble spurt om å være med i studien. 13 deltagere ble inkludert, hvorav to trakk seg fra studien, og etterlot 11 informanter. -Fem menn og seks kvinner i alderen 68-90 år, med en gjennomsnittsalder på 81,5 år.</p> <p>60-69 = 1 pers. 70-85 = 5 pers. 85+ = 5 pers.</p> <p>6 = gift/samboende 4 = enker/enkemenn 1 = skilt/singel</p> <p>Inkluderingskriterier: - Kunne prate og skrive engelsk flytende. -Bosatt i individuell boenhet i eldrester. (congregate care facility)</p>	<p>Utsagn ble kategorisert i tre kategorier: -Alkoholkonsum som en vane/rutine -Påvirkning fra andres alkoholkonsum -Opplevelsen av å drikke i en eldrester-setting (congregate living setting).</p> <p>-Deltakere så på alkoholinntak som en daglig rutine, gjerne knyttet opp mot måltidsituasjoner (før eller under måltid). -Rutinen med å ha en alkoholholdig drink i forbindelse med måltid ble sett på av de eldre som et tegn på normal drikking. -Drikkemønster og rutiner var tatt med inn i alderdommen og eldrester-setting, fra etablerte vaner gjennom et langt liv. -Noen deltagere brukte alkohol som en avslutning på</p>	<p>Studien er gjennomført i USA, i området rundt Baltimore og Washington Metro området. Studien er gjennomført av forskere fra University of Maryland, Baltimore, USA. Variasjoner som sosioøkonomiske og kulturelle kan gjøre seg gjeldene om studien ble gjennomført andre steder. Overføringsverdien til norske forhold vil likevel være interessant da Norge også er et velstående land med relativt like alkoholvaner blant voksne mennesker. Kanskje særlig i et storby/urbant miljø. Studien er gjennomført ved et boserter for eldre, og ikke ved det en definerer som sykehjem her i Norge. Sammenligningen eldrester/omsorgsleiligheter med felles areal, felles måltider vil være bedre. Slike tilbud finnes i Norge, og det etableres flere og flere av dem. Mange slike tilbud her i Norge har også skjenkebevilling, og tendensen om å kunne tilby alkoholserving er økende.</p>

-Evne til å kommunisere over telefon.

-Drikke alkohol regelmessig (minst en enhet siste to uker).

Ekskluderingskriterier:

-Svekkede kognitive evner, kartlagt ved bruk av Mini-Cog Screen, (score på under tre) og abnormal klokkegningstest.

Alle deltakerne i studien er identifisert som kaukaiske, og alle deltakerne hadde drukket alkohol på minst seks av de siste åtte dagene (gjennomsnitt = 7,36 enheter på åtte dager). Gjennomsnittslengde på opphold i eldrester: 5,27 år.

Digitale opptak av intervju ble transkribert til råtekst, og videre gruppert i tema/koder som beskriver meningen i utsagn.

dagen i form av en drink før leggetid.

-Flere deltakere opplyser at de gjerne drakk litt mer i sosialt samvær enn de normalt ville gjort.

-Pris og tilgjengelighet kan også føre til økt konsum.

-Deltakerne i studien så på det å drikke alkohol blant sine «peers» /medmennesker i samme situasjon / likemenn, som normalt, og hadde ikke opplevelsen av at dette var et problem i en eldrester-setting. Deltakerne opplevde sitt alkoholkonsum som vesentlig annerledes enn for yngre aldersgrupper. Det ble påpekt begrensninger i forhold til alkoholkonsum knyttet til alder. En deltaker hadde lagt merke til at andre på hans alder drakk sjeldnere enn det han og hans kone gjorde.

Deltakerne i studien spiser sammen i en matsal, og det er muligheter for å bestille alkoholholdig drikke

Utvalget i studien er lite (11 informanter), og inkluderingskriteriene utelater dem som kun drikker sporadisk. Gitt dette kan utvalget en relativt homogen gruppe (velstående hvite mennesker, med etablerte «normale» drikkevaner innenfor en gitt kultur/sosioøkonomisk klasse). Studien har heller ikke fokus på dem som har et avhengighetsproblem knyttet til alkohol, eller drikker svært mye.

