



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	471
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7952
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	16
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	418

Jeg godkjenner avtalen 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



# BACHELOROPPGAVE

Sykepleiers rolle i forebygging av sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter

The role of nurses in the prevention of hospitalization of nursing home patients

**Kandidatnummer: 418 & 471**

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 27.Mai 2022

## **Abstract**

### **Background**

Nursing home patients are a frail group in society, they are of old age, have extensive health failure and greatly reduced level of function. These patients are often admitted to hospital, although hospitalization can have major consequences for these patients. Advance care planning is a communication process with planning of future treatment, to help the nurse, patient, and relatives when an emergency arises.

### **Aim**

The aim of our bachelor thesis is to look at whether there is evidence of whether advance care planning can prevent unnecessary hospitalizations of frail nursing home patients and how the conversation can prevent the admissions.

### **Method**

The thesis is a literature study with 6 included articles. The searches were done in various medical databases, and all the articles have been critically reviewed. In addition, relevant legislation and nursing theory are defined.

### **Result**

The results of the studies mainly refer to significant results that justify that advance care planning can prevent unnecessary hospitalizations of nursing home patients. The results show that the effect varies, but with increased focus on advance care planning at the nursing homes, the effect increases. The results also show that advance care planning is carried out in different ways in the different countries and the different nursing homes.

### **Conclusion**

Advance care planning seems to influence unnecessary hospitalizations of frail nursing home patients. But if the results are going to be transferred, there should be a focus on how the conversations are to be conducted and how the advance directives are to be used. It can then be helpful for the nurse in the decision and the patient's autonomy is considered.

## Innhold

1.0 Introduksjon .....	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Begrunnelse for problemstilling .....	7
1.4 Begrepsavklaringer .....	8
1.4.1 Forhåndssamtale .....	8
1.4.2 Livstestament .....	8
1.4.3 «Innleggelse minus».....	8
1.4.4 Sykehjemspasienter .....	9
2.0 Bakgrunn .....	9
2.1 Sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter .....	9
2.2 Sykepleiers veiledende rolle.....	11
2.3 Relevante lover og regler i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige sykehjemspasienter.....	12
2.4 Etske prinsipp i sykepleien .....	13
2.5 Sykepleieteoretikere .....	14
2.6 Tidligere forskning på emnet.....	14
3.0 Metode.....	15
3.1 Design.....	15
3.2 Søkeprosess.....	16
3.3 Kritisk vurdering av artikler .....	17
3.4 Analyse og syntese .....	18
3.5 Kritikk av metode .....	18
3.6 Etske vurderinger .....	19
4.0 Resultat .....	19
4.1 Resultatsyntese .....	20
4.1.1 Unødvendige sykehusinnleggelser .....	20
4.1.2 Effekten av forhåndssamtale.....	20
4.1.3 Økt fokus på forhåndssamtale .....	23
4.1.4 Bruk av forhåndssamtale i praksis.....	24
5.0 Diskusjon .....	25
5.1 Resultatdiskusjon .....	25
5.1.1 Et vanskelig valg .....	25
5.1.2 Er innleggelsen nødvendig?.....	27
5.1.3 Veiledning i lys av Henderson sykepleieteori.....	27

5.1.4 Økt fokus og bruk av veileder i forbindelse med forhåndssamtale.....	28
5.1.5 «Innleggelse minus».....	29
5.1.6 Blir «Innleggelse minus» overholdt i en akutt situasjon?.....	30
5.2 Metodediskusjon.....	31
5.2.1 Søkeprosessen.....	31
5.2.2 Overføringsverdi.....	32
5.2.3 Samarbeid .....	32
6.0 Konklusjon med perspektivering.....	32
7.0 Referanseliste.....	34
8.0 Vedlegg:.....	38
8.1 Vedlegg 1: PICO .....	38
8.2 Vedlegg 2: Prisma flytskjema .....	39
8.3 Vedlegg 3: Samleskjema.....	40

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Innledning

Langtidspasienter på sykehjem har kommet til sykehjemmet for et siste bosted, de har et stort behov for bistand og klarer seg ikke lenger hjemme med den hjelpen familien og hjemmebaserte helsetjenester kan gi (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Pasientene har oftest høy alder, gjerne flere og sammensatte sykdommer og mange er også kognitivt svekket (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264). Disse pasientene er svake og sårbare og mange vil derfor kalle dem skrøpelige (Ranhoff, 2020b, s. 55). Aldersforandringene fører til at sykdom lettere oppstår, sykdomsutviklingen skjer raskere, sykdom utvikler seg oftere til mer alvorlige tilstander og det oppstår oftere komplikasjoner ved sykdom og behandling enn hos yngre pasienter (Ranhoff, 2020b, s. 57). Sykehjemspasientene rammes derfor ofte av akutt og alvorlig sykdom, og sykehusinnleggelse fra sykehjem kan skje hyppig (Graverholt et al., 2011).

Sykehusinnleggelse av skrøpelige gamle mennesker har ikke bare positiv effekt, og det å bli innlagt i sykehus kan være en stor belastning og potensielt skadelig for pasienten (Husebø & Flo, 2020, s. 264). Under en sykehusinnleggelse er det fare for at disse pasientene utsettes for plagsomme undersøkelser og annen behandling som er til begrenset nytte og som gir høy risiko for komplikasjoner. Sykehusinnleggelse kan også øke risikoen for fall, delirium og trykksår, samt gi ytterligere tap av funksjon og økt dødelighet på grunn av inaktivisering og dårlig ernæring (Barlindhaug, 2021).

Samhandlingsreformen (2008-2009) har satt mer fokus på behandling lokalt i kommunene. Reformen foreslår rett behandling på rett sted til rett tid. Den oppmuntrer kommunene til å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenesten. En tilrettelegging av tjenestetilbudet i kommunen som forebygger sykdom er bra for folks helse og for samfunnets økonomi (*Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett*

tid, 2009). Vi skal i denne oppgaven se på om forhåndssamtale kan være et tiltak for å forebygge sykehusinnleggelse fra sykehjem.

Når en sykehjemspasient blir akutt dårlig står sykepleieren på sykehjemmet ovenfor en vanskelig situasjon. Når pasienten blir akutt forverret i tilstanden kan det også være vanskelig å kommunisere med pasienten om hen ønsker innleggelse eller ikke, en har gjerne heller ikke tid til å ringe pårørende. Det er derfor sykepleieren som må vurdere om en sykehusinnleggelse er nødvendig eller om pasienten skal behandles på sykehjemmet.

Pasienten og deres pårørende må også få være med i avgjørelsen om pasienten skal få behandling, og om pasienten skal legges inn på sykehus eller ikke. Samtidig kan det være problematisk å kommunisere med pasienten i den akutte situasjonen, da redusert allmenntilstand, kognitiv svikt og syns- og hørselssvikt kan hemme kommunikasjonen ved akutt sykdom (Ranhoff, 2020a, s. 235-236). Det er derfor viktig å ha en dialog med pårørende og pasienten tidlig i sykehjemsoppholdet, før en akutt situasjon oppstår. Spesielt for eldre, syke pasienter som gradvis blir verre, og som på et senere tidspunkt kan bli så svekket at de ikke lenger er samtykkekompetente (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 221).

## 1.2 Problemstilling

Vi har kommet frem til følgende problemstilling: *«Hvordan kan forhåndssamtale i sykehjem bidra til å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser hos skrøpelige sykehjemspasienter?»*  
Svar til problemstillingen settes i lys av Hendersons sykepleieteori.



### 1.3 Begrunnelse for problemstilling

Vi har erfaring fra sykehjem og sykehus gjennom praksis på sykepleiestudiet og deltidsjobb. Vi har sett de skrøpelige sykehjemspasientene når de er i sitt vante på sykehjemmet både friske, syke og døende, men også på sitt dårligste når de blir innlagt på sykehus som er en ukjent plass med ukjente omgivelser. Vi opplever at pasientene ofte har et stort funksjonstap etter en innleggelse på sykehus, og at i flere tilfeller er ulempene større enn fordelene med en innleggelse i sykehus.

Vi har også erfart at det ofte er få sykepleiere på jobb på sykehjemmene og at de til og med noen ganger er alene på vakt. Legene oppholder seg som regel ikke på sykehjemmet gjennom hele døgnet og er dermed ikke alltid til stede umiddelbart ved en akutt situasjon (Ranhoff, 2020a, s. 242). «Sykepleieren må derfor som regel håndtere den første fasen, få oversikt over situasjonen, sette i verk umiddelbare tiltak for å redde liv, begrense skade og lindre symptomer, og vurdere om lege skal tilkalles eller om ambulanse skal tilkalles direkte» (Ranhoff, 2020a, s. 242).

Hensikten med studien blir derfor å finne ut om det er hensiktsmessig med forhåndssamtale i starten av sykehjemsoppholdet, og hvordan samtalen kan forebygge sykehusinnleggelse. I en forhåndssamtale snakker lege, sykepleier, pårørende og pasient sammen om videre behandling og da ofte om potensiell sykehusinnleggelse. Pasient og pårørende blir i samtalen informerte om hvilke konsekvenser en sykehusinnleggelse eventuelt kan føre til og kan sammen med helsepersonell sette et standpunkt om hva pasienten ønsker om en akutt situasjon oppstår. Vi ønsker dermed å finne ut om det vil gjøre valget om pasienten skal legges inn lettere for sykepleier, pasient og pårørende, og om det på denne måten forebygger unødvendige innleggelser der pasienten ikke ønsker å legges inn eller ikke har noe utbytte av en sykehusinnleggelse.

## 1.4 Begrepsavklaringer

### 1.4.1 Forhåndssamtale

Forhåndssamtale kalles internasjonalt «Advanced care planning» og blir ofte forkortet «ACP». Forhåndssamtale er en type samtaler som helsepersonell, ofte lege og sykepleier gjennomfører sammen med pasienten og deres pårørende. Pasienten får mulighet til å fortelle om hva som er viktig for vedkommens liv og helse nå og fremover, om ønsker for medvirkning, og om ønsker for behandling og pleie i fremtiden. Det er spesielt aktuelt for eldre og syke pasienter som gradvis blir verre, og som på et senere tidspunkt kan bli så svekket at de ikke lenger er samtykkekompetente (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 221). Vanlige ting å ta opp i en slik samtale er begrensinger i livsforlengende behandling, som blant annet HLR status og sykehusinnleggelse ved akutt forverret tilstand (Thoresen et al., 2017).

