



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	23-04-2018 12:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 323

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Omsorg til einsame eldre: psykososiale behov i heimesjukepleia

Antall ord *: 8843

Tro- og loverklæring *: Ja

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 avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Bachelor i sjukepleie, Stord kull 2016

Fakultetet for helse- og omsorgsvitskap



Omsorg til einsame eldre

- Psykososiale behov i heimesjukepleia

Dato: 25.04.2019

Antall sider: 62

Kandidat nr.: 323

Antall ord: 8843

Samandrag

Temaet i litteraturstudia «Omsorg til einsame eldre: psykososiale behov i heimesjukepleia» er valt på bakgrunn av erfaringar gjort i heimesjukepleiepraksis der det til tider kunne opplevast som at pasientar og brukarar som vanlegvis budde åleine var meir kontaktsøkjande. Problemstillinga «*korleis kan sjukepleiaren i møte med heimebuande einsame eldre bidra til å ivareta psykososiale behov gjennom ei omsorgsfull tilnærming*» er valt med den hensikt at sjukepleiarar og anna helsepersonell skal forstå viktigheita av å ivareta psykososiale behov på lik linje med fysiske behov. Databasane som er nytta i litteraturstudia er Academic Search Elite, Cinahl og SveMed+. Utvalde søkeord var **eldre, einsemd, sosial isolasjon, psykososiale behov, omsorg, og heimesjukepleie**. 5 artiklar vart inkludert og nytta i drøftinga. Resultata var at den fysiske helsa ofte hang saman med den subjektive kjensla av einsemd. Sjukepleiarane hadde ulik evne til å vise omsorg, og den sosiokulturelle atmosfæra var av stor betydning. Kvaliteten på det sosiale nettverket var viktigare enn kvaliteten på pleia når det kom til opplevinga av einsemd. Anerkjennning og sosial tilknytning var viktig for å oppleve god sosial kontakt. Konklusjonen er at psykososiale behov i første rekke blir ivaretekne gjennom sosial kontakt. Sjukepleiaren bør difor hjelpe pasienten å ivareta forhold til pårørande og venner, eller informere om andre sosiale tilbod. Sjukepleiaren sjølv kan yte omsorg gjennom å danne relasjonar til pasienten for så å setje seg inn i kva som er viktig for den enkelte og handle i henhold til dette.

KEYWORDS: eldre, einsemd, sosial isolasjon, psykososiale behov, omsorg, og heimesjukepleie.

Summary

The subject in this literature review «Care for lonely elders: psychosocial needs in home nursing care», is chosen based on experiences from home nursing practice, where patients living in solitude would occasionally seek more contact. The thesis question “how can the nurse, faced with elderly in solitary, contribute to preserve psychosocial needs through care. Is chosen with the motive to help nurses and other health-servicemen understand the importance of preserving psychosocial needs equal to physical needs. The database used in this review is The Academic Search Elite, Cinahl, and SveMed+. My chosen search words include, **Elderly, Loneliness, Social Isolation, Psychological needs, Care, and Home Care.** 5 articles were included and used in the discussion. The conclusion shows that the patient’s physical health corresponded with their subjective feeling of loneliness. The nurses show different ability to show care, and the sociocultural atmosphere was of big relevance. The quality of the social network was more important than the quality of care when considering the experience of loneliness. Acceptance, and social attachment was important to experience satisfactory social contact. The conclusion shows that psychological needs is foremost preserved through social contact. The nurse should therefore help the patient maintain relationships with relatives and friends or inform of other social offers. The nurse can emit care by creating relations with the patient, to get a picture of what is important to the individual, and act accordingly.

KEYWORDS: Elderly, Loneliness, Social Isolation, Psychological needs, Care, and Home Care

Um å bera

*Skapte er vi te bera,
og lette børene for kvarandre.*

Til fånnyttes lever ingen.

*Men våre eigne bører
skal vi bere åleine*

*Stor og verdfull er sorgi
Som ikkje kann delast av andre.
Men fatigsleg, liti og arm er den glede
Som du vil ha åleine.*

*Hjelpeslaus er den
som ikkje har nokon til å hjelpe,
og vera god mot.*

*Lik tre utan søvjestraum
turkast han inn-*

*Den mannen ber tyngste bori,
som ingenting har å bera.*

(Bruheim, 1947, s. 11-12)

INNHALDSLISLE

1	INNLEIING.....	1
1.1	Val av tema, hensikt & mål	1
1.2	Sjukepleiefagleg relevans	2
1.3	Presentasjon av problemstilling og avgrensing	2
1.4	Omgrepsavklaring.....	3
1.5	Sentrale føringar og aktuelt lovverk retta mot eldreomsorg	3
2	TEORI.....	5
2.1	Heimesjukepleie og sosial isolasjon	5
2.2	Kjensla av einsemd	5
2.3	Psykososiale behov	6
2.4	Kari Martinsen sin omsorgsteori	7
3	METODE.....	9
3.1	Litteraturstudie.....	9
3.2	Framgangsmåte.....	9
3.2.1	Enkelt søk i SveMed+	10
3.2.2	Kombinert søk i SveMed+	10
3.2.3	Kombinert søk i Academic Search Elite	11
3.2.4	Kombinert søk i Cinahl	11
3.3	Metodekritikk	12
3.3.1	Vurdering av eiga oppgåve.....	12
3.3.2	Kritisk vurdering av forskningsartiklar og litteratur.....	13
3.3.3	Etikk i oppgåveskriving.....	13
4	RESULTAT.....	14
4.1	Artikkel 1	14

4.2	Artikkel 2	15
4.3	Artikkel 3	16
4.4	Artikkel 4	17
4.5	Artikkel 5	18
5	DRØFTING	19
5.1	Kven er dei einsame eldre?.....	19
5.2	Dei eldre sine psykososiale behov	20
5.3	Omsorg i heimesjukepleia	22
5.4	Avslutning.....	24
	REFERANSELISTE	26
6	VEDLEGG	30
6.1	Vedlegg 1, Tabell 2, Samandrag av artiklar	30
6.2	Vedlegg 2, Sjekkliste artikkel 1	32
6.3	Vedlegg 3, Sjekkliste artikkel 2.....	38
6.4	Vedlegg 4, Sjekkliste artikkel 3.....	44
6.5	Vedlegg 5, Sjekkliste artikkel 4.....	48
6.6	Vedlegg 6, Sjekkliste artikkel 5.....	53

1 INNLEIING

I 2013 var det 208 000 personar som mottok heimesjukepleie, 43 % av desse var 80 år og eldre (Helsedirektoratet, 2015, s. 131). Den norske Legeforening (2001) seier at mange eldre i dag ikkje får tilfredsstillande helsehjelp og omsorg, og legg til at behovet for helsetenester berre vil auka grunna aldersutviklinga. Dei hevdar også at mangel på helsepersonell og hyppig utskifting av personale fører til dårlegare trivsel og kvalitet på tenestene som blir tilbydd. Halvorsen seier at einsemd ofte blir forbunde med alderdom, og at eldre oftare er sosialt isolerte, men legg til at dette ikkje er einstyddande med at dei kjenner seg meir einsame (2005, s. 130-134). SSB fann likevel at 3 av 10 over 80 år gav at dei var einsame. Årsaker til høgare førekomst av einsemd blant eldre meiner dei kan hengje saman med sjukdom, at ein står utanfor arbeidslivet, eller at ein bur åleine. For den enkelte er einsemda eit viktig teikn på misstrivsel (2009, s. 74-78).

1.1 Val av tema, hensikt & mål

Temaet for oppgåva er ivaretaking av psykososiale behov, med særleg fokus på einsemd. Bakgrunnen for valet er erfaringar gjort i praksis, særleg i heimesjukepleia, der eg opplevde at pasientar og brukarar som til vanleg budde åleine var meir kontaktsøkjande. Det kunne også kjennast som at nokon av pasientane gjorde seg meir hjelpetrengande, kanskje med det mål at heimesjukepleia skulle bli værande lenger. Som sjukepleiestudent blir ein gjennom undervisning og praksis gjort bevisst på viktigheita av å ivareta psykososiale behov. Likevel møtte eg ikkje nokon tiltak som hadde direkte tilknytning til dette. Motivasjonen min for å skrive om temaet er å setje fokus på å sjå heile mennesket og ikkje berre dei fysiske behova. Dei pasientane eg møtte i heimesjukepleia, vil eg påstå, var utelukka grunna fysiske eller praktiske hjelpebehov. Romøren (2003, i Romøren 2015) seier at blant dei som mottok kommunale pleie- og omsorgstenester i eigen heim er 79 % grunna somatisk sjukdom. Munkejord, Scönfelder & Eggebø (2018b) seier at ein i Noreg vektlegg helserelatert omsorg, noko som har gått på bekostning av dei sosiale omsorgsbehova. Målet med oppgåva er at pleiepersonell skal få auka fokus på psykososiale behov, slik at desse behova blir ivaretekne på lik linje med fysiske behov.

1.2 Sjukepleiefagleg relevans

SSB hevdar at blant dei som opplev dårleg helse opplev også tre gonger så mange einsemd. Dei seier også at dårleg helse kan medføre større einsemdskjensle, og at denne kjensla kan gi både dårleg fysiske og psykisk helse (2009, s. 75). Sletteland og Donovan (2016, s. 16-17) seier at det er vanskeleg å finne ein felles definisjon på kva helse er, fordi det ofte heng saman med kulturelle-, historiske- og sosiale rammer, men at alle er einige om at god helse er positivt. Dei seier at ein person si eigenvurderte helse er eit mål på korleis ein sjølv meiner ein har det. Kristoffersen (2006, i Sletteland & Donovan 2016) seier at helse kan forbindast med ordet velbefinnande, som er ei individuell psykisk oppleving av korleis me har det.

1.3 Presentasjon av problemstilling og avgrensing

«Korleis kan sjukepleiaren i møte med heimebuande einsame eldre bidra til å ivareta psykososiale behov gjennom ei omsorgsfull tilnærming.»

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet (2018, s. 32 & 81) seier at andelen eldre nærast er tredobla frå 1950 til 2017. Dei seier også at andelen einslege og bur åleine er aukande, noko som kan gjenspegle mindre grad av kontakt og fellesskap. Det kan tenkjast at det er ulike faktorar som spelar inn på dei psykososiale behova i ulike aldersgrupper, difor meiner eg fokus på den eldre befolkinga vil gi størst fagleg utbytte. Studiar peiker mot at sosial isolasjon og einsemd er knytt til større risiko for alvorleg sjukdom og tidleg død (Steptoe, Deaton & Stone, 2015, I Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 33). Andre studiar viser også at sosial isolasjon og einsemd heng saman med helse. Dette vil vere eit viktig fokusområde i drøftingsdelen. Einsemd er eit av dei mest omtalte psykososiale behova, og kjem difor til å vere sentralt i oppgåva. Eg kjem til å nytte omgrepa einsemd og sosial isolasjon. Skilnaden mellom dei vil komme fram i omgrepsavklaringa.