Studien fokuserer på å innhente større kunnskapsgrunnlag om motivasjonen til å bruke alkohol, og faktorer som påvirker dette i en eldrester-sammenheng.

ved bordene. Enkelte beboere har med sin egen vin.

Det ble servert alkoholholdig drikke flere steder enn i matsalen, og det fantes puber ved senteret og der ble det tilbudt drinker, vin og øl, samt ulike aktiviteter. Pubene ble ikke oppfattet som «vannhull», men sted for sosiale aktiviteter som kortspill, bingo og biljard.

Lett tilgjengelighet av alkohol gav beboerne en opplevelse av et normalisert forhold til alkoholbruk.

7.4. Artikkelmatrise 3:

Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., Haanes, G. G., & Helvik, A.-S. (2021). Health Professionals' Experiences Regarding Alcohol Consumption and Its Relation to Older Care Recipient's Health and Well-Being. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 14, side 1829–1842. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S310620>

<u>Hensikt:</u>	<u>Metode/populasjon:</u>	<u>Resultater/funn:</u>	<u>Kildekritikk/relevans:</u>
Å øke kunnskapsgrunnlaget om helsepersonells erfaringer og refleksjoner rundt alkoholkonsum blant eldre, og hvordan dette påvirker deres helse og livskvalitet.	Case study. Re-analysering av originalmateriale fra tre tidligere utførte studier. Identifisering, beskrivelse og tematisering av det samlede materialet, gjennom fenomenologisk og heremeutisk	Ulik tilnærming mellom sykepleiere ved sykehjem, sykepleiere i hjemmetjenesten og allmennleger. Sykepleiere i sykehjem har ofte bedre oversikt over alkoholkonsumet til sine pasienter enn de andre yrkesgruppene, og adresserer utfordringer knyttet til	Studien er fra 2021, og baserer seg på tre studier fra perioden 2013 til 2018. Gjennom en case-studie får en kunnskap fra ulike kilder som kan gi større kunnskapsgrunnlag og ulike perspektiv i

<p>tilnærming. Triangulering av funn og resultater for utvidet kunnskap sett fra ulike perspektiv.</p>	<p>forhøyet/helseskadelig alkoholkonsum tydeligere til pasienter, pårørende og lege.</p>	<p>komplekse problemstillinger.</p>
<p>Studie 1: -18 sykepleiere ved sykehjem og 1 sosionom. 18 kvinner og 1 mann.</p>	<p>Store forskjeller i den norske befolkningens alkoholkonsum, men eldre er mer vant med alkohol enn tidligere og alkoholkonsumet i denne aldersgruppen har økt de siste tiårene.</p>	<p>En streng deskriptiv form med tema og undertematikker kan være begrensende og dette kan utelukke noen funn i intervjuene, da data er hentet fra ulike yrkesgrupper og perspektiv.</p>
<p>Studie 2: -16 sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. 12 kvinner og 4 menn.</p>	<p>Alkoholkonsum oppleves som et sårbart tema å ta opp med pasienter, og det oppleves som vanskelig å starte en dialog rundt tematikken.</p>	<p>Artikkelen har en tydelig IMRAD-struktur, og er publisert i et velrenommert tidsskrift. Studien er også merket med «original research», som indikerer at den er fagfellevurdert.</p>
<p>Studie 3: -11 allmennpraktiserende leger. -4 kvinner og 7 menn.</p>	<p>Indikasjoner som et forutgående fall, forhøyede verdier i blodprøver, eller bekymringer fra pårørende som kunne knyttes til alkoholkonsum ble ofte brukt som inngangsport for samtaler om alkoholkonsum med pasient. Bruk av alkohol blir sett på som et privat anliggende, og helsepersonell vegrer seg for å diskutere tematikken med pasienter. Relasjonen mellom helsepersonell er vesentlig for å yte god helsehjelp, og frykten for å forstyrre tilliten og relasjonen til pasienter ved å ta opp tematikken gjør at man ofte unngår slike samtaler.</p>	<p>Datamaterialet er innhentet over en periode på fem år, og det er i denne perioden ikke registrert endringer i alkoholovgivningen i Norge, eller store endringer i befolkningens holdninger til bruk av alkohol i landet.</p>
	<p>Deltakere i studien rapporterer at helsepersonell generelt bør bli mer oppmerksom på alkoholkonsum og vaner blant eldre. En bør også reflektere over eget konsum</p>	<p>Studien nevner ikke implementering av ny tvangslov i 2016, og muligheter og begrensninger dette medfører ved ulike intervensjoner, men påpeker et stort fokus på pasienters selvbestemmelsesrett, respekt for det private og</p>