### 1.4.2 Livstestament

Vekten i en forhåndssamtale ligger hovedsakelig på kommunikasjon, for å dokumentere det som fremkommer i slike samtaler kan man bruke et livstestament (Advance directive/AD). Livstestament er primært et skriftlig dokument som pasienten i prinsippet kan fylle ut selv, men som ofte er en del av en forhåndssamtale (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 221).

### 1.4.3 «Innleggelse minus»

I amerikanske sykehjem er «innleggelse minus» (do-not-hospitalize order) et begrep (Ranhoff & Linnsund, 2005). Pasienten kan under forhåndssamtale si at hen ikke ønsker innleggelse på sykehus, da kan man dokumentere denne preferansen i journalen til pasienten som «innleggelse minus», på samme måte som man dokumenterer «HLR minus» når pasienten ikke ønsker gjenopplivning. Å dokumentere pasientens preferanser på denne måten vil kunne hjelpe sykepleiere i en akutt situasjon, når spørsmål om sykehusinnleggelse oppstår (Ranhoff & Linnsund, 2005).

#### 1.4.4 Sykehjemspasienter

Når vi refererer til sykehjemspasienter i oppgaven tar vi utgangspunkt i langtidsinnlagte geriatrike sykehjemspasienter med kombinasjon av høy alder, omfattende helsesvikt og sterkt redusert funksjonsnivå (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264). Helsetilstanden til beboere i sykehjem er preget av multisykdom og stor symptombyrde. Mange av pasientene har også redusert kognitiv kapasitet (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter

Eldre over 75 år står for 35-40% av akuttinnleggelsene i medisinske avdelinger på sykehus (Ranhoff, 2020a, s. 237). Forskning fra sykehjem i Bergen viste at sykehjemspasienter opplevde i gjennomsnitt 0,62 innleggelser per år, mot 0,26 blant jevnaldrende eldre som bodde hjemme, til tross for at de bor på en helseinstitusjon. De vanligste årsakene til innleggelse av sykehjemspasienter til sykehus var pneumoni og hoftebrudd (Graverholt et al., 2011).

Sykehjemspasienter er ofte geriatrike pasienter med en kombinasjon av høy alder, omfattende helsesvikt og sterkt redusert funksjonsnivå (Ranhoff, 2020b, s. 55). Mange av sykehjemspasientene har derfor flere og sammensatte sykdommer. Ved utgangen av 2016 hadde 84% av pasientene med langtidsopphold omfattende bistandsbehov (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 264). Et begrep man ofte bruker om disse pasientene er skrøpelighet. I medisinsk litteratur defineres skrøpelighet generelt som redusert fysiologiske reserver som gir nedsatt motstandskraft (Ranhoff, 2020b, s. 55). Mellom en fjerdedel og halvparten av personer over 85år er trolig skrøpelige. De har økt risiko for fall, funksjonstap, død og behov for sykehjemsopphold (Ranhoff, 2020b, s. 55).

Selv om tilstanden som førte til innleggelsen blir behandlet, kan pasienten oppleve komplikasjoner som ikke er relatert til innleggingsårsaken. En systematisk oversikt over utfall etter akuttoverføring til sykehus for beboere i eldreomsorgen, viser at 38% av beboerne opplevde komplikasjoner som blant annet delirium og decubitus, 80% av disse opplevde potensielt invasive intervensjoner (Dwyer et al., 2014). Forskningen viste også at dødeligheten kan være forhøyet med 34% ved sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter (Dwyer et al., 2014).

Det er en tynn grense mellom «hensiktsmessige» og «upassende» sykehusinnleggelser av eldre mennesker som bor på sykehjem. Noen forskere har forsøkt å definere hensiktsmessigheten av sykehusinnleggelser, men dette er en vanskelig oppgave fordi «upassende» forblir stort sett subjektivt (Lemoyne et al., 2019). Det har blitt beskrevet tre forskjellige motiver for sykehusinnleggelse fra sykehjem: diagnostikk og avklaring, behandling for bedre overlevelse og funksjon, og lindrende behandling (Ranhoff, 2019, s. 313-314). Det er også blitt beskrevet ulike vanlige diagnoser sykehjemspasienter ofte får, og om det er nyttig med sykehusinnleggelse ved disse diagnosene. Hoftebrudd og anemi er skade og sykdom der innleggelse er nyttig. Pneumoni, andre alvorlige infeksjoner, lungeødem, KOLS forverring, hjerneslag og akutt koronarsykdom beskrives som nyttig for noen, men som også kan behandles på sykehjemmet (Ranhoff, 2019, s. 314).

Hensiktsmessige innleggelser kan blant annet være når det trengs undersøkelse og behandling med spesialisert diagnostikk og behandling som en ikke har tilgjengelig på sykehjemmet, som ved en bruddskade. Barlindhaug (2021) beskriver at innleggelsen skal gi økt livskvalitet og forlenge livet vesentlig om den skal være nødvendig. For noen kan livsforlengende behandling synes meningsløst, pasienten skal derfor få være med å medvirke om hen ønsker innleggelse. Mange av sykehjemspasientene ønsker ikke å overleve for enhver pris, men synes det viktigste er å bevare funksjonen og slippe å lide (Ranhoff, 2020a, s. 237). For mange sykehjemspasienter vil trygge og kjente omgivelser være viktig. Ofte er

det sykehjemmet som best kan ivareta de omsorgsmessige og helsemessige behovene, også ved alvorlig og livstruende sykdomsutvikling. (Helsedirektoratet, 2021)

På grunn av den økte risikoen for kritiske hendelser, sykehusinnleggelser og død er det viktig med samtaler om tiden fremover, hvor man skal bli enige om gode beslutninger og hva som skal skje om helsetilstanden forverres. En slik samtale kalles en forhåndssamtale (Gjerberg et al., 2017). Det er viktig å føre opp resultatet av en slik samtale i journalen med angivelse av behandlingsnivå, slik at det kan være til nytte for sykepleiere og leger som ikke kjenner pasienten når avgjørelse om sykehusinnleggelse må tas (Barlindhaug, 2021).

## 2.2 Sykepleiers veiledende rolle

Rammeplanen for sykepleierutdanningen identifiserer undervisning og veiledning av pasient og pårørende samt medarbeidere og studenter som et av sykepleierens ansvarsområder (Kunnskapsdepartementet, 2008). «Veiledning av pasienter kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier» (Tveiten, 2020, s. 97-98). Begrepet veiledning brukes som et paraplybegrep, og kan forklares med metoder som informasjon, undervisning, instruksjon og råd. Hensikten med veiledning er å hjelpe pasienten og gi pasienten et grunnlag til å selv finne svar (Tveiten, 2020, s. 98-102).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 2.5 skal en som sykepleier fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I en forhåndssamtale skal altså en som sykepleier veilede og informere pasienten og evt. pårørende slik at de kan gjøre seg opp en mening om fremtidig behandling. Temaer som HLR-status og om pasienten skal legges inn på sykehus er sentrale temaer i en slik samtale. Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.11 er også relevant her «Sykepleieren deltar aktivt i

beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidrar til at pasientens stemme blir hørt» (NSF, 2019).

### 2.3 Relevante lover og regler i forbindelse med sykehusinnleggelse av skrøpelige sykehjemspasienter

I forbindelse med et valg om sykehjemspasienten skal legges inn på sykehus er det flere lover og regler som er relevant og en må tenke på, her nevner vi noen paragrafer i pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og verdighetsgarantien.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2021) tar opp brukermedvirkning i behandlingssituasjonen. § 3-1 handler om pasientens rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og sier at det skal legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning tas også opp i § 4-9, som sier at pasienten kan nekte å ta imot behandling der det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring, bare til en viss livsforlengelse.

Helsepersonell-loven (1999) er også aktuell. § 4 handler om faglig forsvarlighet, og at det er legen som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient. § 7 handler om øyeblikkelig hjelp, at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Verdighetsgarantien (2010) er også aktuell med tanke på å opprettholde pasientens autonomi. § 1. Formål og virkeområde, handler om å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges

på en slik måte at de bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. § 2. Tjenestens verdigrunnlag, handler om at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. § 3. Tjenestens innhold, handler om at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt.

I norsk helselovgivning er ønsker som framkommer gjennom forhåndssamtaler og livstestamentet, til forskjell fra flere andre land ikke juridisk bindende. Derimot skal det som kommer frem av relevante og oppdaterte opplysninger fra journal, livstestamentet, nærmeste pårørende eller ande som kjenner pasienten godt, tillegges vekt når pasienten ikke lenger er i stand til å gi uttrykk for sine ønsker (Slettebø & Pedersen, 2020).

## 2.4 Ethiske prinsipper i sykepleien

Sykepleien bygger på fire etiske prinsipper; autonomi (plikten til å respektere autonome personers beslutninger), velgjørenhet (plikten til å gjøre godt mot andre), ikke skade (plikten til å ikke skade andre) og rettferdighet (plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig) (Brinchmann, 2021, s. 84-85). Prinsippene er ikke hierarkisk ordnet, de blir dermed sett på som likeverdige. Oppstår det konflikt må prinsippene avveies og balanseres i forhold til hverandre, og en blir da gjerne nødt til å tilsidesette et prinsipp i en bestemt situasjon. Selv om en tilsidesetter, er en nødt til å ivareta det i størst mulig grad. (Brinchmann, 2021, s. 85-86). I en akutt situasjon med spørsmål om sykehusinnleggelse kan disse prinsippene komme i konflikt med hverandre og sykepleieren må selv ta et valg om hvilke prinsipper som skal vektlegges mest.

## 2.5 Sykepleieteoretikere

Den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson var en av de første til å utvikle en allmenn teori om sykepleie. I tillegg til de fysiske behovene, ble også psykiske, sosiale og eksistensielle behov omfattet av teorien hennes (Kirkevold, 2020).

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s. 10).