Sjukepleieteoretikaren Kari Martinsen er i Skandinavia særleg kjend for sin omsorgsfilosofi (Omhelse.no). Martinsen meiner at omsorga er kjernen i sjukepleie, og at målet med omsorga er knytt til pasienten si subjektive kjensle av velvære, helse og livsmot, og at målet ikkje heng saman med at mennesket skal vere sjølvstendig (Kristoffersen, 2016, s. 53-54). Eg meiner hennar perspektiv på omsorg er viktig for å leie fokuset vekk frå dei fysiske behova, og rette det mot pasientane sine psykososiale behov.

1.4 Omgrepsavklaring

Psykososiale behov Ramvi beskriv det psyko-sosiale som ein kombinasjon av to fenomen. Det psykiske og indre, og det sosiale ytre (2014, s. 148).

Einsemd er i følge Blix og Breivik (2006, s. 88) ei subjektiv vond kjensle av sagn etter sosial kontakt, enten med ønske om meir kontakt, eller betre kvalitet på den kontakten ein allereie har (Thorsen, 1988; 1991, I Blix & Breivik, 2006, s. 88).

sosial isolasjon ved sosial isolasjon har ein ifølge Weiss (1973, 1989) ikkje tilgang til eit sosialt nettverk og difor ikkje nokon å knytte seg til (i Helgesen, 2016, s. 151). Blix og Breivik (2006, s. 88) seier at det å vere aleine ikkje nødvendigvis betyr at ein er einsam.

Omsorg Består i følge omsorgfilosofen Kari Martinsen av tre dimensjonar. Den relasjonelle, den praktiske og den moralske. Ho seier at den moralske sida veg tyngst (Martinsen, 2005, s. 135).

1.5 Sentrale føringar og aktuelt lovverk retta mot eldreomsorg

I *Leve hele livet*, som er ei stortingsmelding frå Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement (2018) har ein fokus på å skape eit meir aldersvennleg samfunn. Gjennom å ivareta dei eldre sitt forhold til familie og venner er målet at eldre skal bli ein del av fellesskapet, og at generasjonane skal bli foreina. Resultatet kan vere fleire gode leveår med god livskvalitet, god helse og meistring av eige liv. utfordringa med einsemd blant eldre er knytt til skrantande helse, nære dødsfall, inaktivitet, utilpassa tilbod, manglande ivaretaking av sosiale behov, lite systematisk samarbeid og manglande møtestadar. Reforma bygger på innspel frå ansette, eldre, pårørande, frivillige, forskarar og leiarar og kva ein har sett fungere i praksis. For å nå målet skal ein blant anna tilby fysiske-, sosiale- og kulturelle aktivitetar, tilpassa den enkelte si interesse, ønske og behov (s. 7, 10, 13-14, 82).

Helse- og omsorgstenesteloven (2011, §1-1 ledd 1-3, & §1-2) har som formål å «forebyggje, behandle, og tilrettelegge for meistring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» i kommunane innanfor riket. Han skal fremje sosial tryggleik, førebyggje sosiale problem, samt sikre moglegheita til å leve og bu i eit meningsfylt fellesskap. Tenestetilbodet (§3-3) skal vere av god kvalitet, ha eit likeverdig tilbod, og kommunen skal tilstrebe å førebyggje skade, sjukdom og sosiale problem gjennom opplysning, råd og vegleiing. Tenestene som

ytes (§4-1) skal vere forsvarlege, pasienten skal få eit verdig tenestetilbod, og fagkompetansen skal vere tilstrekkeleg. Den enkelte pasient og brukar har rett på eit heilhetleg og koordinert tenestetilbod (§4-1a). I Yrkesetiske retningslinjer (2011, kap. 2, ledd 1-3) står det at sjukepleiaren skal drive sjukepleiepraksis som fremjar helse og førebygg sjukdom, understøttar håp og meistring, og ivaretek den enkelte sitt behov for heilhetleg omsorg. Under punkt 6.2 står det at sjukepleiaren aktivt skal arbeide for å imøtekomme behovet sårbare grupper har for helse- og omsorgstenester. I helsepersonellova (1999) §4 står det «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig».

2 TEORI

I denne delen blir det presentert teori om heimesjukepleie og sosial isolasjon for å skape forståing rundt temaet. Vidare vil først einsemd, som er eit av dei mest omtalte psykososiale behova bli beskrive. Deretter vil andre psykososiale behov bli beskrive nærare, samt kva som påverkar desse og korleis dei påverkar helsa. Til sist blir Kari Martinsen sin omsorgsteori presentert, som er essensiell for å svare på problemstillinga.

2.1 Heimesjukepleie og sosial isolasjon

Birkeland og Flovik seier at heimesjukepleie skjer i skjeringspunktet mellom kvardagslivet og offentleg tenesteyting. Fokuset er først og fremst retta mot praktisk hjelp og grunnleggjande sjukepleie til pasientar med lange sjukdomsforløp, medan vidare fokus er trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand (2016, s. 13-15). Vedtak om heimesjukepleie blir gjort gjennom individuell vurdering av behov, og oppgåver blir så konkretisert på heimesjukepleia sine arbeidslister (Fermann & Næss, 2015, s. 239). Heimesjukepleia eller heimehjelp kan for nokon pasientar vere deira einaste sosiale kontaktar. Særleg for pasientar som er kronisk sjuke. Også pårørande til kronisk sjuke kan kjenne seg låst til heimen og ha vanskeleg for å vere sosial med andre utanfor (Halvorsen, 2005, s. 116-117). I følge Birkeland og Flovik er ein sosialt isolert når ein er avskoren frå kontakt med omverda. Det kan vere geografisk betinga, grunna handikap som utfordrar kommunikasjonen, forflyttingsvanskar, eller lite besøk i bustaden. Sosial isolasjon kan også skuldast familiære eller sosiale forhold som tap av ektefelle, venner eller søsken. Opplevinga av å vere ufrivillig sosialt isolert og aleine opplevst for dei fleste som vanskeleg (2016, s. 69-70).

2.2 Kjensla av einsemd

Halvorsen beskriv einsemd som ei universell kjensle, som til alle tider har vore tema i litteratur, poesi og musikktekstar. Kjensler kan betraktast som ei tolking av sin eigen sosiale situasjon, altså ein subjektiv komponent. Nokon kan vere heilt åleine, men ikkje kjenne seg einsame, medan andre kan leve i eit parforhold eller ofte omgåast andre menneske men likevel vere einsame. Trass i at einsemd er ei velkjend kjensle for dei fleste er han ofte forkledd i samfunnet. Det opplevast som tabubelagt å erkjenne at ein er einsam fordi ein kan tolka det som at ein ikkje har venner eller er lite likt. Det er funne samanhengar mellom

sosial mangeltilstand som motpol til tilfredsheit og lykke i livet (2005, s. 14-17). Halvorsen viser også til Aristoteles, som hevda at menneske etterstreba lykke. Halvorsen legg til at dersom dette er tilfellet kan einsemda vere eit hinder for å oppnå målet om lykke (2005, s.139),

2.3 Psykososiale behov

Psykososial forskning ønsker å forene to fenomen, det psykiske og det sosiale, det individuelle og samfunnsmessige, og på denne måten sjå vekk frå den dualistiske tenkinga. Dei to kan ikkje delast fordi den eine er avhengig av det andre. Ei slik tenking finn ein også att i omsorgsteori (Hollway, 2008, I Alvsvåg, 2014). Ulike faktorar som svekka syn, høyrsel eller tale kan utfordra kommunikasjonen og påverke dei psykososiale behova. Fysisk eller psykisk sjukdom eller traume kan gjere at ein mister energi eller får endra utsjånad, noko som kan medføre usikkerheit (Blix & Breivik, 2006, s. 80-81).

Sosiale behov er, i følgje Blix og Breivik (2006), behovet for å vere del av eit fellesskap, oppleve kjærleik, nærleik og sosial tilhøyrse (s. 78). Blant dei psykososiale behova til menneske blir også tilhøyrighet, fellesskap, anerkjenning og tryggleik tilfredsstilt gjennom sosial kontakt (Helgesen, 2016, s. 142). Ved manglande sosial kontakt og støtte kan evna til å meistra vanskelege livssituasjonar reduserast. Ein kan få svekka sjølvtilitt, dårlegare sjølvbilete, kjensle av makteslause, og til sist depresjon, angst og andre psykiske lidingar (Folkehelseinstituttet, 2015). Håkonsen (1999) og Dyregrov (1997) meiner dette kan henge saman med at menneske i vanskelege situasjonar treng å setje ord på kjenslene sine. Dei som har nokon å snakke med klarer difor betre større belastingar enn dei som ikkje har det (I Blix & Breivik, 2006). Identitet er viktig for kjensla av einsemd. I det sosiale miljøet deler ein kunnskapar, ferdigheiter, verdiar og haldningar. Ein kan difor seie at identiteten og sjølvkjensla blir utvikla i samspel med andre (Blix & Breivik, 2006; Helgesen, 2016).

Blix og Breivik seier at tryggleik inneber sikkerheit mot indre og ytre farar. Den indre tryggleiken heng ofte saman med ei trygg oppvekst og kan ha forankring i livssyn.

Fellesskap, tilhøyrse, fridom, ansvar, samt felles normar og verdiar som dei ein omgåsast med er viktig for å utvikla ein indre tryggleik. Den ytre tryggleiken er i større grad knytt til livet med lev i samband med omgivnadane. Forutsigbarheit, å kjenne si rolle i situasjonar, og forventingar om at relasjonane ein har vil stille opp i vanskelege situasjonar er viktig.

Tryggleik er ei subjektiv kjensle, og det som kjennes trygt for ein person, kan kjennes som utrygt for ein annan (2006, s. 77-78). Thorsen (1988) seier at dei som har ein grunnleggjande positiv haldning til livet og kjenner seg trygge på seg sjølv, har lettare for å meistre det å vere åleine utan å kjenne seg einsam (I Blix & Breivik, 2006, s. 81). Sällström (1997) Seier at me får kraft gjennom anerkjening, og at ein motsett mistar kraft om ein ikkje blir anerkjend (I Alvsvåg, 2014).

2.4 Kari Martinsen sin omsorgsteori

Kari Martinsen vart fødd i 1943, og er ein norsk sjukepleiar med spesialutdanning i psykiatrisk sjukepleie. Ho tok magistergrad i filosofi i Bergen i 1974, noko som var med å leggje grunnlaget for hennar engasjement for sjukeplefagets utvikling, og forholdet mellom praktisk og teoretisk sjukepleie. I Bergen utvikla ho eit nært samarbeid med sosiologen Kari Wærness og sjukepleiaren Herdis Alvsvåg. Martinsen vart i 1986 dr.philos i historie om diakonisser. Ho har vore ansett ved ei rekke universitet og institutt både i Noreg og i Danmark, og er i dag professor emerita ved VID i Bergen og universitetet i Tromsø. Hennar forfattarkarriere har til no resultert i 11 bøker, den siste *Bevegelig Berørt*, som kom ut i 2018 (Martinsen & Wærness, i Kristoffersen, 2016; Austigard, 2010; Fonn, 2019).