og egne holdninger i møte med pasienter.

Det er lite fokus på tematikken i utdanningsprogrammene for yrkesgruppene, og dette bør styrkes.

Behandlingstilbudet for eldre med problematikk knyttet til alkohol/rusmidler er relativt lite.

Studien viser at helsepersonell etterspør tydeligere retningslinjer knyttet til håndtering av økende og helseskadelig alkoholkonsum blant eldre.

helsearbeideres frykt for å handle i strid med juridiske retningslinjer knyttet til pasientrettigheter.

7.5. Artikkelmatrise 4

Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., & Helvik, A.-S. (2021). Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 161–174.
<https://doi.org/10.1177/1455072520961890>

<u>Hensikt:</u>	<u>Metode/populasjon:</u>	<u>Resultater/funn:</u>	<u>Kildekritikk/relevans:</u>
Å undersøke helsepersonells i norske sykehjem sine erfaringer med pasienters alkoholkonsum og bruk av psykoaktive stoffer/medisiner. En ser også på hvordan man tilrettelegger for slik bruk i norske sykehjem.	Kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer. 20 informanter, hvorav 19 registrerte sykepleiere og en sosialarbeider. 19 kvinner og 1 mann. Alder: 24 – 60 år. Erfaring i sykehjem: 6 mnd. – 30 år. Informantene kom fra seks ulike fylker. Seks av deltakerne jobbet i pleieavdelinger, fem hadde ansvar for	Alkohol ble solgt eller servert ved de seks sykehjemmene informantene jobbet ved, fra en tralle på fredager, lørdager og ved høytider. Alkohol ble tilbudt ut ifra en antakelse om at alkohol ville glede beboerne. Informantene i studien hadde tro på en balansering av tilgjengeligheten til alkohol til helger og helligdager, fremfor hver dag. Man tilstreber at beboerne skal ha så gode	Norsk studie fra 2020, som baserer seg på datamateriale som er innhentet i 2017 og 2018. Studien speiler derfor et relativt oppdatert bilde av situasjonen slik den er i norske sykehjem pr. dags dato. Informantene kom fra ulike sykehjem og fra seks forskjellige fylker, noe som burde spille en generell praksis

fagutvikling, fem var avdelingsledere, og tre hadde andre ansvarsområder ved sykehjem. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer, med fire og fem deltakere. Disse ble gjennomført på et nøytralt møterom ved et hotell. Det ble gjennomført ti individuelle intervju. Fire av disse intervjuene ble gjennomført mellom første og siste fokusgruppeintervju, og seks etter siste fokusgruppeintervju. Seks intervju ble gjennomført på et møterom ved informantenes arbeidssted eller i deres private hjem, mens fire ble gjennomført over telefon. Det ble benyttet en tematisk intervjuguide med tre hovedspørsmål knyttet til informantenes erfaringer med alkoholkonsum og retningslinjer til dette ved sykehjemmene, samt erfaringer knyttet til foreskrivning av psykoaktive medisiner og seponering/begrensning av disse. Nye spørsmål ble utformet basert på svar og refleksjoner fra informantene, og ble tatt med videre inn i fokusgruppeintervju og individuelle intervju for å videreutvikle, berike og utvide det samlede liv som mulig, kunne leve så normalt og aktivt som mulig, og man ønsker ikke å ta bort ting de liker. Informantene opplevde at de fleste beboerne ikke ønsket å konsumere alkohol daglig, men enkelte ønsket det. Effekten av fasilitering av bar/pub i sykehjem ble opplevd som både positivt og negativt for beboerne. Det kunne resultere i økt livskvalitet for noen, men også føre til et mer omfattende alkoholkonsum. Få sykehjemsbeboere drikker alkohol regelmessig, og derfor har vanligvis ikke personalet fokus på risikoene alkoholkonsum kan føre med seg. Enkelte pasienter med alkoholproblematikk slutter å drikke alkohol når de får permanent plass ved sykehjem. Når pårørende eller venner bringer inn alkohol til sine, kan det være vanskelig for personalet å kontrollere beboernes konsum. Informasjon og dialog med pasienter og pårørende om alkoholens effekt når helsen er dårlig, sett i lys av fysiologiske aldersforandringer, eller i kombinasjon med medisiner er av stor betydning. Manglende regelverk, retningslinjer og ledelsesfokus på tilgjengelighet av alkohol kan føre til ulik praksis og ulike holdninger blant personal.