Dette kan man se i sammenheng med den veiledende rollen til sykepleiere, da en skal veilede pasienter slik at de så langt som mulig kan ta selvstendige valg om fremtidig behandling. Det kan man gjøre ved å kompensere for svikt i pasientens ressurser som for eks. kunnskap (Kristoffersen, 2016, s. 26).

«Henderson er blant de få sykepleieforfattere fra denne perioden som eksplisitt nevner sykepleierens ansvar for mennesker i avslutningsfasen av livet» (Kristoffersen, 2016, s. 38). Hun understreker gjentatte ganger at den enkelte pasient har krav på en individualisert pleie og omsorg, og at sykepleier skal hjelpe den syke slik han ønsker, da behov oppleves forskjellig fra person til person. «Sykepleieren kan bare hjelpe den syke med de gjøremål som bidrar til å sette ham i en tilstand som betyr helse – for ham – tilfriskning fra sykdom – for ham -, eller det som – for ham – er en god død» (Kristoffersen, 2016, s. 39).

## 2.6 Tidligere forskning på emnet

Tidligere forskning fra norske sykehjem viser at det er et stort antall sykehjem som praktiserer en form for forberedende samtale, men sjelden i samsvar med internasjonale



anbefalinger (Gjerberg et al., 2017). Det var stor variasjon i hvordan det gjennomførtes med tanke på tidspunkt, innhold og hvem som deltok (Gjerberg et al., 2017). Det var som regel bare pårørende som deltok sammen med sykehjemslegen og ikke sykehjempasientene. Samtalene ble ofte gjennomført når pasientens helsetilstand ble forverret, gikk inn i siste fase eller ved innkomst. Samtalen handlet som regel om sykehusinnleggelse, smertelindring og hjerte-lunge-redning. Konklusjonen er at det trengs nasjonale retningslinjer og kompetanseoppbygging. (Gjerberg et al., 2017).

Forskningsprosjektet "Forberedende samtaler i sykehjem" ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo har utviklet en veileder til planlegging og gjennomføring av forhåndssamtaler på sykehjem (Gjerberg et al., 2017). Veilederen forteller kort om hensikt og gjennomføring av forhåndssamtaler. Veilederen beskriver hensikten med forhåndssamtaler som å fremme brukermedvirkning og medbestemmelse, fremme gjensidig trygghet og tillit mellom pasient og helsepersonell og gi helsepersonell et bedre grunnlag for beslutninger og gode prosesser videre. Veilederen beskriver at samtalen bør gjennomføres innen 3mnd etter innkomst, så lenge pasienten ikke har tydelig redusert helse. Det anbefales også brukersamtaler 1-2 ganger der en kan ta opp temaer som var oppe i forhåndssamtalen på ny. Den anbefaler at pasient, eventuelt pårørende, pasientens primærkontakt blant de ansatte og lege deltar. Den har også med forslag til invitasjon og andre ting en bør tenke på som tidsramme, valg av rom, hvem som skal lede samtalen, forslag til gjennomføring og forslag til spørsmål (Thoresen et al., 2017).

## 3.0 Metode

### 3.1 Design

Vi har valgt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 77). Gjennom denne

litteraturstudien skal vi prøve å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen vår etterspør og beskrive hvordan vi har kommet frem til kunnskapen.

### 3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen startet med å bruke google scholar som eksplorerende middel med søkeordene «hospital», «nursing home» og «systematic review». Vi kom over Birgitte Graverholt sin artikkel «Effekt av tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem» og synes at dette var et spennende tema. Vi søkte derfor videre for å finne ut mer om Graverholt og hennes forskning. Vi fant ut at hun jobber på Høgskulen på Vestlandet og vi sendte henne en e-post om vi kunne møte henne for å få litt inspirasjon til oppgaven. Hun hjalp oss med noen eksplorerende søk og vi kom frem til at forhåndssamtale var et spennende tema til bacheloroppgaven. Ut ifra vår problemstilling fant vi nøkkelord til PICO (P: Sykehjemspasienter, I: Forhåndssamtale, O: Forebygge sykehusinnleggelse) og deretter engelske MeSH-ord (P: Nursing homes, I: Advance care planning, O: Hospitalization). PICOen er lagt ved som vedlegg (Vedlegg 1).

Vi startet å søke i ulike databaser, men endte opp med å bruke CINAHL og MedLine til systematiske søk, da vi syntes disse gav best resultat. Fokuset var å finne en ny systematisk oversikt for temaene forhåndssamtale, sykehjemspasienter og sykehusinnleggelse, for å så søke videre etter artikler som var publisert etter det. Den siste relevante systematiske oversikten var publisert i 2019, men studien var utført i 2018. Vi valgte derfor å avgrense med artikler fra 2018. Studiene måtte ikke bare inneholde effekten av forhåndssamtaler, men også om det forebygger sykehusinnleggelser.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevans i forhold til problemstillingen</li> <li>- Langtids sykehjemspasienter uten spesifikk diagnose</li> <li>- Publisert etter 2018</li> <li>- Engelsk eller norsk språk</li> <li>- Studier utført i land med overføringsverdi til norske forhold og kultur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forskning som ikke omhandler langtids sykehjemspasienter som blir innlagt på sykehus.</li> <li>- Pasienter med kortere opphold på sykehjem og spesifikke diagnoser</li> <li>- Publisert før 2018</li> <li>- Skrevet på andre språk enn norsk og engelsk</li> <li>- Studier utført i land uten klar overføringsverdi til norske forhold og kultur</li> </ul>

*Tabell 1: Inklusjon og eksklusjonskriterier*

En forenklet utgave av søkeprosessen har vi som vedlegg i et prisma flow diagram (Vedlegg 2). For å finne artikler brukte vi inklusjons og eksklusjonskriteriene nevnt ovenfor i tabell 1. Vi inkluderte bare artikler publisert etter 2018 og de måtte være på norsk eller engelsk. Vi gikk først gjennom alle overskrifter og abstrakt og ekskluderte de som ikke var relevant i forhold til tema. Videre leste vi flere artikler i fulltekst for å se om de var relevant for problemstillingen. Vi brukte fargekoder for å finne aktuelle temaer som gikk igjen i artiklene. Vi satt til slutt igjen med 5 artikler i tillegg til den systematiske oversikten vi brukte for å avgrense søket. Vi har også vurdert om forskningen er overførbar til norske forhold.

### 3.3 Kritisk vurdering av artikler

De seks inkluderte forskningsartiklene var av ulik metode, en systematisk oversikt, en kvalitativ studie, to prospektive kohortstudier og en miksa metode med både kvalitativ og kvantitativ data. For å kritisk vurdere artiklene valgte vi å bruke sjekklister fra helsebiblioteket.no. På helsebiblotket.no har de oppdaterte sjekklister for studier med ulike

forskningsdesign. Sjekklistene er pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 91). Basert på vår kritisk vurdering av artiklene mener vi resultatene fra alle våre inkluderte artikler er til å stole på.

### 3.4 Analyse og syntese

I arbeidet med å lese gjennom de inkluderte forskningsartiklene tok vi utgangspunkt i problemstillingen vår, som hjelp til hva vi skulle se etter i de ulike artiklene. Vi startet med å lese artiklene som helhet, for å deretter lese de i deler for å få tak i detaljene og danne oss en god forståelse av innholdet i artiklene. Underveis mens vi leste artiklene laget vi et samleskjema der vi skrev ned de sentrale hovedtemaene i artiklene. Etter å ha lest grundig gjennom hver enkelt artikkel og fått en god forståelse for innholdet, gransket vi temaene for å finne likheter og forskjeller.

### 3.5 Kritikk av metode

Litteraturstudium som metode har fordeler og ulemper. Fordelen med litteraturstudium er at man ikke trenger direkte tilgang på pasienter/respondenter siden man skal oppsummert kunnskap som allerede ligger ute. En annen fordel er at ved å sammenligne forskning som allerede ligger ute, kan en få svar på en ny problemstilling. Men det er også ulemper. Vi har ikke utført forskningen selv, forskningen er av ulik kvalitet og det kan være vanskelig å finne noe som faktisk er relevant. Et annet problem er at man kan lete seg frem til noe som bekrefter egne meninger/hypoteser og at en da velger bort forskning som viser andre sider av problemstillingen.

Vi har begge lite erfaring med å finne forskning og kritisk vurdere den, for å kvalitetsvurdere artiklene vi har valgt brukte vi helsebiblioteket sine sjekklister. Men det er større sannsynlighet for at vi har valgt artikler som ikke er av god nok kvalitet, enn for de som har

erfaring innen dette arbeidet. Mye av forskningen som fins om temaet vi har valgt er på engelsk, og selv om vi behersker å lese engelsk er det ikke vårt morsmål, det kan ha ført til misforståelser og mistolkninger i leseprosessen, men også i skriveprosessen av oppgaven. Forskningsartikler tar lang tid å oversette og har mye fremmedord, det fører til at en gjerne leser artiklene uten å forstå alle ord og begrep. Det blir derfor noen ganger vanskelig å oppsummere noe fra en engelsk artikkel på norsk.

### 3.6 Etske vurderinger

For å besvare problemstillingen vår trenger vi gode og pålitelige forskningsartikler for å finne resultat vi kan bruke. Det fins mange databaser og mye forskning, en må derfor søke systematisk for å finne det man trenger. For eksempel er det ikke alltid nok forskning på et tema til at en kan stole på resultatet.

Når vi velger artikler er det viktig å velge artikler som det er gjort etiske overveielser i forhold til. Helsinkideklarasjonen (2014) er et eksempel på etiske retningslinjer for medisinsk forskning, og er utformet av verdens legeförening. I helsinkideklarasjonen står det informerte samtykket sentralt, samtidig som at det påpekes at det forskningsetiske ansvaret ligger hos forskeren. "Helsinkideklarasjonen slår fast at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap aldri kan forsvare at forskningssubjektet utsettes for unødige (og ufrivillige) ubehag og risiko" (Førde, 2014).