Martinsen tek avstand frå «formålsrasjonaliteten» i moderne sjukepleie, som har som mål at pasienten skal vinne att tapt funksjon og sjølvstende, og seier at dette ikkje kan utgjere grunnlaget for sjukepleia (Kristoffersen, 2016, s. 54). Sentralt i hennar tenking står derimot «den omvendte omsorgens lov», der ho meiner at dei som treng mest omsorg, får minst (Førland, Alvsvåg & Tranvåg, 2018, s. 198). Vidare seier Martinsen at det å ta vare på kvarandre er ein grunnleggjande verdiforutsetnad for mennesket (Martinsen, 2005, s. 137). Ho seier at omsorgsarbeidet bygger på generalisert gjensidigheit, at omsorgsgivaren er omsorgsfull utan å forvente å få omsorg tilbake i den gitte situasjonen (Slettebø, 2014, s. 75). Ho meier at sjukdom skaper avhengigheit, og at den sjuke treng personleg service, og kalla omsorg. Omsorg er også viktig i situasjonar der behandling ikkje er nødvendig, eller ikkje lenger har ei hensikt. I nære familierelasjonar er som regel retten vår til omsorg ubetinga, og det både er billigare og betre å få dekkja omsorgsbehova sine av nokon i nærmiljøet, som ein kan få ei viss personleg tilknytning til (Martinsen & Wærness, 1991, s. 102-103).

Om omsorgsomgrepet seier Martinsen at det inneheld tre viktige dimensjonar. Omsorg er for ho eit relasjonelt, praktisk og moralsk omgrep. Ho legg særleg vekt på moralen, og seier han kjem fram i måten ein utfører handlingar på (Martinsen, 2005, s. 135-136). Moralens og etikken er eitt, og blir levd ut i menneskelege relasjonar. Etikken vises gjennom å handle til den andre sitt beste, medan moralen er spontan og universell (Martinsen, 2003, s. 71-73). Ho nyttar omgrepa etikkens kulturelle og førkulturelle grunnlag. Det kulturelle nivået handlar om menneskeleg verksemd, det me skapar gjennom ord og handling. Medan blant dei førkulturelle fenomenen finn ein tillit, barmhjartigheit, kjærleik og openheit. Ho seier at menneske er avhengige av kvarandre og dei førkulturelle fenomenen, og at dette kjem særleg til syne når ein blir sjuk eller ramma av kriser (Førland, Alvsvåg & Tranvåg, 2018, s. 198).

Martinsen seier i eit intervju med Marit Fonn (2019), journalist i sykepleien;

Sykepleie skal ikke være uten omsorg, men omsorg er ikke sykepleie. Omsorg kan gis av andre enn sykepleiere, om du er tannlege eller graver, og omsorg er helt grunnleggende for menneskers liv [...] Spørsmålet er hvordan omsorg kan uttrykkes i sykepleien. Jo, ved å være omtenkssom og medfølende – sansende oppmerksom i utøvelsen av det faglige skjønnet.

Vidare i intervjuet trekk Martinsen fram korleis ein gjennom praktiske handlingar kan uttrykke omsorg, og baserer dette på eigen erfaring frå då ho nyleg var innlagt på eit tre-sengsrom på sjukehuset. Ho seier det ligg mykje i korleis pleiarane går ut og inn av rommet på. Om dei banker på døra, korleis dei dreg frå gardinene, og om ein observerer pasientane (Fonn, 2019).

3 METODE

I denne delen presenterast det først kort teori om metoden litteraturstudie, som er den fastsette bachelormetoden for sjukepleieutdanning ved HVL. Deretter blir førebuing og gjennomføring av søk presentert. Til sist skal me sjå nærare på kritisk- og etisk vurdering av litteratur som nyttast i oppgåva.

3.1 Litteraturstudie

Ein litteraturstudie baserer seg på å bruke forskning som allereie finst innanfor eit bestemt tema og dei metodane som er nytta på feltet. Ein slik måte å arbeide på kan ha to formål, enten å gjere ei empirisk undersøking eller berre for å skape ei oversikt. I sjukepleia er det vanlegast at ein nyttar forskning som allereie er gjort og nytte dette som ei primærkjelde. Framgangsmåten ved ei litteraturstudie baserer seg på tre trinn. Først vel ein primærstudiar, deretter formulerer ei tydeleg problemstilling og definerer søkestrategiar, så analyserer ein resultata og kvalitetsvurderer forskinga ved hjelp av analyseskjema (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62).

3.2 Framgangsmåte

Academic Search Elite, Cinahl og SveMed+ er databasane som kjem til å nyttast i søket for denne oppgåva. SveMed+ er ein nordisk artikkelbase. Det nordiske helsesystemet utforma på ein annan måte enn det som er vanleg i andre europeiske land, vidare kan andre kulturar ha ulike tradisjonar med tanke på familiesamansetning, bustadsituasjonar, sosiale møtestadar og liknande. Då dette kan vere faktorar som kan påverke resultata vil dette unngåast ved at dei kvalitative artiklane er nordiske. Academic Search Elite er ein tverrfagleg artikkeldatabase, og kan bidra med eit tverrfagleg perspektiv. Cinahl inneheld mykje kvalitativ forskning og pasienterfaringar, noko som er relevant for problemstillinga. Eg vil nytte søkeorda eldre, einsemd, sosial isolasjon, psykososiale behov, omsorg, og heimesjukepleie. På engelsk vil desse søkeorda vere seniors/elderly/aged/older, lonely/loneliness, social isolation, phycosocial needs, care, og home care. Søkeorda vart valt ut i frå problemstillinga, samt aktuell teori og testsøking i ulike databasar.

3.2.1 *Enkelt søk i SveMed+*

I første søk på SveMed+ (20.02.19) valte eg enkel søking «eldre og ensomhet», noko som gav treff på 40 artiklar. Valte avgrensingar var dokumenttypen «artikkel» (37 st.), og MeSH termen «Norway» (3st.). «Eldre som bor allene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov» vart valt ut fordi sosiale behov er halvparten av dei psykososiale behova, og kan difor gi god innsikt i korleis heimesjukepleie kan ivareta psykososiale behov.

3.2.2 *Kombinert søk i SveMed+*

Søk i SveMed+ 19.03.19			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Psykososiale behov		3
2	eldre		17616
3	sosial isolasjon		365
4	#2 and #3		138
5	4	Social isolation	95
6	5	Norway	24

Tabell 1 SveMed+ kombinert søk

I dette søket var det forsøkt å inkludere søkeordet psykososiale behov, noko som ikkje gav relevante resultat. Difor vart heller søkeorda eldre og sosial isolasjon kombinert. Deretter kom MeSH termen social isolation opp, det er uvisst kvifor, men dette begrensa søket ytterlegare. Så vart MeSH termen Norway valt. Ein av artiklane heitte «Hjemme best? En tematisk analyse av Eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem». Trygghet er eitt av dei psykososiale behova, og pasientanes oppleving av omsorg i heimen er veldig sentralt. Ein anna artikkel heitte «Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie». Denne artikkelen verka relevant ut grunna fokuset på sosiale nettverk, og korleis pleia spelar inn i denne samanhengen. Eg valte difor å sjå nærare på desse to.

3.2.3 *Kombinert søk i Academic Search Elite*

Søk i Academic Search Elite 02.04.19			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Lonliness or isolation or social isolation		147,090
2	Older adults or elderly or seniors or geriatrics		467,960
3	Home care services or home health care or home healthcare or home nursing		29,722
4	Psychosocial needs		2,303
5	S1 AND S2 AND S3 and S4		0
6	Social needs		16,026
7	S1 AND S2 AND S3 and S6		7

Tabell 2 Academic Search Elite, kombinert søk

Vidare ønska eg å få eit breiare fokus for oppgåva gjennom å finne utanlandske studiar om temaet, noko som viste seg å vere vanskeleg. I tidlegare søk på Academic Search Elite vart dei tidlegare utvalde søkeorda nytta, men gav ingen relevante resultat, trass i at søket var svært avgrensa. Difor vart det beslutta å inkludere ordforslaga som kom opp i tekstfeltet ved søk i databasen. I dette søket vart også psychosocial needs bytta ut med social needs i håp om at dette ville gi fleire resultat. Valet hang saman med at sosiale behov er ein del av dei psykososiale behova, også viste seg også å vere meir forska på. I dette søket fann eg «Older home nursing patients' perception of social provisions and recieved care». Eg valte å inkludere artikkelen, sjølv om han viste seg å vere norsk, fordi han inneheldt viktig forskning rundt sosial kontakt frå det uformelle nettverket.

3.2.4 *Kombinert søk i Cinahl*

Søk i Cinahl 02.04.19			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)

1	elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or senior		889,315
2	social isolation or loneliness or social exclusion		15,442
3	homecare or home care or home health or homehealth or home healthcare or healthcare		598,738
4	European		47,250
5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		22

Tabell 3 Cinahl, kombinert søk

I dette søket brukte eg same taktikk på Academic Search Elite. Søkeordet european vart inkludert i håp om å finne internasjonal forskning. Ikkje alle resultatane var relevant forskning, og ein del vart difor ekskludert. «The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UHCE) among older persons in five European cities: A pre-post controlled trial, valte eg for å få med meir forskning rundt temaet internasjonalt, og for å få med betydninga av tverrprofesjonelt samarbeid for å fremje helse.

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Vurdering av eiga oppgåve

Oppgåva har både kvalitative og kvantitative artiklar, noko som tilfører både subjektive opplevingar og objektive funn til oppgåva. Vidare er det heilt klart ei overvekt av norske studiar. Det kan late til at einsemd er eit meir utforska område i Noreg enn i andre deler av Europa, og Norske studiar var difor meir relevante. Ulempa med dette er at det er usikkert om resultatane vil vere like gyldige i andre kulturar og for andre etnisitetar, med tanke på preferansar og forutsetningar i forhold til psykososiale behov. Studiane som er valt ut har størst fokus på pasientane sine opplevingar, og mindre rundt korleis helsepersonell opplever arbeidet sitt, og deira oppleving av møtet pasientane. Kanskje ville eit større fokus på helsepersonellet sine oppgåver gitt ei breiare forståing for hindringar ein møter for å ivareta psykososiale behov. Pårørande sitt perspektiv er heller ikkje teke med i oppgåva. Dette kan medføre at ein ikkje får med seg heile samanhengen og kompleksiteten av problemet.