for landet. Jeg opplever likevel at bildet som tegnes ikke er gjenkjennelig fra mine praksis perioder i mindre urbane strøk på Vestlandet, der salg og servering av alkohol er mindre vanlig. Dette fremhever de geografiske og kulturelle forskjellene i bruk og holdninger til alkohol her i landet, og konsekvensene får for både pasienttilbud og pleie ved ulike sykehjem. Seks av de individuelle intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, mens fire ble gjennomført pr. telefon. Dette kan ha skapt forskjeller i datainnsamlingen og refleksjonen underveis i intervjuene. De individuelle intervjuene ble utført dels etter første og andre fokusgruppeintervju, og baserer seg på informasjon og refleksjoner fra dissesterke meninger og holdninger fra en flere i fokusgruppene vil kunne ha påvirket utformingen av videre spørsmål og legge føringer for temaer i resten av studien. Intervjuene

datamaterialet. Ordrett transkribering av lydopptak ble gjort av en ekstern profesjonell skriver, innen to uker etter gjennomført intervju. Kvalitetskontroll av transkriberingen ble gjort av hovedforfatter ved samtidig lytting og lesning av materialet.

Mange sykehjemspasienter har stått på psykoaktive medisiner i mange år, og det er ikke gjort doseendringer på flere år. Til tross for rutinen med legemiddelgjennomgang ved innskriving i sykehjem, har det vist seg vanskelig å etablere en konsensus blant leger i å redusere bruken av slike legemidler i sykehjem. Informanter i studien peker på at enkelte leger ikke avslutter behandling slike legemidler ofte nok. Seponering av psykoaktive medisiner fører ofte til abstinenser og endringer i adferd hos pasienter som søvnløshet eller agitasjon, som kan være utfordrende for pasienten selv, personal og miljøet i avdelingen. Medisinering med psykoaktive medisiner knyttes også til ressursmangel, lav kompetanse blant helsepersonell, i tillegg til mengden av nevropsykiatriske symptomer som alvorlig uro, agitasjon eller aggresjon hos noen pasienter. Enkelte sykehjemsleger opplever det som vanskelig å evaluere bruken av psykoaktive medisiner grunnet motstridende informasjon og ulik dokumentasjon fra pleiepersonell. Bevisstheten rundt bivirkninger av psykoaktive medisiner har økt de senere år, og medført et større fokus på bruk av ikke medikamentelle tiltak i

varte fra 10 til 64 minutter, og det ville være interessant å se om f.eks. telefonintervjuene var de korteste. Artikkelen har en tydelig IMRAD-struktur og er fagfellevurdert.

møte med utfordrende adferd. Deltakerne i studien peker på at bruken av psykoaktive medisiner i sykehjem primært begrunnes med behovet for å beskytte andre beboere mot utagerende adferd. Bruk av multidosesystem medfører mindre bevissthet rundt hvilke medisiner pasienter står på.