## 4.0 Resultat

Resultatene fra litteratursøket med de seks inkluderte artiklene fremgår skjematisk i samleskjemaet (Vedlegg 3). Her står det også om styrker og svakheter ved hver artikkel. Nedenfor vil vi gi en syntese i tekstform av funn fra forskningen som er av relevans for vår

problemstilling; «*Hvordan kan forhåndssamtale i sykehjem bidra til å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser hos skrøpelige sykehjemspasienter?*»

## 4.1 Resultatsyntese

I tillegg til å kritisk vurdere artiklene leste vi grundig gjennom de med tanke på resultat som kunne svare på vår problemstilling. Vi kom på denne måten frem til temaene «unødvendige sykehusinnleggelser», «effekten av forhåndssamtale», «økt fokus på forhåndssamtale» og «bruk av forhåndssamtale i praksis».

### 4.1.1 Unødvendige sykehusinnleggelser

Den systematiske oversikten av Lemoyne et al. (2019) klassifiserer 4 til 55% av sykehusinnleggelsene som upassende. Det påpekes at det er vanskelig å definere hva som er en «upassende» eller «unødvendig sykehusinnleggelse». Det nevnes også at definisjonen av “upassende/unødvendig” varierte mellom studiene som var inkludert i oversikten, og at definisjonene er sammensatte. En av undersøkelsene i oversikten utført blant sykehjemsansatte avslørte utilstrekkelig omsorgsplanlegging ved livets slutt. Artikkelen beskriver vanlige årsaker til upassende overføring til akuttmottaket, den viser til utilstrekkelig utdanning av sykehjemsansatte, utilgjengelighet av leger, og press på de ansatte fra familier. Oversikten viser også til en høyere dødelighet blant de unødvendige sykehusinnleggelsene. 24% av de unødvendige innleggelsene førte til død innen 30 dager, mens den totale dødeligheten lå på 14%.

### 4.1.2 Effekten av forhåndssamtale

Forhåndsplanlegging har tiltrukket seg bred politisk støtte, inkludert innen sykehjem, som et middel til å fremme personsentrert beslutningstaking (Harrad-Hyde et al., 2022).

Resultatene i artiklene på om forhåndssamtale kan forebygge sykehusinnleggelse er

varierende. Fem av seks artikler beskriver at forhåndssamtale har en viss effekt. En av artiklene, av Nemiroff et al. (2019) viser til at begrepet «innleggelse minus» som inngår i forhåndssamtale, ikke reduserte antall overførte fra sykehjem til sykehus. Samtidig viste den til en total reduksjon av sykehusinnleggelser etter intervensjonen var gjennomført. Den viste noe effekt på sykehusinnleggelser totalt sett, men ikke på unødvendige sykehusinnleggelser og bruken av forhåndssamtale/innleggelse minus. Hvorfor utfallet ble slik vil vi se mer på i diskusjonskapittelet.

Adekpedjou et al. (2022) viser at pasienter som har «innleggelse minus» har reduserte sjanser for å bli innlagt på sykehus. Dette ser man også i oversiktsartikkelen av Lemoyne et al. (2019), den viser til en studie som beskriver at manglende «innleggelse minus» var signifikant assosiert med økte sjanser for sykehusinnleggelse. «Innleggelse minus» er som nevnt en komponent i en forhåndssamtale og blir dokumentert i et livstestament. Effekt av «innleggelse minus» vil dermed også assosieres med effekt av forhåndssamtale/livstestament.

Galambos et al. (2021) viser at de uten livstestament hadde 29% høyere sannsynlighet til å bli lagt inn på sykehus enn de med livstestament. Lemoyne et al. (2019) ser også denne effekten, der programmet «INTERACT» reduserte potensielt unngåelige sykehusinnleggelser med 15%. «INTERACT-programmet» var basert på blant annet å tilby verktøy for kommunikasjon, dokumentasjon og beslutning for å unngå sykehusinnleggelse, og vektlegging av forhåndsplanlegging av omsorg.

Den siste artikkelen som viser effekt av forhåndssamtale og da spesielt «innleggelse minus» er artikkelen av Hickman et al. (2019). Denne artikkelen ser på sammenheng mellom dokumentasjon av forhåndssamtaler og sykehusinnleggelser. De tar utgangspunkt i «OPTIMISTIC» programmet der forhåndssamtale er en kjernekomponent for å redusere potensielt unngåelige sykehusinnleggelser av sykehjemspasienter. En ekstern evaluering av

programmet fant en reduksjon på 40% av potensielt unngåelige sykehusinnleggelser. Studien har også sett at det har mye å si om forhåndssamtalen inkluderer “innleggelse minus”, og observerte mye lavere sykehusinnleggelse hos pasienter med slik preferanse enn hos både pasienter med bare forhåndssamtale og uten forhåndssamtale i det hele tatt. Imidlertid ble disse assosiasjonene ikke-signifikante etter justering for beboerkarakteristikk, inkludert alder, kognitiv funksjon og funksjonsstatus.

Funnene gjenspeiler tidligere forskning som tyder på at “innleggelse minus” preferanser øker med høy alder og nedsatt kognitiv funksjon (Hickman et al., 2019). I artikkelen av Nemiroff et al. (2019) kommer det også frem at eldre, spesielt med demens har større sannsynlighet for å velge «innleggelse minus». Adekpedjou et al. (2022) viser at de med høyest helsestabilitet har minst sjanse for å legges inn, som også kan tyde på at de med høyest helsestabilitet velger «innleggelse minus».

Hickman et al. (2019) skriver at noe som er interessant er at selv om assosiasjon mellom forhåndssamtale og sykehusinnleggelser er blitt identifisert som ikke-signifikante, har kvalitative evalueringer støttet opp under disse assosiasjonene. Sykehjemspersonell har beskrevet forhåndssamtale og «innleggelse minus» preferanse som viktige strategier for å unngå unødvendige sykehusinnleggelser, blant annet fordi det i akutte situasjoner da var mindre sannsynlig at de ringte 113 når de visste pasientens preferanse. Det kom også frem i kvalitative intervju at pårørende identifiserte forhåndssamtale og «innleggelse minus» ordre som hovedgrunn for nedgangen i potensielt unngåelige sykehusinnleggelser nevnt ovenfor.

Flere artikler viser at preferansene til pasientene ikke alltid blir gjennomført slik som pasientene har ønsket i forhåndssamtalen. Harrad-Hyde et al. (2022) nevner at planen i mange tilfeller kan være vanskelig for personalet å tolke og de kan derfor ikke alltid bruke den med tillit. Adekpedjou et al. (2022) skriver at det er få pasienter som har beskrevet at de ikke ønsker å overføres, bare 26% av de 123 003 pasientene som var med i studien hadde



«innleggelse minus». Og om de har det så blir det ofte omgjort i beslutningsprosessen. De konkluderer også med at de ikke har fokus på pasientens ønske, men på helsetjenesteresultat.

Det er kun en artikkel som viser at forhåndssamtale med «innleggelse minus» ikke har effekt. Nemiroff et al. (2019) viser at de fleste i studien har hatt forhåndssamtale, men bruken av «innleggelse minus» har ikke effekt. Den viser at halvparten av de som ble overført til sykehus hadde uttalt at de ikke ønsker å overføres, men har blitt det allikevel. Hele 40% av disse overføringene var på grunn av fallrelaterte skader.

#### 4.1.3 Økt fokus på forhåndssamtale

Studien til Galambos et al. (2021) var med i et større prosjekt med ekstra fokus på forhåndssamtale. De startet med en spørreundersøkelse om hva personalet kunne om forhåndssamtale og livstestament fra før av. Videre iverksatte de utdanning, opplæring og diskusjoner om temaet. Personalet ble undervist i hvordan de kunne delta i forhåndssamtaler og forberede seg på reaksjonene samtale kunne fremkalle, rollespill ble også brukt for å øke komfortnivået og samtaleevnen til personale. Det var også en «forhåndssamtale sykepleier» på hvert sykehjem som bidrog med pasient og personalopplæring. Det gikk i fra at 49,5% hadde livstestament i 2013 til at 90% hadde i 2016.

Studien til Hickman et al. (Hickman et al., 2019) er også en del av et større prosjekt for å redusere sykehusinnleggelser. Et av tiltakene var økt fokus på forhåndssamtale, med utdanning og trening. Hickman et al. skriver at det er mulig effekten av forhåndssamtale i seg selv ble svekket, da disse tiltakene utgjorde en forskjell fra andre sykehjem og påvirket reduksjonen i antall sykehusinnleggelser.

#### 4.1.4 Bruk av forhåndssamtale i praksis

Intervensjonen til Harrad-Hyde et al. (2022) er å beskrive sykehjempersonalets erfaringer og oppfatninger av å bruke skriftlige planer under beslutningstaking i øyeblikket om potensielle sykehusoverføringer. Sykehjempersonalet beskriver i intervjuene at de i utgangspunktet ønsker å beholde forverrede beboere i sykehjemmet fordi de kjenner til belastningene forbundet med sykehusoverføringer, spesielt for beboere som lever med demens eller nærmer seg livets slutt. En hyppig bekymring hos personellet var at beboerne ikke ville få den støtten de trengte i travle og ukjente sykehusmiljøer. Personalet følte imidlertid også en følelse av uro når de brukte dette prinsippet. De var bekymret for at beboernes behov ikke kunne dekkes på sykehjemmet og at det å ikke overføre en pasient til sykehus kan oppfattes som manglende oppfyllelse av en «omsorgsplikt». Foruten et iboende ønske om å «gjøre det rette», var dette knyttet til behovet for å rettfærdiggjøre beslutninger overfor familier, kolleger, ledere og potensielt eksterne regulatorer i juridiske eller disiplinære prosedyrer. Dette førte til en følelse av personlig og faglig sårbarhet i møte med en forverret beboer (Harrad-Hyde et al., 2022).

Harrad-Hyde et al. (2022) skriver at prosessen med å lage en plan gjorde det mulig for personalet å forstå beboernes og familiens ønsker på forhånd, noe som reduserte potensialet for konflikt på tidspunktet for forverring. Personellet fremhevet i flere sammenhenger den mektige rollen familiemedlemmene har på forhåndssamtalen og på tidspunktet for forverring. Artikkelen beskriver også at det er vanskelig for personalet å tolke planer, og overføringer kan skje dersom planene ikke er spesifikke nok til at sykehjempersonellet kan bruke dem med tillit (Harrad-Hyde et al., 2022). Lemoyne et al. (2019) nevner også at sykehjempersonell følte at «innleggelse minus» ordre er komplekse og åpne for tolkning avhengig av situasjonen.