3.3.2 *Kritisk vurdering av forskningsartiklar og litteratur*

Svakheitene i artikkel 1 er at forskarane ikkje har vurdert korleis bakgrunnsforhold kan ha påverka fortolkinga av data. Forskarane innleier heller ikkje til diskusjon mot egne funn, eller har begrunna kvifor dette ikkje er teke med. I artikkel 2 kjem det ikkje fram om intervjuet er teke opp på lydopptak eller om dei kunn er skrivne ned undervegs. Heller ikkje i denne studia har forskarane vurdert eiga rolle og mogleg påverknad undervegs. Det er ikkje vurdert korleis prosjektet kan ha påverka deltakarane i studia. I artikkel 3 manglar ein definisjon av populasjonen som utvalet er henta frå. Det kan stillast spørsmål ved om utvalsmetoda er tilfredsstillande då ein nytta sjølvutvikling, noko som medførte skeivheit i alder i utvalet. Ein har ingen informasjon om dei som ikkje ønska å delta i studia. Det er også svært låg svarprosent i forhold til populasjonen. I artikkel 4 vart ikkje deltakarane tilfeldig randomisert fordi forskarane meinte det ikkje var gjennomførbart. Dei som var med i studia vart ikkje blinda, då det ikkje var mogleg å gjennomføre. Tiltaka som vart utført i intervensjonsgruppa var også ulike ut frå kva behov ein hadde med bakgrunn i helsevurderinga som vart gjort. Til sist har ikkje forskarane gjort ei vurdering av moglege biverknadar eller kostnadar ei slik tilnærming vil kunne medføre. I studie 5 er det uklart om utvalet er representativt i forhold til populasjonen. Det er heller ikkje gjort greie for om dei som ikkje responderte skil seg frå dei som har respondert.

3.3.3 *Etikk i oppgåveskriving*

I oppgåva er det henvist til kjelder slik at lesaren skal kunne finne tilbake til originalkjeldene og kontrollere om gitte opplysningar er korrekte. Henvisinga er også viktig for å vise respekt for andre sine verk. I artiklane som er valt ut er artikkel 1 anbefalt av både etisk komité for medisinsk forskinsetikk og datatilsynet. Samtykke vart innhenta frå deltakarane, og det vart presisert skriftleg og munnleg at ein kunne trekke seg. Artikkel 2 vart godkjend av norsk senter for forskningsdata, og samtykke innhenta frå deltakarane. Studia nyttar fiktive namn. Artikkel 3 har følgd taushetsbestemmelse jf. Kap 5 i lov om helsepersonell. Studia er vurdert av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som ikkje konsesjonspliktig. I artikkel 4 har etisk komité sine prosederer blitt følgd i alle byane, godkjenning er gitt av lokale etiske komitéar, og skriftleg samtykke vart innhenta frå alle deltakarane. Studie nummer 5 vart godkjend av Regional Committee for Medical Reserch Ethics, og det norske datatilsynet. Studia er utforma i henhold til vanlege etiske prinsipp.

4 RESULTAT

I denne delen presenterast dei utvalde forskingsartiklane. Viktige tema sett ut frå problemstillinga vil komma tydelegast fram.

4.1 Artikkel 1

«Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov», Birkeland & Natvig, 2008, Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning

Forskarane ønska å finne ut korleis heimebaserte kommunale tenester ivaretek pasientane sine sosiale behov. Dei viser til ei studie gjort av Porter (2005) der ho trekk fram at heimesjukepleia ikkje berre må dreie seg om praktiske og konkrete oppgåver i heimen, men også korleis pasientane sjølv opplev situasjonen sin. Metoden i studia var kvalitativ, og målet var å få fram pasientane si eiga beskriving rundt korleis dei oppleve deira sosiale behov vart ivaretatt. Informantane i studia var eldre pasientar over 70 år som budde åleine.

Praktiske gjeremål var med på skape og bygge relasjonar. Omsorga var ikkje det beskrivne målet for oppdraget, men var ofte tilstades likevel. Pleiarane hadde ulik evne til å vise omsorg, knyte relasjonar og nytte tida på ein omsorgsfull måte. Dette opplevde pasientane i form av at dei fekk betre kontakt med nokon av personale. Tida pleiarane hadde til rådighet opplevdes særleg knapp på kveldane og i helgene, men det var også då pasientane tilsynelatande kunne ha størst behov for sosial kontakt. Dei som fekk tilsynsbesøk kunne lett kjenne seg avvist dersom personalet opplevde oppdraget var utført etter å ha observert pasienten sin tilstand.

Fleire av pasientane oppleve lite inntrykk, men fekk noko gjennom telefon, radio eller fjernsyn. Dei hadde behov for å høyre om det som skjedde utanfor heimen, og ønska at personale skulle fortelje om eige liv. Det var vanskeleg for pasientar med lite inntrykk å starte samtalar med pleiaren. Pasientane uttrykte behov for ei stabil gruppe å forhalda seg til, særleg dei som fekk sjeldan besøk eller hadde samansette fysiske eller psykososiale behov. Fleire pasientar oppgav heimesjukepleia som deira viktigaste sosiale kontaktar. Antalet hjelparar å forhalde seg var ikkje fullt så viktig, så lenge dei var kjende og visste korleis oppgåvene skulle utførast. Dei fleste hadde dårleg erfaring med vikarar, då manglande utdanning og utilstrekkeleg erfaring gjekk ut over sosial kontakt og praktisk arbeid. Halvparten av informantane deltok på dagavdeling som kan bidra til fellesskap, samvær og aktivitet.

4.2 Artikkel 2

«Hjemme best? En tematisk analyse av Eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem», Munkejord, Eggebø & Schønfelder, 2018a, Tidsskrift for omsorgsforskning

Forskarane ønsker å belyse kva som bidreg til å skape trivsel og tryggleik i eigen heim, og korleis det for nokon kan vere eit godt alternativ å flytte til ein meir tilrettelagt bustad. Dei baserer studia på «hjemme best» politikken som inneber at pleie- og omsorgssektorane lenge har prioritert å nytte ressursar i heimebasert omsorg framfor i institusjonsbasert omsorg. Dette trass i at blant anna Breivik & Schmidt (2005) fann at mange eldre ønsker å flytta til meir tilpassa buformer dersom helsa skranta. Studia er kvalitativ og baserer seg på to distriktskommunar. Informantane var 11 menn og 17 kvinner, som i hovudsak var i 80- og 90-åra. Dei fleste budde åleine i sin opprinnelege heim, medan seks stykk var gift. Ein del hadde også flytta til meir tilpassa bustadar etter at dei var blitt åleine. 20 informantar mottok heimesjukepleie.

Forskarane fann at mange var knytt til heimen då dei hadde vore med å bygga det sjølv, dyrka kjøkkenhage og liknande. Huset var også deira eige, og fleire tenkte at ein ikkje hadde same fridomen om ein flytta. Dei fleste som budde åleine fekk hjelp frå både heimesjukepleie og familie. I mange tilfelle var det også pårørande som hadde søkt om kommunale tenester. Behovet dei enkelte hadde for sosial kontakt varierte betydeleg, men det kom tydeleg fram at familieomsorg var svært viktig for kjensla av tryggleik i eigen heim. Andre informantar hadde på eit visst tidspunkt hadde byrja å kjenne seg husredde, og synest det var tungvindt og vanskeleg å klare seg sjølv i eigen bustad. Her kunne den fysiske og psykisk helsa spele inn. Funn tyder på at når ein person først byrja å bli engsteleg var det vanskeleg å reversere.

Ein av dei som valte å flytte til omsorgsbustad kjende dette som ei stor letting. Han kjende seg tryggare, slappa meir av og kjende seg framleis heime blant tinga sine. Andre opplevde betre helse i form av betre søvn og fordøying. Forskarane seier at omsorgsbustadar kan bidra med tryggleik og sosialt fellesskap, auka trivsel og betra fysisk og psykisk helse. Felles for dei som valte å flytte var at dei hadde fått lite uformell omsorg og ivaretaking av sosiale behov.

Forskarane seier at pårørande har ei sentral tryggleiksskapande rolle, og at det er viktig med systematisk samarbeid mellom frivillig sektor og kommunane. Dei understrekar også at det bør tilretteleggjast for attraktive bustadløysingar, som er lettstelte, utan strenge inntakskrav, og med god tilgang til sosiale fellesskap og meningsfulle aktivitetar.

4.3 Artikkel 3

«Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie», Kirchoff, Grøndal & Andersen, 2005, Nordisk Sygepleieforskning

Tidlegare studiar peikar mot at førekkomsten av opplevd einsemd aukar med alderen og redusert helsetilstand, difor ønskjar forskarane i denne studia å auke kunnskapen rundt mekanismar som påverkar kjensla av einsemd. Hensikta var å beskrive førekkomsten av einsemd blant brukarar av heimesjukepleie, og undersøke i kva grad sosiale nettverk og kvaliteten på pleia biddreg til å påverke brukaranes oppleving av einsemd. Tverrsnittstudia hadde 118 informantar, med gjennomsnittsalder på 81 år. Alle hadde vedtak om nødvendig helsehjelp.

19,5 % av informantane svarte at dei ofte eller alltid kjente seg einsame. Ein fann signifikante samanhengar mellom einsemd, bustatus og opplevd helsetilstand. Dei som budde åleine opplevde større grad av einsemd. Blant dei som oppgav dårleg fysisk eller psykisk helsetilstand, fann ein også større andel einsame enn blant dei som ikkje opplevde dårleg helse. Dei fleste informantane hadde familiære relasjonar til barn og barnebarn, samt ikkje-familiære relasjonar til venner, naboar og bekjendte. Ein mindre del av informantane hadde kontakt med organisert verksemd. Ein fann ingen samheng mellom einsemd og familiære/ikkje-familiære relasjonar, deltaking i organisert verksemd, eller antal personar i nettverket. Derimot var kvaliteten på relasjonar til venner og bekjendte av stor betydning. Å ha ein fortruleg i nettverket var svært viktig. Dei som opplevde tilfredsstillande kontakt opplevde også mindre einsemd. Dette inkluderte også indirekte kontakt via telefon. Brukarane definerte ansette i heimesjukepleia som fortrulege.

Funna viste ingen samheng mellom omfang, varigheit eller hyppigheit av tenestetilbodet og einsemd. Funna indikerer at brukarane ønska meir personsentrert tilnærming. Den sosiokulturelle atmosfæren, som vil sei om personalet vektla brukarane sine behov og ønsker framfor fastlagte rutinar, hadde svært stor betydning. Det hadde også personalet sin kompetanse og profesjonalitet. Ein fann likevel at kvaliteten på brukaren sitt sosiale nettverk hadde større betydning enn kvaliteten på tenestetilbodet for opplevd einsemd. Til sist i studia legg forskarane til at sjukepleiaren kan bidra til å redusere opplevinga av einsemd ved å redusere emosjonell isolasjon og sosial isolasjon, gjennom å leggje til rette for og vegleie brukaren til å auke kontakt med andre eller endre kontaktmønster.