7.6.. Artikkelmatrikse 5

Henriksen, N., Fjelltun, A-M, S., Normann. H. K., & Norberg. A. (2015). Nursing home placement in Norway. Characteristics of older people assigned to placement. *Nordisk sygepleieforskning*, 2015 (No.2) Vol. 5, s.133-150. Hentet fra:
<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-06>

<u>Hensikt</u>	<u>Metode/populasjon</u>	<u>Resultater</u>	<u>Kildekritikk/relevans</u>
Kartlegge og bestemme karakteriske kjennetegn ved pasienter som blir tilbudt sykehjemsplass i det norske samfunnet. Studien ønsket også å belyse hvilke kriterier som blir vektlagt ved slik tildeling.	Deskriptiv kvantitativ studie, der datamaterialet ble innhentet gjennom spørreskjema med forhåndsdefinerte og åpne tekstsvaer/spørsmål. Svarene på de åpne spørsmålene er analysert ved kvalitativ innholdsanalyse. Det ble gjort innsamling av datamateriale i tre ulike grupper, over en periode på et år, i en norsk kommune. Pasienter som venter på tildeling av plass i sykehjem (1), pasienter som har blitt tildelt plass i sykehjem, men venter på plass (2), og pasienter som bor i sykehjem (3). Utvalget i gruppe 1: 63 forespurte, hvorav 32 samtykket til deltakelse i studien (51%). Utvalg i gruppe 2:	Relevante funn for gruppen «sykehjemsbeboere»: -Store motoriske funksjonshemminger. -De fleste har liten evne til å utføre daglige gjøremål som f.eks. toalettbesøk og ivaretagelse av hygiene, uten bistand fra personal. -93,6% har redusert hørsel, og problemer med å følge en samtale med normalt lydnivå. -38,3% trenger hjelp i måltidsituasjoner. -De aller fleste pasientene har nedsatt kognitiv funksjon, og 93,6% av sykehjemsbeboerne hadde forstyrrelser knyttet til hukommelse.	Studien er fra 2015, og ikke helt ny. Etter studien er St.meld.nr. 15, «Leve hele livet» kommet, og legger føringer for at flere eldre skal bo hjemme lengst mulig. Flere eldre fører til relativt sett færre sykehjemsplasser for pasientgruppen. Studien viser hvilket funksjonsnivå og hvilke sykdommer pasienter som bor på, har blitt tildelt plass, og venter på plass i sykehjem har, og hvordan dette vektlegges ved tildeling av sykehjemsplass. Studien gir slik et godt bilde av hvem som bor på sykehjem i

63, hvorav ni døde tidlig i datainnsamlingen, en ble tildelt plass i institusjon, og en ikke mottok helsetjenstester i hjemmet. Av de 52 gjenværende samtykket 36 til deltakelse i studien (69%). Utvalg gruppe 3: 73 sykehjemspasienter, hvorav 9 døde tidlig i datainnsamlingen, en var i terminal fase, og en ble omplassert til annet lokasjon. Av de gjenværende 61, samtykket 47 til deltakelse i studien (77%).

-En stor andel av sykehjemspasientene hadde ulike symptomer knyttet til adferd daglig. Eksempler på dette kunne være: 29,8% spytter ut medisiner, 59,6% søker kontinuerlig oppmerksomhet fra personalet, 29,8% vandrer, 29,8% motsetter seg på og avkledning, 61,7% har søvnforstyrrelser, 17% utagerer fysisk mot personal, og 12,8% har uhell med avføring på klær og møbler. Bare 40,6% av de eldre ønsket selv sykehjemsplass i forkant av plassering. Til tross for stort alvorlig sykdom og behov for helsehjelp, måtte pasienter uten kognitiv svekkelse vente lengre på sykehjemsplass enn pasienter med kognitiv svekkelse. Kun to tredjedeler av pasientgruppen som bor i sykehjem tilhører den gruppen av pasienter som har mest behov for tilbudet, da andre faktorer som pårørendeslitasje, adferdsproblematikk, og sykehusinnleggelse kort tid i forkant av plassering i sykehjem for rehabilitering også kunne påvirke tildeling.