## 5.0 Diskusjon

I denne delen skal vi diskutere problemstillingen «Hvordan kan forhåndssamtale i sykehjem bidra til å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser hos skrøpelige sykehjemspasienter?» i lys av utvalgte studier og relevant teori som har blitt beskrevet tidligere i oppgaven. Vi skal også diskutere egen metode, den systematiske fremgangsmåten vi har benyttet for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s.74).

### 5.1 Resultatdiskusjon

Sykehjemspasienter blir ofte innlagt på sykehus, selv om det er en stor belastning for pasienten selv. Vi vil derfor diskutere hvordan forhåndssamtale faktisk kan forebygge unødvendige sykehusinnleggelser av sykehjemspasienter.

#### 5.1.1 Et vanskelig valg

Om en sykehjemspasient blir akutt syk og sykehusinnleggelse må vurderes, er det mye sykepleieren må ta i betraktning. Et vanlig problem på sykehjem er dårlig bemanning og mangel på fagpersoner, sykepleieren er derfor gjerne alene på vakt og mye av ansvaret i den akutte situasjonen og beslutningsprosessen ligger dermed på sykepleieren. I en slik situasjon må man blant annet ta i betraktning pasientens autonomi, sykepleiers nytteetikk og regelverket knyttet til problemstillingen.

Siden den akutt syke sykehjemspasienten kan være vanskelig å kommunisere med er det viktig med kommunikasjon før den akutte situasjonen oppstår. Har en avklart pasientens ønsker før den akutte situasjonen kan pasientens preferanser tillegges i avgjørelsen. Kommunikasjon med pasienten og deres pårørende bør skje tidlig ved innleggelse på sykehjem siden pasientene ofte er utsatt for progredierende sykdom og gjerne vil ha problem med å kommunisere egne ønsker senere i oppholdet. Kontakten bør opprettholdes

slik at en kan gjøre endringer om pasienten får andre ønsker om videre behandling, for eksempel ved forverring av sykdom.

Pasientens ønsker fra en forhåndssamtale bør skrives ned i et livstestament, slik at de kan finnes frem når en akutt situasjon oppstår. Vi har erfart i sykehjem at HLR status ofte er godt dokumentert og lett tilgjengelig, men at andre preferanser som «innleggelse minus» sjelden er dokumentert, selv om en gjerne har snakket med pasienten om det. Vi tenker at i en akutt situasjon er preferanser for innleggelse like viktig som HLR status og en viktig del å dokumentere i et livstestament. Samtidig er ikke livstestament juridisk bindende i Norge, og sykepleieren vil ofte oppleve at det oppstår et dilemma, både etisk og i forhold til loverket i avgjørelsen om sykehusinnleggelse. «Etiske dilemma utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller alternativer som begge medfører uønskede konsekvenser» (Slettebø, 2021, s. 44).

Loverket sier blant annet at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig (helsepersonelloven, 1999, § 7) mens pasient- og brukerrettighetsloven (2021) § 3-1 og verdighetsgarantien (2010) § 3 har stort fokus på at pasienten skal kunne medvirke i utformingen av tjenestetilbudet. Pasient- og brukerrettighetsloven (2021) § 4-9 sier også at pasienten kan nekte å ta imot behandling der det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring, bare til en viss livsforlengelse. Vi som sykepleiere står dermed ovenfor et dilemma, skal vi ha mest fokus på eldres rett til selvbestemmelse eller helsepersonelllets plikt til å yte hjelp?

Det er ikke sykepleier som har siste ord i avgjørelsen om innleggelse. Helsepersonelloven (1999) beskriver i § 4, at det er legen som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål som handler om undersøkelse og behandling av en pasient. Men legen er ikke alltid på stedet og noen beslutninger må tas før de ankommer. Sykepleier kjenner også ofte pasienten bedre

enn legen, sykepleieren vil derfor ofte få et større ansvar for avgjørelsen enn de egentlig har i lovverket.

### 5.1.2 Er innleggelsen nødvendig?

Sykehusinnleggelse er en stor belastning for sykehjemspasienten og ved en akutt situasjon må sykepleieren derfor vurdere nøye om sykehusinnleggelse er «nødvendig». Hva som er en «nødvendig» sykehusinnleggelse er vanskelig å definere, da «nødvendig» er en subjektiv mening. Lemoyne et al. (2019) klassifiserte 4-55% av sykehusinnleggelsene som «upassende», dette styrker at «nødvendig» er en subjektiv mening. Siden det ikke er godt nok definert hva som er en «nødvendig» innleggelse, blir det derfor individuelt for sykepleier å vurdere hva de tenker selv i situasjonen. Hva sykepleier tenker i en slik situasjon kan blant annet påvirkes av kunnskap og erfaring.

Vi tenker ikke at all sykehusinnleggelse skal unngås på sykehjem. «Hensiktsmessige» innleggelser kan blant annet være når det trengs undersøkelse og behandling med spesialisert diagnostikk og behandling som en ikke har tilgjengelig på sykehjemmet, som ved en bruddskade. En sykehusinnleggelse skal også gi økt livskvalitet og forlenge livet vesentlig om den skal være «nødvendig». For noen kan livsforlengende behandling synes meningsløst, pasienten skal derfor få være med å medvirke om hen ønsker innleggelse fra sykehjem til sykehus.

### 5.1.3 Veiledning i lys av Henderson sykepleieteori

Det kommer frem i våre inkluderte artikler at forhåndssamtale har en effekt på å redusere unødvendige sykehusinnleggelser av skrøpelige sykehjemspasienter. Forhåndssamtale gir pasientene mulighet til å medvirke i egen videre behandling. Under en forhåndssamtale skal lege og sykepleier bruke sin veiledende rolle for at pasienten skal kunne ta et selvstendig valg om behandlingen videre. Sykepleieteoretiker Henderson legger vekt på at en som

sykepleier skal hjelpe mennesker om de er syke eller friske til å dekke grunnleggende behov, slik de ville gjort om de hadde den nødvendige styrken, viljen og kunnskapen (Henderson, 1998).

Vi tenker at teorien til Henderson er viktig å ta med seg i en forhåndssamtale, da en som sykepleier kan bruke veiledning for å kompensere for svikt i pasients ressurser. Pasientens kunnskaper styrkes ved veiledning og pasienten får mulighet til å ta mer selvstendige og kunnskapsbaserte valg om egen videre behandling. I forbindelse med valg om sykehusinnleggelse kan sykepleier og lege under forhåndssamtale informere om hvilke konsekvenser eller fordeler det kan gi for hver enkelt pasient.

#### 5.1.4 Økt fokus og bruk av veileder i forbindelse med forhåndssamtale

Skal forhåndssamtale forebygge sykehusinnleggelse, må innleggelse tas opp i forhåndssamtalen og dokumenteres i et livstestament. Dokumentasjonen bør være lett tilgjengelig og lett å forstå. Vi tenker det er naturlig at det er sykepleieren, gjerne pasientens kontaktsykepleier som har ansvar for å ta initiativ til disse samtalene. Sykepleieren har da ansvar for å forberede samtalen, invitere pasienten og deres pårørende og opprettholde kontakten. Mens legen har ansvar for at det foreligger en behandlingsavklaring. En sykehjemspasient faller i løpet av tiden på sykehjemmet. Kontakten må opprettholdes slik at det blir en prosess, da vil informasjonen være oppdatert etter pasientens helse og være mer anvendelig i en akutt situasjon.

Artiklene av Galambos et al. (2021) og Hickman et al. (2019) viser at forhåndssamtale har best effekt, og er begge med i prosjekter der det er fokus på forhåndssamtale. Dette viser at et system og rutiner rundt forhåndssamtalene kan gi bedre effekt. Dessverre finnes det flere barrierer rundt det å utføre en forhåndssamtale. Om sykepleier er mer opplyst om hvordan samtalen skal utføres og hvordan en skal forholde seg til livstestament, vil det bli enklere og tryggere å bruke dersom det oppstår en akutt situasjon.

I Norge er det ingen lover om det skal gjennomføres forhåndssamtaler eller hvordan. Det er ikke alle sykehjem som tilbyr slike samtaler og det varierer hvordan samtalen utføres. Vi har erfaring med at det noen ganger utføres en lignende samtale i starten av sykehjemsoppholdet, men uten at den har tittelen «forhåndssamtale». Disse samtalen er uten bestemt struktur og har ofte fokus på HLR-status, og å bli kjent med pasienten gjennom pasienten og pårørende.

Senter for medisinsk etikk har utarbeidet en veileder for forhåndssamtale (Thoresen et al., 2017). I artikkelen til Harrad-Hyde et al. (2022) beskriver personalet at det kan være vanskelig å tolke planer og overføringer kan skje dersom planene ikke er spesifikke nok til at de kan bruke dem med tillit. Å bruke en veileder vil gjøre det lettere for personalet å forberede og utføre samtalen, samt skrive livstestamentet på en enklere og mer organisert måte. Dersom alle på sykehjemmet bruker samme veileder vil dette også gi mer forståelse og struktur.

#### 5.1.5 «Innleggelse minus»

Under en forhåndssamtale skal en diskutere om pasienten ønsker innleggelse. «Innleggelse minus» skal være et hjelpemiddel for helsepersonell i en akutt situasjon, om pasienten på forhånd har bestemt seg for at hen ikke ønsker å legges inn. Men som det kommer frem i resultatdelen, blir ikke alltid disse preferansene overholdt. Lemoyne et al. (2019) beskriver at sykehjemspersonell følte at «innleggelse minus» ordre er komplekse og åpne for tolkning avhengig av situasjonen. I noen av disse situasjonene oppstår det etiske dilemmaer som ender med at pasientens preferanser ikke blir overholdt. Dette skyldes blant annet forholdene rundt den akutte situasjonen og hvor detaljert livstestamentet er.