4.4 Artikkel 4

«The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UHCE) among older persons in five European cities: A pre-post controlled trial», Franse et. Al. 2018, International Journal of Nursing Studies»

Forskarane i studia seier at den eldre befolkninga er i vekst, og at sosiale- og helserelevante problem dermed vil auke. Ei koordinert tilnærming kan betre helse og livskvalitet, men foreløpige forskingsresultat på området er tvitydige. Studia vart gjennomført i primæromsorga i fem europeiske byar, Manchester, Pallini, Rijeka, Rotterdam og Valencia. Deltakarane i den kvantitative studia vart fordelt i to grupper, ei intervensjonsgruppe og ei kontrollgruppe. Ønska populasjon var eldre over 75 som levde uavhengig. Målet var å fremje sunn aldring ved å redusere fallrisiko, upassande medisinbruk, einsemd og skrøpelighet. Ved oppstart var gjennomsnittsalderen for deltakarane 79,5 år, og 38,1% levde åleine.

UHCE-tilnærminga (Urban Health Centres Europe) vart utvikla gjennom systematisk gjennomgang av litteratur for å identifisera forskingsbaserte tiltak med effekt og validerte metodar for å måle dei fire parameterane. Malen for UHCE-tilnærminga bestod av tre trinn. Først kartla ein den eldre sin helserisiko innanfor dei gitte kategoriane ved hjelp av spørjeskjema og fysiske målingar. Ein tok ein utgangspunkt i desse resultata og diskuterte seg fram til ein spesialtilpassa omsorgsplan der tanken også var å fremje den eldre si involvering i pleieplanen. Det tredje trinnet gjekk ut på å utføre trinn to i praksis. Spesifikke intervensjonstiltak vart anbefalt innanfor dei ulike kategoriane.

Målingane ved oppstart vart oppfølgt etter 12 månadar. Ein fann ein liten positiv effekt i å takle tilbakevendande fall, redusere skrøpelighet, auke i fysisk helse relatert til livskvalitet, samt auke i mentalt velvære, når ein samanlikna intervensjonsgruppa med dei som fekk vanleg pleie. Målt differanse var endå større i subgruppa innanfor intervensjonsgruppa som hadde fått pleieplanen knytt opp mot fallforebygging, skrøpelighet og einsemd. Dei som deltok i fallforebygging og skrøpelighet fekk for det meste fysiske treningsprogram, medan dei som deltok i einsemdsforebygging deltok i sosiale aktivitetar eller støtte i form av ulike grupper. Konklusjonen i studia er at koordinert førebyggjande helse- og sosial tilnærming kan fremje sunn aldring for eldre personar, men at meir forskning på området er nødvendig.

4.5 Artikkel 5

«Older home nursing patients' perception of social provisions and received care», Dale, Sævareid, Kirkevold & Söderhamn, 2010, Scandinavian Journal of Nursing Science

Forskarane i studia ønska å beskrive eldre pasientar si oppleving av tilgong på sosial kontakt, samt å utforske forholdet mellom sosial kontakt, fysisk funksjon, mental status, sosiale nettverk og omfanget av formell og uformell familieomsorg. Prevalensstudia vart gjennomført i 5 små og 2 større kommunar i Sør-Noreg. Utgangspunktet er 4 av dei 6 kategoriene i Robert S. Weiss (1973, 1974) si identifisering av element som inngår i sosiale relasjonar. «Reassurance of worth» der ein får anerkjenning som gir sjølvrespekt, «Attachment» ei nær tilknytning som gir kjenslemessig sikkerheit, «Opportunity for nurturance» behovet for å gi omsorg og tanken om at ein har ansvar for andre, «Social integration» behovet for sosialt tilhøyre i ei gruppe. I tillegg til desse kategoriene målte ein ADL funksjon, emosjonell tilstand, omfang av formell og uformell omsorg, og uformelt sosialt nettverk.

Dei som scora godt på heile undersøkinga hadde mindre hjelp frå heimesjukepleia, og scora også høgare på ADL funksjonar. Dei som var avhengige av hjelp til ADL funksjonar hadde mindre tilgang på sosial kontakt. Opplevinga av einsemd var eit problem hjå dei som ofte mottok heimesjukepleie. Det kunne sjå ut som at dei som ønska heimesjukepleie brukte dette som ein strategi for å få sosial kontakt. Omfang av heimesjukepleie og hjelp frå familie påverka den opplevde sosiale kontakten, men det gjorde ikkje mengda heimehjelp. Høg score på «Reassurance of Worth», «Opportunity for nurturance» og «social integration» gav lågare grad av einsemd og mindre omfang av heimesjukepleie. Låg score på «Reassurance of worth» vart knytt til nervøsitet, engsting og meir depressivt humør, men regelmessig telefonkontakt gav høgare score i kategorien. Høg score på «social integration» gav også høgare ADL score, medan låg score også her var forbunde med meir depressivt humør. Resultatet i studia var høgt nivå av opplevd sosial kontakt var høgt, noko som var uventa med tanke på oppfatninga om at eldre har små sosiale nettverk og ofte lid av einsemd eller depresjon. Forskarane seier at funna kan hengje saman med at eldre har tilpassa forventningane sine til situasjonen, at dei har blanda den faktiske situasjonen med slik dei skulle ønske situasjonen var, at dei har eit ønske om å ikkje klage på den hjelpa dei får, eller at å vedgå at ein er einsam er knytt til stigmatisering. Einsemd er også ei subjektiv oppleving og den som er sosialt isolert er ikkje nødvendigvis einsam.

5 DRØFTING

I denne delen vil hovudfunna frå resultatdelen bli drøfta opp mot teori og Kari Martinsen sin omsorgsteori. Hensikt er å svare problemstillinga i oppgåva. Til sist vil det vere ei oppsummering av drøftinga som legg grunnlag for vidare tenking.

5.1 Kven er dei einsame eldre?

I «Leve hele livet» (2018) kjem det fram at det er på tide med eit meir aldersvennleg samfunn der eldre blir inkludert i fellesskapet, og at dette kan bidra til god helse og meistring av eige liv. Dei viser altså til ein samheng mellom det å vere inkludert i eit fellesskap, og det å ha god helse. I SSB (2009) kom det fram at opplevinga av einsemd kunne hengje saman med opplevinga av dårleg helse. Denne samanhengen kom også fram i studia til Kirchoff et. al. (2005), der dei med dårleg fysisk eller psykisk helse oftare gav uttrykk for at dei var einsame. I studia til Dale et. al. (2010) fann ein at dei som scora høgt på ADL også hadde større tilgang til sosial kontakt. Denne samanhengen mellom helse og einsemd kan komme av at den sosiale kontakten fysisk er utfordra, men det kan også tenkast at personar med dårleg helse manglar motivasjon til å oppretthalde den sosiale kontakten.

Halvorsen (2005) seier at einsemd ofte blir forbunde med alderdom, og at fleire eldre er sosialt isolerte. Det er lett å tenke seg at eldre oftare er sosialt isolerte enn andre grunna dårleg helse og fråfall i det sosiale nettverket. Det kan i mange tilfelle vere opplagt å setje likeinsteikn mellom det å vere sosialt isolert og det å vere einsam. Men i studia til Dale et. al. kjem det fram at dei som er sosialt isolerte ikkje nødvendigvis kjenner seg meir einsame, og at eldre i Noreg opplever at dei har høg grad av sosial kontakt med andre. Vidare seier forskarane at ein kanskje berre har gått ut frå at eldre er einsame (2010). Kanskje er det ikkje slik at eldre er meir einsame enn andre, sjølv om dei heilt klart har større forutsetningar for å bli det, då fleire eldre er sosialt isolerte om ein samanliknar med andre aldersgrupper. Den sosiale isolasjonen er truleg berre ein av mange faktorar som spelar inn på om dei eldre kjenner på den subjektive kjensla einsemd eller ikkje.

I Yrkesetiske retningslinjer (2011) 6.2 står det at sjukepleiaren aktivt skal arbeide for å imøtekomme sårbare grupper sitt behov for helse- og omsorgstenester. Martinsen seier at dei som oftast treng mest hjelp får minst, og beteiknar dette som «den omvendte omsorgens lov» (Førland, Alvsvåg & Tranvåg, 2018). I studia til Munkejord et. al. (2018a) kom det fram at det

oftast var pårørende til pasienten som hadde søkt om heimesjukepleie. Dale et. al. (2010) fann at opplevinga av einsemd var større blandt gruppa som ofte mottok heimesjukepleie, og dei la til at det å søke om heimesjukepleie kunne vere ein taktikk for å få meir sosial kontakt. Ein kan difor spørje seg kva som skjer dersom pasienten ikkje har nære pårørende. Ut frå eiga erfaring med denne pasientgruppa blir det i mange tilfelle sett spørsmålsteikn ved korleis pasienten har klart seg i heimen utan meir omfattande hjelp, når behovet for assistanse under for eksempel sjukehusinnlegging er så stort. Dei mest sårbare gruppene kan difor late til å vere dei som ikkje har ressurssterke eller nære pårørende. Dei får kanskje ikkje ivareteke sine psykososiale behov eller andre omsorgsbehov gjennom verken formelle eller uformelle omsorgsytarar.

5.2 Dei eldre sine psykososiale behov

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) seier at helsepersonell pliktar å fremje sosial tryggleik og førebyggje sosiale problem (§1-1, ledd 2). Folkehelseinstituttet (2015) hevdar at manglande sosial støtte kan gå ut over evne til å meistre livssituasjonar, sjølvtilitt og sjølvbilete, og kan medføre depresjon, angst og psykisk lidning. Ramvi seier at det psykososiale består av det sosiale ytre og det psykiske indre (2014). Evne til å meistre livssituasjonar, ha sjølvtilitt og ha godt sjølvbilete kan på mange måtar sjåast på som det psykiske indre, fordi det ikkje er synleg for dei rundt ein. Det kan difor sjå ut som at folkehelseinstituttet meiner at den psykiske delen av dei psykososiale behova må bli ivaretatt gjennom sosial støtte. Med andre ord er det psykiske ein konsekvens av det sosiale, eller det indre er ein konsekvens av det ytre.