Norge, og gir viktig informasjon om pasientgruppen i oppgavens problemstilling. Studiens design med datamateriale fra tre ulike grupper, gjør at jeg henter ut informasjon om den gruppen som er relevant for min oppgave: pasienter som bor i sykehjem. En deltakelse på rundt 51% i en av de datainnsamlingene i studien, kan medføre nedsatt pålitelighet til datamaterialet. I gruppen sykehjemsbeboere var svarprosenten derimot 77%, noe som gir høyere pålitelighet, og bedre grunnlag for å kunne generalisere. Datainnsamlingen baserer seg på tall fra et år, og det er mulig at tildeling av plasser, pasientgruppe og prioriteringer ville sett annerledes ut andre år. Likevel vurderes resultatene i studien til å være overførbare til andre kommuner og sykehjem.

7.7. Sjekkliste artikkel 1: Flesland (2014)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie, artikkel 1, Flesland (2014).

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Flesland, L (2014). Sykepleiere i pleie og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk sykepleieforskning, 2014* (No.1) Vol.4, side 43-58. Hentet fra: https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2014/01/sykepleiere_i_pleie-og_omsorgssektorens_erfaringer_med_eld

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?

- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: Problemstillingen er todelt. Del en handler om å øke kunnskapsgrunnlaget om rusmiddelbruk og hjelpebehov for eldre, og for dette vil en kvalitativ studie være egnet godt. Del to ønsker å undersøke i hvilken grad ansatte i kommunale pleie og omsorgstjenester har kunnskap om rusproblematikk..

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: For å undersøke graden av noe vil ikke en kvalitativ studie egne seg, og en stiller seg spørsmålet om metoden er god. For å undersøke graden av noe ville en tenke at kvantitativ design ville være mer formålstjenlig. Ved gjennomlesning av studien avdekkes derimot hvilken kunnskap og hvordan denne er tilegnet hos informantene i studien, men graden av kunnskap sett om imot andre faste størrelser avklares ikke. Om dette skyldes upresis formulering i problemstilling, uvitenhet om metodikkteknisk formulering er vanskelig å sette fingeren på. Resultatene fra studien, utført med kvalitativt design er likevel verdifulle for min litteraturstudie til tross for at gradering ikke forekommer.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Metodevalg begrunnes med at det er begrenset forskning på området, og at en ønsker å få frem et beskrivende bilde av situasjonen. Videre skriver forsker at en slik design er egnet når problemstillingen på området er sparsom. Helt hvordan men skal tolke denne ordlyden er for meg litt usikkert, men jeg har valgt å tolke det slik at en ikke helt kan definere hva som er problematisk eller ikke og at det ikke går noen klare grenser.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: Forskeren er spesialkonsulent ved kompetansesenter for rus – region vest Bergen, ved Stiftelsen Bergensklinikkene, på tidspunktet studien gjennomføres. I utvalgsstrategien fremkommer det at ønsket var å intervju kompetente sykepleiere, og at en derfor har valgt fem års erfaring som et kriterium. Sykepleierne skulle være i stand til å skille mellom generelle utfordringer og det som var eksplisitt relatert til rusbruk. Helt nøyaktig hva dette er og hvordan en skiller det ene fra det andre, eller hvordan forskeren har vurdert dette ut ifra egen bakgrunnsforståelse fremkommer ikke.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Til tross for forskningstekniske svakheter er studien fagfellevurdert, og Bergensklinikkene er en anerkjent aktør på rusforskning i Norge. Jeg mener derfor at resultatene fra studien er til å stole på.

Del B: Hva er resultatene?**9. Er funnene klart presentert?**

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:**Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

7.8.a. Sjekkliste for Burruss m.fl. (2015) Mixed Method. Kvantitativ/prevalens og kvalitativ studie.

Prevalensstudie (kvantitativ) med data innhentet fra dagbokskrivning, som del av mixedmethodstudie.

Burruss, K., Sacco, P., & Smith, C. (2015). Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: Perspectives of residents in congregate living. *Ageing and Society*, 35(9), 1889-1904. doi:10.1017/S0144686X14000671

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

Kritisk vurdering - prevalensstudie

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

2

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?

Ja Uklart Nei

x o o

2. Er en prevalensstudie en velegnet metode

for å besvare problemstillingen / spørsmålet?