Dette beskriver også helsepersonellet som er blitt intervjuet i artikkelen av Harrad-Hyde et al. (2022), de nevner at skriftlige planer gir trygghet for ansatte, men at innleggelse skjer selv om pasienten ikke ønsker det, blant annet om livstestamentet ikke er spesifikt nok. Vi ser det som sykehjemspersonellet i Harrad-Hyde et al. (2022) beskriver, det er ikke lett å ta en beslutning på vegne av pasientens livstestament om det ikke er tydelig nok. Om pasienten derimot har tydelig presenterte preferanser er det lettere å basere valget på pasientens autonomi og vil gi sykepleierne trygghet i valget.

Det kommer frem i artiklene til Hickman et al. (2019), Nemiroff et al. (2019) og Adekpedjou et al. (2022), i tillegg til tidligere forskning at det er de eldste og sykeste, og spesielt de som er kognitivt svekket som har en «innleggelse minus» ordre. I artikkelen av Hickman et al. (2019) ble det vurdert at forandringene i sykehusinnleggelser ikke bare hadde med forhåndssamtale å gjøre, men også med pasientens alder, funksjonsstatus og kognitiv funksjon. At det er denne pasientgruppen som velger «innleggelse minus» ser vi ikke på som overraskende. Pasientgruppen beskrevet her er lik den vi har definert som sykehjemspasienter, nemlig de med høy alder, omfattende helsesvikt og sterkt redusert funksjonsnivå. Disse pasientene har høy risiko for komplikasjoner ved sykehusinnleggelse. En kan da tenke seg at valget om innleggelse eller ikke, blir lettere når egne forutsetninger tilsier at du mest sannsynlig heller vil oppleve komplikasjoner enn nytte av innleggelsen.

#### 5.1.6 Blir «Innleggelse minus» overholdt i en akutt situasjon?

Nemiroff et al. (2019) viser at over halvparten av sykehusinnleggelsene var av pasienter som ikke ønsket innleggelse. Artikkelen beskriver at den vanligste grunnen til at sykehjemspasientene ble lagt inn selv om de ikke ønsket, var fallrelaterte skader. Ranhoff (2019, s. 314) beskriver også hoftebrudd som en skade der innleggelse er nyttig for pasienten. Dette er noe vi også har sett i praksis. At dårlige pasienter som vanligvis ikke blir lagt inn ved akutt forverret tilstand, blir lagt inn ved fallrelaterte skader. Vi tror dette handler om at sykehjemmet ikke har utstyr til å utføre diagnostikk og behandling av skaden om det er mistanke om brudd, og at ingen behandling av brudd ofte kan være svært smertefullt for



pasienten. Dette viser til en viktig mangel i forhåndsplanlegging av omsorg. Fallrelaterte skader bør bli spesifikt tatt opp under en forhåndssamtale når det er snakk om “innleggelse minus”, slik at man kan få spesifikke preferanser for overføring ved skader og sykdom.

Som nevnt over kan en av grunnene til at «innleggelse minus» ikke blir overholdt være at ønskene ikke er tydelige nok definert i livstestamentet. Sykepleieren ønsker ikke å tolke et slik testament i en akutt situasjon om det ikke er spesifikt nok. Også det etiske dilemmaet som kan oppstå spiller en stor rolle her, og er nok en stor grunn til at Nemiroff et al. (2019) viser til at fallrelaterte skader er den vanligste årsaken til at pasientene blir lagt inn selv om de egentlig ikke ønsker innleggelse. Ved fallrelaterte skader står sykepleier ovenfor et etisk dilemma om en skal ha fokus på pasientens eget ønske om å ikke bli innlagt på sykehus eller sykepleierens egne tanker om at pasienten har nytte av en innleggelse fordi hen trenger diagnostisk utredning med bildediagnostikk som ikke er tilgjengelig på sykehjemmet.

## 5.2 Metodediskusjon

### 5.2.1 Søkeprosessen

Som eksklusjonskriterier i søket vårt hadde vi at artiklene ikke skulle være fra før 2018, da vi hadde funnet en relevant systematisk oversikt fra 2018, som vi tenkte oppsummerte tidligere relevant forskning. Den systematiske oversikten var den siste publiserte som var relevant for vårt tema. Dette er en styrke for vårt søk da vi bare inkluderte nylig publiserte forskningsartikler, og hadde mindre risiko for å velge utdatert forskning. Samtidig fant vi ut at selv om forskningen var publisert fra 2018 betydde ikke dette at studien var utført i denne perioden, men vi så at de fleste artiklene skrev om forskning gjennomført noen år tidligere. Et annet eksklusjonskriteriet er artikler på andre språk enn norsk og engelsk. Alle artiklene våre er engelskspråklige, vi kan derfor ha gått glipp av gode artikler på andre språk og det kan som nevnt tidligere ha ført til misforståelser under oversettelse.

### 5.2.2 Overføringsverdi

Studiene vi har inkludert er gjort i Storbritannia, Canada og USA. Disse landene og Norge har ulikt helsevesen og praksis i forhold til forhåndssamtale. Dette kan være medvirkende til at resultatene om forhåndssamtale kan forebygge sykehusinnleggelser fra sykehjem er varierende. Det finnes ingen internasjonal veileder på hvordan en forhåndssamtale og forløpet rundt den skal foregå, en kan derfor også tenke at det utføres ulikt i de ulike landene. Det er heller ikke vanlig at land har en nasjonal veileder og en kan da tenke at det varierer fra sykehjem til sykehjem. Samtidig viser mye av forskningen vi har lest at forhåndssamtale har en effekt på sykehusinnleggelser av sykehjemspasienter, som kan bety at resultatene har overføringsverdi på tross av at forhåndssamtalen utføres ulikt.

### 5.2.3 Samarbeid

At vi har jobbet sammen to stykker er en styrke for oppgaven vår på flere måter. Vi var sammen om å utføre søk og kunne diskutere fremgangsmåte og søkeord sammen. Vi leste begge gjennom og kritisk vurderte artiklene, og vi hadde derfor større mulighet til å finne relevant stoff og vurdere troverdighet i artiklene. Selve oppgaven har vi skrevet både individuelt og sammen, og vi har vi hele veien hatt mulighet til å spør hverandre om hjelp og se gjennom arbeidet til den andre, slik at arbeidet ble så bra som mulig.

## 6.0 Konklusjon med perspektivering

Sykehjemspasienter tåler dårlig å bli lagt inn på sykehus, men legges ofte inn. Mange av sykehusinnleggelsene regnes som unødvendige og kan føre til store konsekvenser for pasienten. Forhåndssamtale ser ut til å være et tiltak som forebygger unødvendige sykehusinnleggelser. Forskningen vi har gått gjennom viser at dersom forhåndssamtale skal ha god effekt bør en snakke om innleggelse og ta opp «innleggesstatus» i forhåndssamtalen. Det bør også være et økt fokus på hvordan forhåndssamtalen skal

gjennomføres og hvordan livstestamentet skal brukes, da studiene viser at det økte fokuset på sykehjemmene fører til bedre effekt.

Dessverre gjennomføres samtaler ulikt på sykehjemmene, selv om det er blitt utarbeidet en veileder i 2017 (Thoresen et al., 2017). Vi tror bruken av en felles veileder kan føre til bedre struktur og lettere gjennomførelse av forhåndssamtale. Livstestamentene vil da bli tydeligere og det blir lettere for sykepleieren å ta i bruk preferansene til sykehjemspasientene. At sykepleieren har disse samtaler med pasienten og deres pårørende styrker pasientens autonomi og selvbestemmelse. Om sykepleier har fokus på Hendersons teori under samtalen, vil det gi mulighet for pasienten til å ta kunnskapsbaserte valg om egen behandling. Siden livstestament ikke er juridisk bindende kan det ikke brukes ordrett i alle situasjoner, men som hjelp for sykepleieren i avgjørelsen og for å opprettholde pasientens autonomi så langt det lar seg gjøre.

## 7.0 Referanseliste

- Adekpedjou, R., Heckman, G. A., Hébert, P. C., Costa, A. P. & Hirdes, J. (2022). Outcomes of advance care directives after admission to a long-term care home: DNR the DNH? *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02699-5>
- Barlindhaug, S. (2021, 16.august). Når skal sykehjemspasienter innleggels i sykehus. I *Norsk elektronisk legehåndbok*. <https://legehandboka.no/>
- Brinchmann, B. S. (2021). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 81-96). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 262-279). Gyldendal.
- Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U. & Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing*, 43(6), 759-766. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu117>
- Førde, R. (2014, 10.oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Galambos, C., Rantz, M., Popejoy, L., Ge, B. & Petroski, G. (2021). Advance directives in the nursing home setting: An initiative to increase completion and reduce potentially avoidable hospitalizations. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 17(1), 19-34. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1863895>
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Weaver, K., Pedersen, R. & Førde, R. (2017). Forberedende samtaler i norske sykehjem. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137(6), 447-450. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0284>

- Graverholt, B., Riise, T., Jamtvedt, G., Ranhoff, A. H., Krüger, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Acute hospital admissions among nursing home residents: A population-based observational study. *BMC Health Serv Res*, 11(1), 126-126.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-126>
- Harrad-Hyde, F., Armstrong, N. & Williams, C. (2022). Using advance and emergency care plans during transfer decisions: A grounded theory interview study with care home staff. *Palliative Medicine*, 36(1), 200-207.  
<https://doi.org/10.1177/02692163211059343>
- Helsedirektoratet (2021). *Alle sykehjem bør ha en oppdatert og journalført behandlingsavklaring for hver beboer*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykehjem/alle-sykehjem-bor-ha-en-oppdatert-og-journalfort-behandlingsavklaring-for-hver-enkelt-pasient>
- helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år*. Universitetsforlaget.
- Hickman, S. E., Unroe, K. T., Ersek, M., Stump, T. E., Tu, W., Ott, M. & Sachs, G. A. (2019). Systematic advance care planning and potentially avoidable hospitalizations of nursing facility residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(8), 1649-1655. <https://doi.org/10.1111/jgs.15927>
- Husebø, B. S. & Flo, E. (2020). *Eldreboen : diagnoser og behandling* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Kirkevold, M. (2020). *Sykepleieteori*. Hentet 10.03.22 fra <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, F. Nortvedt & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal.

- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., De Blick, D., Remmen, R., Monsieurs, K. G. & Van Bogaert, P. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr*, 19(1), 17-17.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>
- Nemiroff, L., Marshall, E. G., Jensen, J. L., Clarke, B. & Andrew, M. K. (2019). Adherence to "No Transfer to Hospital" Advance directives among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(11), 1373-1381.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.03.034>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikko/yrkesetiske-retningslinjer>
- pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2021-05-07-31)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2019). Akuttmedisinske tilstander hos eldre og kronisk syke. I J. E. Haugen (Red.), *Akuttmedisin - utenfor sykehus* (4. utg., s. 303-316). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. (2020a). Den akutt syke gamle. I M. B. Kirkevold, Kari & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 232-244). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. (2020b). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53-67). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. & Linnsund, J. M. (2005). Når skal; sykehjemspasienter innlegges i sykehus? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125(13-14), 1844-1847.
- Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (2009). (Bd. nr. 47 (2008-2009)). Helse- og omsorgsdepartementet.

Slettebø, Å. (2021). Etske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 43-54). Gyldendal.

Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. B. Kirkevold, Kari & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 216-231). Gyldendal.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thoresen, L., Lillemoen, L., Sævareid, T. J. L., Gjerberg, E., Førde, R. & Pedersen, R. (2017, 18.februar). *Veileder: Forhåndssamtaler på sykehjem*.  
[https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forh%C3%A5ndssamtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117-.pdf?utm\\_source=publikasjoner&utm\\_campaign=veileder-forhandssamtaler](https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forh%C3%A5ndssamtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117-.pdf?utm_source=publikasjoner&utm_campaign=veileder-forhandssamtaler)

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>

## 8.0 Vedlegg:

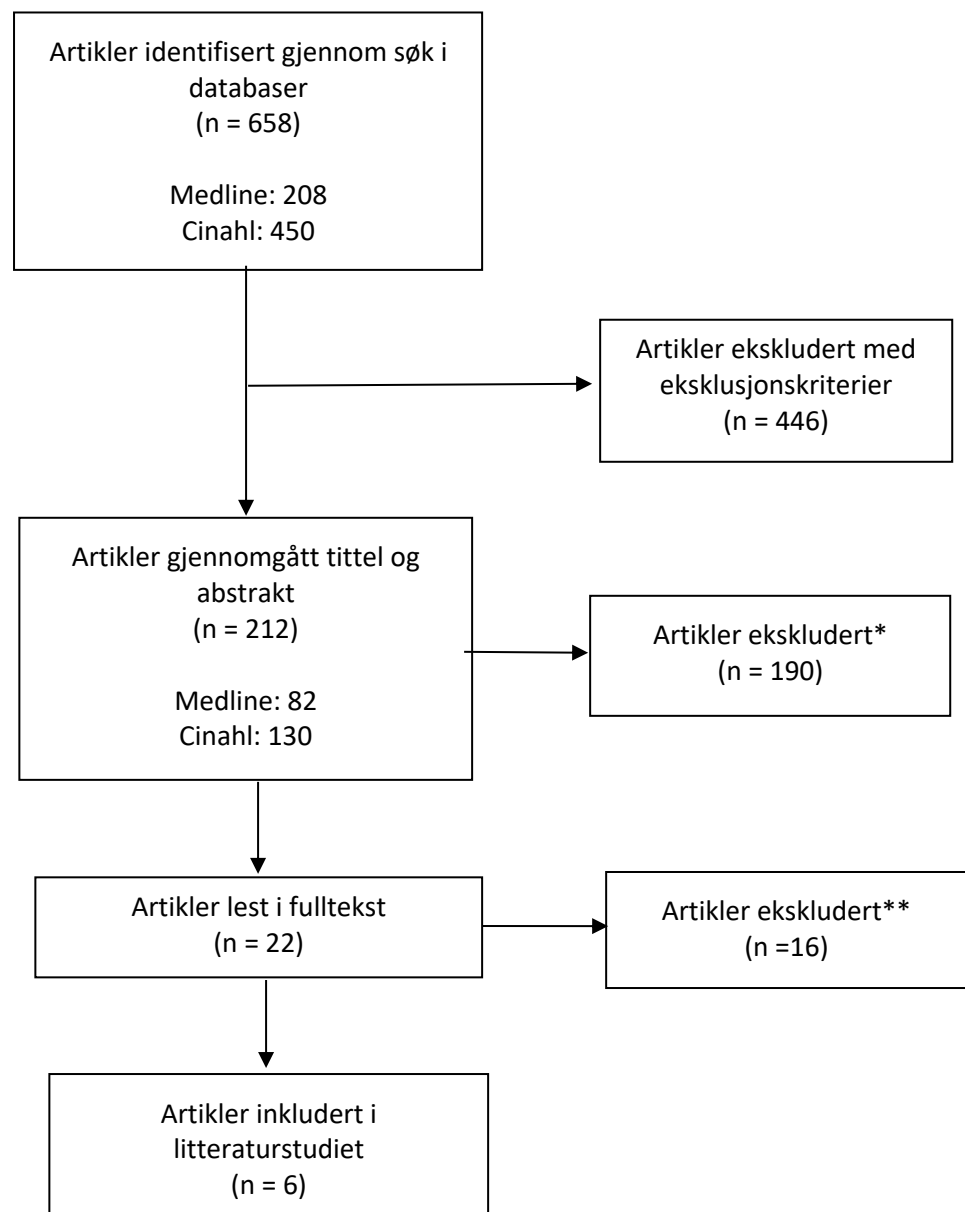
### 8.1 Vedlegg 1: PICO

**Problemstilling:** «Hvordan kan forhåndssamtale i sykehjem bidra til å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser hos skrøpelige sykehjemspasienter?»

	<b>P:</b>	<b>I:</b>	<b>C:</b>	<b>O:</b>
Norsk formulering hentet fra din problemstilling	Sykehjemspasienter	Forhåndssamtale		Forebygge sykehusinnleggelse
MeSH ord	Nursing homes	Advance care planning		Hospitalization
Tekstord	Nursing homes Care homes Long term care Residential care Aged care facility	Advance care planning End of life planning Advance directive		Hospitalization Hospitalized Inpatient Hospital



## 8.2 Vedlegg 2: Prisma flytskjema



### Eksklusjonskriterier:

- Publisert før 2018
- Skrevet på andre språk enn norsk og engelsk

### \*Begrunnelse for eksklusjon

- etter å ha lest tittel og abstrakt:
- Ikke relevant for vår problemstilling

### \*\* Begrunnelse for eksklusjon etter å ha lest fulltekst:

- Ikke relevant for vår problemstilling
- Fant ikke fulltekst
- Vurdert ikke faglig god
- Feil pasientgruppe

### 8.3 Vedlegg 3: Samleskjema

Metode					Resultat		
Artikkel	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
Harrad-Hyde et al.	2021	Kvalitativ studie	30 pleiepersonell på 6 ulike sykehjem.  Frivillig deltakelse med formelt samtykke.  Utført i England	Intervju av pleiepersonellets opplevelse av det å tolke livstestament i en beslutningsprosess.	Denne studien gir innsikt i måten sykehjems-personellet oppfatter, bruker og tolker livstestament under akutte forverringer av sykehjems-pasienter. Personalet verdsatte disse skriftlige planene, men anerkjente den mektige rollen til familien, både i planleggingen og under beslutningstaking i øyeblikket.	Skriftlige planer gir trygghet for ansatte i sykehjem, og reduserer bekymringer om personlig og profesjonell risiko. Men livstestament kan være vanskelig for personalet å tolke. Overføringer kan skje dersom planene ikke er spesifikke nok til at omsorgshjempersonalet kan bruke dem med tillit.	Artikkelen handler om forhåndssamtale faktisk hjelper pleiepersonellet i beslutningsøyeblikket når de står ovenfor en akutt situasjon. Det har derfor god overføringsverdi for personer som står i samme situasjon. Det er en vanlig utfordring for helsepersonell som jobber på sykehjemsavdelinger.
Adekpedjou et al.	2022	Prospektiv kohort studie	123 003 sykehjems pasienter i Canada.	De har brukt datasamling. De ser på oversikt over et utvalg sykehjems pasienter i fra 2010-2015. De ser på HLR-minus og «innleggelse minus» i forhold til overføring til andre helseinstitusjoner, blant annet sykehus.	Tilstedeværelsen av «innleggelse minus» var assosiert med reduserte sjanser for innleggelse til sykehus totalt sett. De mest skrøpelige beboere hadde lavere sjanser for innleggelse til sykehus enn beboere som er mindre skrøpelige.	«Innleggelse minus» er assosiert med redusert forekomst av akutte sykehusinnleggelser. Selv om de var assosiert med reduserte forekomster av akutte sykehusinnleggelser, ble de implementert bare 26 % av tiden.  Artikkelen viser at «innleggelse minus» er assosiert med skrøpelig og død. Den viser også at det er de med høyest helsestabilitet som har best effekt av «innleggelse minus».  Videre var «innleggelse minus» ikke assosiert med en absolutt unngåelse av sykehusinnleggelse, men med betydelige sjanser for å bli reversert, selv blant beboere med forhøyet helsestabilitet.	Artikkelen har god relevans fordi den viser at «innleggelse minus» er assosiert med redusert forekomst av akutte sykehusinnleggelser. Men den viser også at det ikke gir total unngåelse av sykehusinnleggelse. Dette har god overføringsverdi til Norge da livstestament ikke er juridisk bindende og pasienten kan bli lagt inn selv om de har sagt tidligere at de ikke ønsker.
Galambos et al.	2021	Sekundær analyse	1877 pasientjournaler fra 16 ulike	Intervensjonen inkluderte utdanning, opplæring,	I løpet av prosjektet økte prosentandelen innbyggere med livstestament fra 49,5 % i 2013 til 90 % i 2016.	Utdannings og veiledningsaktiviteter levert av «MOQI» (et forskningsprosjekt) i 16	Her kommer de frem til at forhåndssamtale effektivt kan brukes som middel for