Helgesen (2016) seier at identiteten vår blir utvikla gjennom sosial kontakt. Identiteten vår er vår indre oppfatning av oss sjølv, og kan dermed betraktast som noko psykisk. Solvoll (2016, s. 107) seier at identiteten vår handlar om å oppleve seg som den same, trass i ulike livsfasar, men også om å vera unik. Ettersom sosial kontakt er viktig for å utvikle identiteten (Blix & Breivik, 2006; Helgesen, 2016), kan det late til at ein treng bekrefting på seg sjølv og kven ein er frå eit anna perspektiv enn sitt eige for å få ivaretatt sine psykososiale behov. Bekrefting og anerkjenning kom også fram i studia til Dale et. al. (2010) som viktig for at ein ikkje skulle kjenna seg einsam, nervøs, engsteleg eller depressiv. Som sjukepleiar kan det vera utfordrande å anerkjenne pasienten sitt tidlegare liv, då ein som oftast berre har kjennskap til pasienten her og no. Det er kanskje også difor den uformelle kontakten er så viktig for mange, fordi det uformelle nettverket

oftast har kjend pasienten over lenger tid og kan bekrefte ovanfor pasienten om han eller ho framleis lever etter same verdiar som tidlegare.

I studia til Birkeland og Natvig (2008) gav fleire av pasientane av dei opplevde lite inntrykk, og at det dei fekk var gjennom telefon, radio eller fjernsyn. Difor sette dei pris på uformell kommunikasjon som handla om livet utanfor. I studia til Kirchoff et. al. (2005), og Dale et. al. (2010) fann ein at sosial kontakt kunne bli tilfredsstilt gjennom telefonkontakt, og at telefonkontakten også kunne bidra til at pasienten kjende seg anerkjend. Som sjukepleiar finst det mange måtar å tilretteleggje for sosial kontakt på, slik som å gi informasjon om frivillige organisasjonar, dagtilbod, aktivitetstilbod og liknande. Å inkludere pårørande i pleieplanar og engasjera dei slik at dei ilag med pasienten kan ha eit felles mål, kan i første rekke hjelpe pasienten til å nå målet sitt, men kan også verre med på å styrke relasjonen mellom pasient og pårørande gjennom praktiske gjeremål.

I artikkelen til Munkejord et. al. (2018a) kom det fram at det lenge har vore prioritert å nytte ressursar i heimebasert omsorg framfor institusjonsbasert omsorg, trass i at studia fann at fleire synest det var tungvindt, einsamt og utrygt å bu i eigen bustad. Dei fann også at opplevinga av tryggleik i heimen ofte hang saman med den uformelle omsorga frå pårørande. Liknande funn vart gjort i studia til Dale et. al. (2010), der ein fann haldepunkt for å hevde at pårørande er betre på å gi pasienten tryggleikskjensle enn det heimesjukepleia er. Blix og Breivik (2006) seier også at kontinuitet i sjukepleiar-pasientforholdet er viktig for kjensla av tryggleik. Altså kan det late til at for å trygge pasienten i eigen heim må sjukepleiaren enten hjelpe pasienten med å oppretthalde det sosiale nettverket sitt, eller sørge for at det er kontinuitet i pleieforholdet. Vidare i studia til Munkejord et. al. (2018a) fann ein at personane som valte å flytte frå den «utrygge» bustaden til meir tilrettelagte bustadar fekk tilbake tryggleiken. Dette viser at ein ved å prioritere at eldre skal bu heime kan ein påføre pasientane ekstra belastningar som kanskje kunne vore unngått dersom ein lytta til pasienten og hans preferansar.

Halvorsen (2005) seier at det for mange er tabubelagt å erkjenne at ein er einsam fordi det kan bli tolka som om at ein ikkje blir likt. Dale et. al. (2010) trekk også fram tabuet rundt einsemd som mogleg årsak til at resultatet av opplevd sosial kontakt var såpass høgt i studia. Sjølv om den sosiale isolasjonen og det sosiale nettverket til ein pasient på mange måtar er noko ein kan observera eller tenkja seg fram til betydde ikkje nødvendigvis den sosiale isolasjonen at pasienten var einsam. Eittersom den subjektive kjensla av einsemd kan betraktast som ein del av det

psykiske indre, må ein nytte seg av det viktige verktøyet kommunikasjon for å finne ut kva den andre føler. Likevel kan nok mange kvi seg for å snakke om einsemd, og det kan difor på mange måtar vere lettare å gå ut frå at ein person er einsam heller enn å ta det opp som eit samtaleemne. Større openheit og aksept rundt tema som einsemd, sosial isolasjon og sosiale behov i samfunnet og i sjukepleiar-pasient forholdet kan difor gjere stor nytte på vegen til å identifisere psykososiale behov, samt lette byrdene for dei som slit med slike problem.

5.3 Omsorg i heimesjukepleia

I Helse- og omsorgstjenestelova (2011) står det at det er helsepersonell si oppgåve å sørge for å behandle nedsett funksjonsevne (§1-1, ledd 1). Altså har myndighetene gjennom lovverket retta fokuset i helse- og omsorgssektoren mot den fysiske helsa, med eit mål om å gjere pasienten frisk. Martinsen kallar denne tenkinga for formålsrasjonaliteten, og kritiserer han (Kristoffersen, 2016). I stadanfor meiner Martinsen at mennesket alltid er avhengig av kvarandre, uansett om det er sjukt eller friskt, men at sjukdom skapar ein ekstra avhengigheit, og ekstra behov for omsorg (Martinsen & Wærness, 1991). Pasientar som kjem i kontakt med heimesjukepleia er sjuke, enten fysisk eller psykisk, og har difor eit ekstra behov for omsorg. Etersom Martinsen seier at menneske alltid er avhengige av kvarandre kan ein difor lure på kvifor mennesket må vere sjukt for å få moglegheita til å motta omsorg. For det er ikkje nødvendigvis slik at alle har pårørande som kan påta seg denne oppgåva. Videre seier Martinsen at omsorg ikkje er sjukepleie (Fonn, 2019). Med dette meiner ho at ein treng ikkje vere sjukepleiar for å kunne yte omsorg.

Martinsen seier at omsorga er relasjonell, praktisk og moralsk (2005). For å gi omsorg ut frå Martinsen sitt perspektiv må ein først forstå kva ho meiner med dette. I studia til Dale et. al. (2010) tok dei utgangspunkt i fire element som inngår i sosiale relasjonar, «Reassurance of worth», «attachment», «opportunity for nurturance» og «social integration» (Weiss, 1973 & 1974). Desse kan til norsk bli oversett som anerkjening, tilknytning, nærleik og sosialt tilhøyrsl. Sällström (1997) seier at ein får kraft gjennom anerkjening (I Alvsvåg, 2014). Altså er anerkjening viktig for å skape relasjonar, men også for å få kraft til meiste eigen kvardag. Kanskje baserer Martinsen den relasjonelle delen til det ho betiknar som etikkens førkulturelle grunnlag, som omfamnar omgrepa tillit, barmhjertighet, kjærleik og openheit, som ho seier er tilstades gjennom ord og handling (Førland, Alvsvåg, Tranvåg, 2018). Dei fleste er nok inneforstått med at det er lettare å kjenne tillit og å gi kjærleik til nokon ein har relasjonar til. Det

er også lettare å vere open, noko som er ein viktig nøkkel for å forstå den andre sine psykososiale behov. Martinsen seier også at det beste er å få dekkja sitt behov for omsorg frå nokon i nærmiljøet som ein kan danne relasjonar med (Martinsen & Wærness, 1991). Likevel fann ein både i studia til Birkeland og Natvig (2008), samt studia til Kirchoff et. al. (2005) at pasientane betrakta pleiarane som blant deira fortrulege. I studia til Birkeland og Natvig (2008) fann ein også at praktiske gjeremål kunne bidra til å bygge relasjonar. Dei viser altså til ein samanheng mellom det praktiske og det relasjonelle, og at ein gjennom fysisk aktivitet kan komme nærare den andre.

Martinsen seier om omsorga at han blant anna er praktisk, og at målet med omsorga er at pasienten skal kjenne velvære, god helse og livsmot (2005; Kristoffersen, 2016). Helse er eit fysisk behov, medan velvære og livsmot er meir retta mot det psykiske. I studia til Franse et. al. (2018) fann ein at ei koordinert førebyggjande helse- og sosial tilnærming, med fokus på sosiale aktivitetar og fysiske treningsprogram kunne betre fysisk helse og mentalt velvære. Altså kan studia tyde på at ein kan yte omsorg gjennom fysiske treningsprogram og sosiale aktivitetar i lag med pasienten, studia kan difor bekrefte Martinsen sin tanke om at pasientar kan oppleve omsorg gjennom slike aktivitetar. I studia til Kirchoff et. al. (2005) fann ein at pleiarane sin kompetanse og profesjonalitet hadde stor betydning for opplevinga av einsemd, noko som kan tyde på at den praktiske kompetansen også er viktig for opplevinga av omsorg.

Fermann & Næss (2015) seier at oppgåvene til heimesjukepleia er konkretisert på heimesjukepleiarane sine arbeidslister. Birkeland og Natvig (2008) seier at omsorga ikkje var det beskrivne målet med besøket, men at omsorga oftast likevel var tilstades. I studia til Kirchoff et. al. (2005) fann ein at den sosiokulturelle atmosfæra hadde stor betydning for om pasientane opplevde at dei fekk god omsorg. Pasientane ønska at pleiarane skulle ha fleksibilitet, og ikkje kunn fokusere på oppdraget som var gitt dei. Martinsen (2003) seier at moralen er spontan. Kanskje opplever pasientane det som meir omsorgsfullt dersom pleiaren intuitivt ser pasienten sitt behov i den gitte situasjonen, noko som på sjukepleiarspråket ofte blir beteikna som det kliniske blikket. Det kliniske blikket krev også at ein har evne til å setje seg inn i den andre sin situasjon, noko som krev ein viss relasjon og evne til å forstå det andre mennesket. Vidare seier Martinsen (2003) at etikken og moralen er eitt, og at etikken blir levd ut gjennom å handle til den andre sitt beste. Å handle til den andre sitt beste baserer seg på at ein har kjennskap til pasienten

og hans ønske og verdiar, og at ein har kunnskap om kva som kan betre pasienten sin fysiske eller psykiske situasjon.

5.4 Avslutning

Det kjem ofte fram i media at mange eldre er einsame i heimen sin, og manglar sosial kontakt. Kva som gjer at ein oftare beteiknar eldre som einsame enn andre aldersgrupper kan skuldast at ein blandar begrep. Den sosiale isolasjonen, som mange eldre opplev grunna dødsfall eller store endringar i helse eller livsstil, er ikkje synonymt med den subjektive kjensla av einsemd, trass i at fleire av studiane vider ein samanheng mellom einsemd og dårleg helse (Munkejord et. al., 2018; Franse et. al., 2018). Denne samanhengen kan komme av at dårleg helse utfordrar og begrensar den enkelte sin moglegheit for sosial kontakt. Einsemd kan også for mange opplevast som tabubelagt, og noko ein unngår å snakke om, og på denne måten blir det vanskelegare å både kartlegge, men også å hjelpe dei einsame. Det kan late til at psykososiale behov først og fremst må bli ivaretatt gjennom å ivareta dei sosiale behova til den enkelte, og at den psykiske delen av det psykososiale er relativ i forhold til korleis dei sosiale behova blir ivaretekne.