Ja Uklart Nei

x o o

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?

TIPS:

- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?

- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?

Ja Uklart Nei

x o o

4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?

TIPS:

- En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika

- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?

Ja Uklart Nei

x o o

Kritisk vurdering - prevalensstudie

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

3

5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?

TIPS:

Ikke-respondenter er frafall i utvalget.

Ja Uklart Nei

x o o

6. Er svarprosenten høy nok?

TIPS:

I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.

Ja Uklart Nei

x o o

7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?

TIPS:

Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier?

Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?

Ja Uklart Nei

x o o

8. Er datainnsamlingen standardisert?

TIPS:

Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer?

Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjumetoder og personer)

Sikres ved

opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc)

Standardiserte og valide målemetoder ved tester

Ja Uklart Nei

x o o

9. Er dataanalysen standardisert?

TIPS:

Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige.

Se på hvordan ”åpne spørsmål” er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?

Ja Uklart Nei

x o o

Kritisk vurdering - prevalensstudie

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

4

HVA FORTELLER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?

TIPS:

Hva er hovedkonklusjonen?

Kan du oppsummere resultatene i én setning?

Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?

Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?

Er det oppgitt p-verdier?

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja Uklart Nei

x o o

12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?

TIPS:

Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.

Ja Uklart Nei

o x o

7.8.b. Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie, artikkel 2, Burruss, m.fl. (2015)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Burruss, K., Sacco, P., & Smith, C. (2015). Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: Perspectives of residents in congregate living. *Ageing and Society*, 35(9), 1889-1904. doi:10.1017/S0144686X14000671

Del A: Innledende vurdering**11. Er formålet med studien klart formulert?**

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:**12. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?**

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:**13. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?**

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Studien er en mixed-method studie, der den kvalitative delen er hoveddelen av studien. Den kvalitative delen springer ut fra den kvantitative delen der man kartla alkoholkonsum ved hyppighet og mengde i enheter hos eldre i en eldresentersetting i en gitt periode. Videre har en brukt kvalitativ metode med intervjuer av deltakere som møtte kravet om et regelmessig alkoholinntak.

14. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det fremkommer tydelig at utvalget er valgt blant beboere ved eldresenter som har et regelmessig alkoholkonsum. Den innledende kvantitative delen av studien blir brukt som grunnlag for å inkludere videre deltakere. Deltakere er også testet kognitivt gjennom klokketest og mini-Cog-test, for å utelukke deltakere med kognitive svekkelser.

15. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

16. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

17. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:**18. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

19. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

20. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Funnene i denne studien kan være nyttige når en forsøker å forstå eldre mennesker sitt forhold til alkohol i en norsk kultur som preges av liberalisering av alkoholbruk, endrede alkoholvaner i befolkningen, og en kultur som påvirkes av amerikanske og vestlige verdier.

7.9. Sjekkliste for artikkel 3. Johannesen m.fl. Case-studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie**Hvordan brukes sjekklisen?**

Sjekklisen består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisen

Sjekklisen er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisen er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et

forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., Haanes, G. G., & Helvik, A.-S. (2021). Health Professionals' Experiences Regarding Alcohol Consumption and Its Relation to Older Care Recipient's Health and Well-Being. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 14*, side 1829–1842. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S310620>

Del A: Innledende vurdering

21. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

22. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Studien bygger på tre tidligere kvalitative studier, og re-analyserer originalmaterialet fra disse studiene med en fenomenologisk og heremeutisk tilnærming. Triangulering av resultater er gjort for å få utvidet kunnskap sett fra ulike perspektiv.

23. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

24. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

25. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

26. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: En streng deskriptiv form med tema og undertematikker kan være begrensende og utelukke funn fra intervjuer i de tre enkeltstående studiene ettersom data er innhentet fra ulike yrkesgrupper og perspektiv.

27. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

28. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

29. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

30. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

7.10. Sjekkliste for artikkel 3, Johannesen m.fl. kvalitativ studie.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie, artikkel 4, Johannesen m.fl. (2021).