			sykehjem i USA.	konsultasjon og forbedringer av diskusjonsprosessen, retningslinjer, økning i livstestamenter og øke samfunnsopplærings- og bevisstgjøringsaktiviteter.	65 % av utvalget hadde livstestament og 35 % hadde ikke.  Prosentandelen av de med livstestament som ble overført er på 30,26 % og uten livstestament som ble overført på 36,33 %.  Resultatene indikerer at det er 29 % høyere odds for overføring for de uten livstestament i forhold til de med livstestament.	sykehjem førte til å øke livstestament fullføringen og livstestament dokumentasjonen over tre år, og endringen ble opprettholdt.  Livstestament er assosiert med færre sykehusinnleggelses.  Denne studien viser den mulige fordelene med forhåndssamtale og fullføring av livstestament som et middel for å redusere potensielt unngåelige sykehusinnleggelses, og den støtter behovet for videreutdanning i denne saken.  Forhåndssamtalen bør finne sted tidlig, før en medisinsk krise.	å redusere unødvendige sykehusinnleggelses.  Det nevnes også at studien var med i et større prosjekt med ekstra fokus på forhåndssamtale og at de derfor har hatt gode forutsetninger for prosjektet. Fordi forhåndssamtaler blir utført ulikt på tvers av sykehjem og land må overføringsverdien vurderes.  Men det viser at økt fokus og gode rammer gir gode resultat.
Nemirof et al.	2019	Miksa metode med både kvalitativ og kvantitativ data.	748 beboere på tvers av 10 deltakende sykehjem i Canada.	Denne studien tar sikte på å estimere prevalensen av, og etterlevelsen av "innleggelse minus" i sykehjem og å utforske omstendighetene som fører til overføringer mot tidligere uttrykte preferanser.  Livstestamentene ble delt i de som ønsker overføring til sykehuset og de som ikke ønsker. Det ble deretter analysert i forhold til faktiske sykehusoverføringer.	92,4% av pasientene hadde livstestament. Ambulansepersonell ble tilkalt for 80,5 % av beboerne, og 73,6 % ble overført til sykehus, hvorav 51,3 % hadde uttrykt ønske om det motsatte. Flertallet av disse ble overført for fallrelaterte skader, etterfulgt av medisinsk sykdom. Uklare omsorgsplaner, symptomkontroll og opplevd behov for undersøkelser og prosedyrer påvirket overføringsbeslutninger.	Bruken av "innleggelse minus" så ikke ut til å påvirke antallet beboere som ble overført til akuttbehandling. Halvparten av de som ble overført til sykehus hadde livstestamenter som sa det motsatte, hovedsakelig drevet av fallrelaterte skader. Den høye forekomsten av skaderelaterte overføringer fremhever et viktig gap i forhåndsplanlegging av omsorg. Å avklare overføringspreferanser for skadehåndtering i livstestamentet kan føre til bedre opplevelser ved livets slutt for beboerne og forbedre effektiv ressursutnyttelse.	Gjelder sykehjemspasienter med livstestament med «innleggelse minus», om det faktisk blir overholdt i praksis.  I Norge er ikke livstestament juridisk bindende og legen har alltid siste ordet om pasienten skal legges inn eller ikke, dette styrker derfor overføringsverdien.
Hickman et al.	2019	Prospektiv kohort studie	1482 sykehjemspasienter i USA.	Beboerne som er inkludert i studien er med i forskningsprosjektet «OPTIMISTIC»,	Forskningen viste at det totale antallet sykehusinnleggelses av alle årsaker var høyere for beboere med livstestament	I dette studiet for å redusere potensielt unngåelige sykehusinnleggelses, var ikke forhåndssamtaler	Her kommer de frem til at forhåndssamtale i seg selv er et middel for å forebygge unødvendige sykehusinnleggelses. Men

				<p>som går ut på å redusere potensielt unngåelige sykehusinnleggels er.</p> <p>Meningen med studiet er å beskrive assosiasjoner mellom forhåndssamtale dokumentasjon som kom fra prosjektet og de ser på sammenheng mellom dokumentasjon av forhåndssamtaler og sykehusinnleggels er.</p>	<p>uten preferanse for sykehusinnleggelse og for de uten livstestament. I tillegg, sammenlignet med «innleggelse minus», var hendelsesraten for unngåelige sykehusinnleggels er høyere for de uten livstestament.</p> <p>Sammenligninger mellom de uten livstestament og livstestament uten preferanse for sykehusinnleggelse var ikke statistisk signifikante for verken totale sykehusinnleggels er av alle årsaker eller unngåelige sykehusinnleggels er.</p> <p>Multivariable modeller ble justert for alder, kjønn, rase, palliativ behandling, kognitiv funksjon og funksjonell status. Ingen statistisk signifikante forskjeller ble funnet i sammenligning mellom forhåndssamtale-grupper i multivariable modeller.</p>	<p>assosiert med reduserte sykehusinnleggels er rater for sykehjemspasienter etter justering for beboerkarakteristikker.</p> <p>Assosiasjoner mellom lavere sykehusinnleggels er rater og forhåndssamtale-fullføring kan påvirkes av kontekstuelle faktorer, som klinisk ekspertise og ressurser for å håndtere akutte tilstander som fører til sykehusinnleggelse, i tillegg til intervensjoner for å øke forhåndssamtaler.</p>	<p>«innleggelse minus» ikke var effektivt som middel i å forebygge unødvendige sykehusinnleggels er.</p>
Lemoyn e et al.	2019	Systematisk oversikt	<p>77 artikler ble inkludert i den systematiske oversikten: 1 randomisert kontrollstudie (RCT), 6 narrative oversikter, 9 systematiske oversikter, 7 eksperimentelle studier, 10 kvalitative studier og 44 observasjons studier.</p> <p>I hovedsak forskning fra USA og Storbritannia</p>	<p>Siden dette er en oversiktsartikkel, er intervensjonen litteratursøk.</p>	<p>Av alle akutte overføringer av sykehjemspasienter til sykehus, ble 4 til 55 % klassifisert som upassende. De vanligste årsakene til overføring var traumer etter fall, endret mental status og infeksjon. Overføringer var assosiert med høy risiko for komplikasjoner og dødelighet, spesielt utenom arbeidstid. Livstestamenter var vanligvis ikke tilgjengelige, og pårørende oppfordrer ofte sykehjemspasienter til å overføre pasienter til sykehus. Mangel på tilgjengelighet av fastleger var en barriere for å organisere akuttbehandlingen i sykehjem for å hindre innleggelse på sykehus. Programmet «INTERACT» reduserte potensielt unngåelige</p>	<p>Definisjonen av hensiktsmessighet er ikke enhetlig på tvers av studier og trenger ytterligere undersøkelser. For å unngå upassende overføring til sykehus anbefales å respektere pasientens autonomi/utføre forhåndssamtale, å sørge for tilstrekkelig pleiepersonell og investere i utdanningen deres, å øke fastlegenes rolle i omsorgen for sykehjemspasienter både i standard og i akutte situasjoner, og å fremme tverrprofesjonell kommunikasjon og samarbeid mellom fastleger, sykehjemspasienter og legevakter.</p>	<p>Formålet med oversiktsartikkelen er å definere kjennetegn ved akutte sykehusinnleggels er av sykehjemspasienter, definere hensiktsmessighet og identifisere faktorer assosiert med reduksjon av unødvendige overføringer.</p> <p>Siden det er en vanlig problemstilling med akutt sykehusinnleggelse når en jobber på sykehjem er overføringsverdien god.</p>

				sykehusinnleggelse med 15%.		
--	--	--	--	-----------------------------	--	--

Artikkel	Styrker	Svakheter
Harrad-Hyde et al.	Formålet med studien er klart presentert. Studien får frem helsepersonellens personlige opplevelse med bruk av forhåndssamtale ved potensiell sykehusoverføring av sykehjemspasient. Klart formulert formål. Hensiktsmessig metode for problemstillingen	Det er en kvalitativ studie med bare 30 deltakere, utvalget er derfor ikke veldig stort. Funna var ikke helt klart presentert siden det var utført semistrukturerte intervju.
Adekpedjou et al.	Formålet med studien er klart presentert. Nøye forklart og stort utvalg. Objektiv målemetode, da det er hentet ut fra datasamling. De justerte for flere relevante faktorer.	Ikke så tydelig presentert intervensjon/formål til studien. De klarte ikke å vurdere kvaliteten og innholdet i forhåndssamtalene som førte til dokumentasjon til «Innleggelse minus» og HLR-minus.
Galambos et al.	Formålet med studien er klart presentert. Stort og nøye forklart utvalg. God oppfølging av utvalget og god opplæring av personalet som utførte intervensjonen.	Det er en sekundær analyse, vi får derfor bare et lite innblikk i en større forskning.
Nemiroff et al.	Formålet med studien er klart presentert. Nøye forklart utvalg. Studien har hentet data for 3 perioder (før, under og etter) og får derfor tydelig frem forskjellen fra før og etter intervensjonen. Spennende med miksa metode siden de har forklart de kvantitative dataene med kvalitative metode. Har nevnt svakheter med studien i artikkelen.	Studien var en del av et større demonstrasjonsprosjekt som ga ekstra ressurser og godt trent personell. Da ikke alle sykehjem har tilgang til dette kan forhåndssamtalen i denne studien ha et bedre grunnlag enn i vanlige sykehjem. Forhåndssamtaler blir utført ulikt på tvers av både sykehjem og land, så overføringsverdi må vurderes.
Hickman et al.	Formålet med studien er klart presentert. Stort og nøye forklart utvalg. Studien har tatt utgangspunkt i et større suksessfullt prosjekt.	Forhåndssamtaler blir utført ulikt på tvers av både sykehjem og land, så overføringsverdi må vurderes. Resultata er ikke signifikante.
Lemoyne et al.	God bredde da det er en systematisk oversikt med 77 artikler. Søket er godt forklart, og de har nevnt inklusjon og eksklusjonskriterier. Hovedkonklusjonene i artikkelen ble støttet av de fleste inkluderte studier, som illustrerer at problemet med upassende overføringer fra sykehjem til sykehus er utbredt.	Studiene i oversikten er hentet fra forskjellige land, som USA og Storbritannia. Disse landene har ganske forskjellige helse- og finanssystemer sammenlignet med det kontinentale Europa. Generalisering av funnene deres bør derfor gjøres med forsiktighet. De fleste studiene var observasjonsmessige og derfor er bevisstyrken svak.