Martinsen seier at omsorga er relasjonell, praktisk og moralsk (2005). Med dette kan det tenkjast at ho meiner at omsorga ikkje kan planleggjast, men er noko som utfaldar seg i møte mellom to personar. Den relasjonelle delen kan bygge på at ein må ha kjennskap til den andre, og at ein må vite kva for verdiar den andre ser på som viktige for å kunne handle til hans eller hennar beste. Den moralske delen er den spontane tanken som legg grunnlaget for utføringa av den praktiske handlinga, eller omsorgsgesten. Martinsen sin måte å beskrive omsorga på blir på mange måtar bekrefta i studia til Kirchoff et. al. (2005), der ein fann at pasientane sette pris på at pleiarane sette deira behov framfor å strikt følgje oppgåva som var gitt. I fleire av studiane fann ein at den uformelle omsorga var ein viktig del av dei psykososiale behova (Kirchoff et. al., 2005; Munkejord et. al., 2018). Difor er det viktig at sjukepleiaren er med å tilretteleggje for sosial kontakt mellom pasienten, hans pårørande og vener. Det finns også mange tilbod som sjukepleiaren burde formidla vidare til alle pasientar som ønsker informasjon.

Martinsen har lenge kritisert samfunnet, både for det ho beteiknar som formålsrasjonaliteten, og «den omvendte omsorgens lov» (Kristoffersen, 2016; Førland, Alvsvåg & Tranvåg, 2018).

Gjennom heile Martinsen sin omsorgsfilosofi kjem det tydeleg fram at omsorga ikkje berre er godt for den sjuke. Likevel har eg gjennom arbeidet med denne oppgåva blitt bevisstgjort på at

myndighetene har eit mål om å behandle menneske. For å setje det heile på spissen kan det late til at dei ønsker å få fram eit observerbart resultat, noko som ser fint ut i tabellar og statistikkar. Kanskje er det også difor fokuset på einsemd og andre psykososiale behov er satt til sides, fordi resultat av psykososial «behandling» ikkje objektivt kan målast i etterkant på same måte. Uansett kva grunn som ligg bak har den fysiske helsa lenge vore prioritert framfor psykososiale behov. Heldigvis har ein no fått auga opp for denne urettferdige prioriteringa og ein har kome med forslag til tiltak gjennom blant anna «leve hele livet».

I diktet «Um å bera» av Jan-Magnus Bruheim (1947, s. 11-12), seier han at sorga er stor og gleda lita når ein ikkje kan delast med andre, og beskriv det som at mennesket visnar vekk dersom ein ikkje kan få dele kjenslene sine med andre. Det fint knapt nokon som vil sitje å sjå på ein blom i vindaugskarmen visne vekk, kvifor skal me då godta at det skjer med våre eldre?

REFERANSELISTE

- Alvsvåg, H. (2014) Indre og ytre rom for omsorg. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.). *Rom for omsorg?* (s. 127-145) Bergen: Fagbokforlaget
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2016) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Birkeland, A. & Natvig, G. K. (2008) Erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov, *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(2), 3-14. Henta frå:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/150728/BirkelandNatvig.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Blix, E. S. & Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bruheim, J. M. (1947) Um å bera. *På skålvekti*. (s. 11-12). Oslo: H. Aschehoug & Co
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte P. A. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dale, B., Sævareid, H. I., Kirkevold, M. & Söderhamn, O. (2010) Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Science* (24),523-532. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x>
- Den norske Legeforening (2001) *Legeforeningens 15-punksprogram for en bedre helsetjeneste for eldre*. Henta frå <https://legeforeningen.no/emner/andre-emner/publikasjoner/statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/legeforeningens-15-punksprogram-for-en-bedre-helsetjeneste-for-eldre1/>
- Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement (2018) *Leve hele livet; En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 2017-2018) Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

- Fermann, T. & Næss, G. (2015) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkhelseinstituttet (2015). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Henta frå <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Fonn, M. (2019) Kari Martinsen: - Pleien tar den tiden den tar. *sykepleien*. Henta frå <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Franse, C. B., von Grieken, A., Alhambra-Borrás, T., Valía-Cotanda, E., van Staveren, R., Rentoumis, T. [...] Raat, H. (2018) The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UHCE) among older persons in five European cities: A pre-post controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 153-162. [https://doi.org/10.1016.j.ijnurstu.2018.09.006](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.006)
- Førland, O., Alvsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018) Perspektiver på omsorgsforskning. I *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3)196-214. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-01>
- Halvorsen, K. (2005) *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helgesen, A. K. (2016) Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsmø (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 141-167). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsebiblioteket (2016) Sjekklister. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet (2015) *Samhandlingsstatistikk 2013-14* (s. 131-140) Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf>

- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. (LOV-2011-06-24-30) Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Kirchoff, J. W., Grøndahl, V. A. & Andersen, K. L (2015) Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk Sygeplejerforskning*. 5(3)266-282. Henta frå https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2015/03/betydningen_av_sosiale_netterk_og_kv_alitet_paa_pleien_for_o
- Kristoffersen, N. J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Arkibe
- Martinsen, K. & Wærness, K. (1991) *Pleie utan omsorg?* Norway: Pax Forlag
- Munkejord, M. C., Scönfelder, W. & Eggebø, H. (2018a) Hjemme best? En tematisk analyse av eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1)16-26. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-03>
- Munkejord, M. C., Scönfelder, W. & Eggebø, H. (2018b) Sosial omsorg – frå blind flekk til sentralt innsatsområde i hjemmebasert eldreomsorg? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3)298-306. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-01>
- Omhelse.no. Kari Martinsen; Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Henta frå <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/kari-martinsen/>
- Press Association Images. Elderly woman standing at window looking through curtains [bilde] Henta frå <https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/elderly-woman-standing-at-window-looking-through-curtains/1>

- Ramvi, E. (2014) Indre og ytre rom for omsorg. I H. Alvsvåg, O. Førland, & F. F. Jacobsen (Red.). *Rom for omsorg?* (s. 147-161) Bergen: Fagbokforlaget
- Romøren, T. I. (2015) Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-38) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Slettebø, Å. (2014) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sletteland, N. & Donovan R. M. (2016) *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Solvoll, B.-A. (2016) Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 105-140). Oslo: Gyldendal Akademisk
- SSB (2009) *Samfunnsspeilet* 23(1)74-78. Henta frå <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200901/ssp.pdf>
- Yrkesetiske retningslinjer (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

6 VEDLEGG

6.1 Vedlegg 1, Tabell 2, Samandrag av artiklar

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov, Birkeland og Natvig, 2008, Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning	«Hvordan opplever pasienten at hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov?» Få fram pasienten sin artikulerte beskrivelse av dette.	Kvalitative forskningsintervju, åpne spørsmål, fremvoksende/emergent design, tatt opp på band og transkribert ordrett. Datainnsamling utført i pasienten sin heim med intervjuar som hadde erfaring frå heimesjukepleie.	10 kvinner, 8 menn, alder over 70 år, gjennomsnittsalder 82,5 år, 7 budde i omsorgsbustad, 13 i eigen leilegheit. I stand til å fortelje om egne opplevingar og erfaringar, vurdert av heimesjukepleie til å kunne vere i ein psykososial vanskeleg situasjon.	Psykososiale behov vart ivaretekne gjennom omsorga som vart gitt. Praktiske gjeremål med å skape relasjonar. Føretrekk positive og forteljande personale, erfaring og dyktigheit av betydning. Heimesjukepleiarar viktige sosiale kontaktar
Hjemme best? En tematisk analyse av eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem, Munkejord et al., 2018a, Tidsskrift for Omsorgsforskning	Belyse kva som bidreg til å skape trivsel og tryggleik i eigen heim, og korleis det for nokon kan vere eit godt alternativ å flytte til ein meir tilrettelagt bustad.	Kvalitativ, dybdeintervju. Nytt tema-basert kvalitativ analysestrategi. Identifiserte tema på tvers av intervju	11 menn, 17 kvinner, hovudsak 80-100 år, utkantkommunar, 20 mottok heimetenester, 19 budde i eigen bustad, 9 hadde fått plass i omsorgsbustad/kommunal leilighet, 6 budde saman med ektefelle, resten vanlegvis åleine	Dei fleste som fekk kommunal hjelp, uformell omsorg og ivaretatt sosiale behov kjende seg trygge i eigen heim. For andre trygt å flytte til omsorgsbustad og fellesskapet der.

<p>Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevde av ensomhet blant brukere av hjemmesjuepleie, Kirchoff et al., 2005, Nordisk sygeplejeforskning</p>	<p>Hensikta med studia var å beskrive førekomsten av einsemd blant brukarar av heimesjuepleie, og undersøke i kva grad sosiale nettverk og kvaliteten på pleia biddreg til å påverke brukaranes oppleving av einsemd.</p>	<p>Metoden var tverrsnitstudie. Datasamlinga vart utført ved at informantane fylte ut eit spørjeskjema som heimesjuepleia hadde tatt med. Spørsmåla hadde tre fokusområde; einsemd, sosiale nettverk, og kvalitet i eit brukarperspektiv.</p>	<p>Utvalet var 80 kvinner, 37 menn, totalt 118 deltakarar. Alder var mellom 29 og 98 år, med gjennomsnittsalder på 81 år. 75 budde åleine. Dei var alle brukarar av heimesjuepleie i ein bykommune.</p>	<p>Opplevinga av einsemd avheng av helsetilstand, kvalitet på nettverk og kvalitet på tenesta i heimesjuepleia. Sosiokulturell atmosfære har størst betydning.</p>
<p>The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UCHE) among older persons in five European cities: A pre-post controlled trial, Franse et. al., 2018, International Journal of Nursing</p>	<p>Hensikta var å teste hypotesen om at ei koordinert tilnærming med fokus på helse- og sosialrelaterte kan vere med å betre helse og livskvalitet hjå eldre</p>	<p>Metoda i studia var kvantitativ pre-post controlled trial. Datasamlinga vart gjort ved oppstart og etter 12 mnd, ved spørjeskjema og to fysiske målingar. Spørjeskjema inneheldt ulike måleverktøy retta mot fokusområda.</p>	<p>1215 personar deltok i intervensjonsgruppa, og 1110 i kontrollgruppa ved baseline. Gjennomsnittsalder var 79,5 år, 60,8% var kvinner, 38,1% levde åleine, 51,1% hadde lågare utdanning. Deltakarane budde i Manchester, Pallini, Rijeka, Rotterdam eller Valencia.</p>	<p>Studia fann ein liten positiv effekt ved hjelp av koordinert tilnærming gjort i kategoriane effekt i å takle tilbakevendande fall, redusere skrøpelighet, auke fysisk helse relatert til livskvalitet, samt auke mentalt velvære.</p>
<p>Older home nursing patients' of social provisions and received care, Dale et. Al., 2010, Scandinavian Journal of Nursing Science</p>	<p>Beskrive opplevinga av tilgang på sosial kontakt blant ei gruppe eldre pasientar som får heimesjuepleie og utforske forholdet mellom opplevd mengde sosial kontakt, fysisk funksjon, mental status, sosiale nettverk og omfanget av formell og uformell familieomsorg.</p>	<p>Metoda i studia var kvantitativ tverrsnitt-/prevalensstudie. Datasamlinga vart gjennomført ved hjelp av intervju der intervjuar leste opp spørsmål frå spørjeskjema og kryssa av.</p>	<p>Utvalet i studia var 242 personar frå 7 ulike byar i Sør-Noreg. Alle hadde heimesjuepleie. 70,7% kvinner, gjennomsnittsalder 84,6 år, 68,2% var enker/enkemenn, ca. ¾ budde åleine, 81,1% hadde barn.</p>	<p>Hovudkonklusjonen er at deltakarane i studia opplevde stor grad av sosial kontakt og fellesskap, funn tyder på at dette heng saman med kontaktfrekvensen med sosiale nettverk og mengden formell og uformell omsorg.</p>