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et

forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K., & Helvik, A.-S. (2021). Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 161–174.

<https://doi.org/10.1177/1455072520961890>

Del A: Innledende vurdering

31. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: Godt beskrevet.

32. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Ja.

33. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Tydelig beskrevet i eget kapittel om metodiske overveielser.

34. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Godt beskrevet.

35. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:**36. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:**37. Er etiske forhold vurdert?**

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:**38. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Godt beskrevet.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?**39. Er funnene klart presentert?**

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:**Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?****40. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?

- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

7.11. Sjekkliste for artikkel 5, Henriksen m.fl. (2015).

Henriksen, N., Fjelltun, A-M, S., Normann. H. K., & Norberg. A. (2015). Nursing home placement in Norway. Characteristics of older people assigned to placement. *Nordisk sygepleieforskning, 2015* (No.2) Vol. 5, s.133-150. Hentet fra:

<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-06>

Studien er fra 2015. Etter studien er St.meld. 15 (2017-2018) «Leve hele livet» kommet, og legger føringer for at flere eldre skal hjemme lengst mulig. Levealderen går opp og flere eldre fører til relativt sett færre sykehjemsplasser for pasientgruppen. Studien gir et godt bilde av hvem som bor i sykehjem i Norge, og gir viktig informasjon om pasientgruppen i oppgavens problemstilling.

Svarprosent på 77% i gruppen «sykehjemspasienter» anses for å være en meget god svarprosent (Jacobsen, 2010). En bør likevel ta med i betraktningen at 10 pasienter av det opprinnelige utvalget ble utelatt fra studien grunnet bortgang og flytting. Deres stilling til å delta i studien kunne påvirket svarprosenten. Datainnsamlingen baserer seg på tall fra ett år, og det er mulig at tildeling av plasser, pasientgruppe og prioriteringer ville sett annerledes ut andre år og i andre kommuner. Likevel vurderes resultatene i studien til å være overførbare til lignende kontekster.

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2

pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

Kritisk vurdering - prevalensstudie

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

2

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?

Ja Uklart Nei

x o o

2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?

Ja Uklart Nei

x o o

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?

TIPS:

- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?

- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke

dekkes av studien?

Ja Uklart Nei

x o o

4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?

TIPS:

- En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika
- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?

Ja Uklart Nei

x o o

Kritisk vurdering - prevalensstudie

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

3

5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?

TIPS:

Ikke-respondenter er frafall i utvalget.

Ja Uklart Nei

X o o

6. Er svarprosenten høy nok?

TIPS:

I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.

Ja Uklart Nei

x o o For gruppen sykehjemsbeboere var svarprosenten 77%

7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?

TIPS:

Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier?

Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?

Ja Uklart Nei

x o o Spørreskjema med forhåndsdefinerte og åpne tekstvar/spørsmål.

8. Er datainnsamlingen standardisert?

TIPS:

Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer?

Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjumetoder og personer)

Sikres ved

opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens

utforming (avkryssing, Liker- skala etc)

Standardiserte og valide målemetoder ved tester

Ja Uklart Nei

x o o

9. Er dataanalysen standardisert?

TIPS:

Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige.

Se på hvordan ”åpne spørsmål” er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?

Ja Uklart Nei

x o o For å sikre analyse av data evaluerte medforfattere med geriatrisk forskning og forskningsmetoder analyse og tolkning av åpne spørsmål før det ble oppnådd konsensus.

Kritisk vurdering - prevalensstudie

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

4

HVA FORTELLER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?

TIPS:

Hva er hovedkonklusjonen?

Kan du oppsummere resultatene i én setning? «Personer som blir tildelt plass i sykehjem har ofte store kognitive svekkelser og alvorlige adferds og psykiatriske symptomer.»

Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? nei

Presenterer studien resultatene med konfidensintervall

for statistiske estimater?

Er det oppgitt p-verdier? ja

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis? Ja Uklart Nei

x o o

12. Sammenfaller resultatene i denne studien med

resultatene i andre tilgjengelige studier?

TIPS:

Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori

eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende

kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier

som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.

Ja Uklart Nei

x o o