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

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.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

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

"Hvordan opplever pasienter som bor alene i egen bolig at hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov? ut frå pasienten sin egen beskriving

Det ønska å finne svar på dette fordi det er gjort ei rekke studiar av kva som er god omsorg og korleis eldre opplev sin sosiale situasjon, men lite studiar om korleis eldre opplev at heimesjukepleia ivaretek deira sosiale behov

Problemstillinga er relevant for studia.

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

 JA UKLART NEI

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

Målet med studia var å belyse pasientane sine opplevingar rundt korleis dei meinte at sjukepleia ivaretok deira sosiale behov, på den måten at pasientane skulle uttrykke dette med egne ord.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

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

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

JA UKLART NEI

Utvalgsmetoden vart utført ved at heimesjukepleia valte ut aktuelle informantar, og brakte med informasjon om prosjektet, munnleg og skriftleg til desse. Dei som ønska å delta skriv under på eit samtykkeskjema, samt namn og telefonnummer, som vart formidla vidare til førsteforfattar gjennom leidar for heimesjukepleiedistriktet. Datainnsamlinga vart gjort ved hjelp av intervju som vart teke opp på band og transkribert ordrett, og deretter transkribert i tre fasar. I analysen nytta dei hermeneutisk tilnærming, men førforståing - tolking - forståing som ein sirkulær prosess. Ved å lese gjennom intervjuva trakk forskarane ut hovudtema, undertema og grunntema, før dei tolka og drøfta tema i forhold til teori og tidlegare relevant forskning ut frå forskingsprøsmålet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Tips: Når man bruker f.eks. *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, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

JA UKLART NEI

Deltakarane vart valt ut fordi dei hadde passert 70 år, budde heime, hadde hatt hjelp av heimesjukepleia meir enn 2 månadar, dei kunne gjennomføre ein normal samtale, og dei blei vurdert til å befinne seg i en psykososial vanskeleg situasjon. I innleiinga kjem det fram at det er ein samanheng mellom alder og einsemd.

Det var heimesjukepleia som kontakta moglege informantar, og gav dei informasjon om studia.

Det er stilt spørsmål ved om informantar som ikkje valte å delta, kunne bidratt med viktige data. Men forskarane har ikkje vore i kontakt med desse.

Det er ikkje begrunna kvifor akkurat desse deltakarane vart valt ut

Utvalget var 10 kvinner og 8 menn, med gjennomsnittsalder på 82,5 år. 7 av desse budde i omsorgsbustad, medan 13 budde i eigen leilighet. 10 gjekk på dagavdeling tilknytt sjukeheim. Informantane høyrde til 3 distrikt fordelt på 2 kommunar.

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

JA UKLART NEI

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? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. 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 (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Intervjua vart utført i pasienten sin eigen heim, og vart begrunna med at det var rolege og uforstyrra omgivnadar.

Det kjem klart fram at metoden som er nytta til å samle data er intervju med fremvoksende/emergent design, der fokuset ligg på kva som åpenbarer seg og veks fram undervegs i møte med informantane.

Det vart laga ein enkel temaguide rundt kva tankar pasientane hadde til forholdet/relasjonen til personalet, korleis kommunikasjonen føregjekk, og kva han bestod av, kva pasientane meine om kordan personalet ivaretok den sosiale kontakten, og om det var noko dei sakna av hjelp som kunne betra deira sosiale situasjon.

Metoden vart ikkje endra i løpet av studia

Det kjem fram at intervjua vart teke opp på band, og seinare transkribert ordrett

Forskerane seier at datamaterialet var omfangsrikt og representerte både by bykommune og to distrikt i ein meir spredt bebygd kommune. Noko dei meinte gav større mangfald i datamateriale.

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

JA UKLART NEI

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?

Forskerane har ikkje vurdert si eiga rolle og mogleg påverknad eller gjort endringar i utforming undervegs.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

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 f.eks. 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?

Det er ikkje forklart i detalj korleis forskinga vart forklart til deltakarane. Heimesjukepleiarar, som hadde fått skriftleg og munnleg informasjon om studia brakte denne informasjonen vidare til potensielle informantar. Dei som ønska å delta skreiv under på eit samtykkeskjema. Forskarane presiserte også ovanfor dei moglege informantane, både skriftleg og munnleg, at dei kunne trekke seg frå prosjektet.

Forskarane veit at intervjuar går inn på vanskelege tema som kan frembringe kjensler, særleg ettersom dei har valt ut menneske som allereie er i ein pressa situasjon. Dei har difor vore merksame på at spørsmålsstillinga ikkje må vere for pågåande.

Forskningsetikk, samt datatilsynet, gav si anbefaling til prosjektet.

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

 JA UKLART NEI

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 (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. 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?

Studia nyttar ein hermeneutisk tilnærming i analysen.

Analysen byrja med tolking av utsegn og meddelingar som vart gitt i intervjusituasjonen. Vidare tolking vart gjort i transkriberinga. Deretter vart alle intervjuar lest gjennom for å velge ut tema. Så vart det valt ut hovudtema, undertema og grunntema. Siste fase var tolking og drøfting av tema i forhold til teori og tidlegare relevant forskning.

Det er klar samanheng mellom samla data og valte kategoriar.

Tilstrekkeleg data er presentert for å underbygge funn.

Det er tatt med motstridande data i analysen.

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

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

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 (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Forskarane har teke i bruk andre kjelder for å underbygge funn.

Det er ikkje diskusjon mot forskarens argument.

Funna sin troverdighet er i liten grad diskutert, men det kjem fram at det vart samla eit breitt datamateriale, og at resultatet kunne vore annleis om andre informantar hadde vore med i studia. Det blir og sagt at eit svakt punkt kan vere at det kun vart foretatt eit intervju med kvar informant.

Funn er diskutert opp mot opprinnelig problemstilling

(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 f.eks. 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?

Funna diskuterer studias bidrag i forhold til noverande praksis, og korleis denne kan forbe-trast. Forskarane seier også at dei i analysen vurderte funna opp mot teori og tidlegare relevant forskning.

Studia avdekker eit behov for å konkretisere kva ein i heimesjukepleia legg til oppgåva "tilsyn" og kva som eigentleg er besøket si hensikt.

Forskarane har ikkje diskutert korleis funna kan overførast til andre populasjoner eller nyttast i andre samanhengar.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

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 sjekkliste.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste

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

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

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

Forskarane ønska å finne svar på korleis eldre kvinner og menn opplev sin heim, kva som skaper tryggleik i eigen bustad, og deira tankar om flytting til ein meir tilpassa bustad.

Forskarane ønska å finne svar på dette på bakgrunn av "hjemme best" politikken der pleie- og omsorgsressursane blir prioritert til heimebaserte tenester framfor institusjonsbasert omsorg. Dette til trass for at undersøkingar har vist at nokon eldre ønsker å flytte til meir tilpassa bustadar.

Problemstillinga e.r relevant for studia

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

 JA UKLART NEI

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

Studia sitt formål er å belyse kva som biddreg til å skape tryggleik og trivsel i eigen heim, eller korleis det opplevast flytte til ein omsorgsbustad eller tilrettelagt leilighet, basert på informantane sine eigen erfaringar.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

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

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

JA UKLART NEI

Dei fleste informantane vart rekruttert via kommunen si heimeteneste, resten via snøballmetoden. Heimetenesta hadde med informasjonsskriv til aktuelle brukarar, dei som ønska å bli kontakta oppgav namn og telefonnummer til heimetenesta slik at som forskarane seinare kunne kontakta dei. Data er samla ved hjelp intervju utført i informantene sin eigen heim, som vart tatt opp på lydopptak. I analysedelen fulgte dei tema-basert kvalitativ analysestrategi og identifiserte tema på tvers av intervju for å belyse likskapar og ulikslikapar i synspunkt og forteljingar, og identifiserte tema ut ifrå det.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Tips: Når man bruker f.eks. *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, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

JA UKLART NEI

Dei som vart valt ut måtte ikkje ha framskridande demens, og måtte ha helse til å gjennomføre eit lengre intervju.

Det var i førsteomgang heimetenesta som kontakta aktuelle informantar og brakte informasjon vidare til forskarane, dersom pasientane ønska å bli kontakta. Forskarane kontakta ein del, og dei fleste ønska å delta. Dei 9 resterande informantane kom forskarane i kontakt med etter tips frå dei 19 første informantane.

Dei fleste som vart kontakta ønska å delta i studia, men nokon var forhindra grunna sjukdom eller andre planar.

Dei valte desse informantane fordi dei ønska å få fram eit mangfald av erfaringar blant eldre med varierende bistands- og omsorgsbehov, som budde i ulike bustadar, og med tanke på avstand til naboar og kommunesenter.

Utvalet var 11 menn, 17 kvinner, primært i 80- og 90-åra. Studia vart gjennomført i to utkantkommunar med spreidd busetnad. 20 informantar mottok kommunale heimetenester, medan resterande ikkje gjorde det. 19 budde i sin opprinnelige heim, medan ni einslege hadde fått plass i omsorgsbustad eller kommunal leilighet. Seks budde i lag med ektefelle, og utgjorde tre ektepar som alle var med i studia.

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

JA

UKLART

NEI

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? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. 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 (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Datasamlinga vart utført i pasienten sin eigen heim, men er ikkje begrunna.

Forskarane nytta dybdeintervju for å samle data.

Måten data er samla på er ikkje beskrevet.

Metoden er ikkje endra i løpet av studia

Det kjem fram at dataene vart samla i form av lydfiler og transkriberte intervju.

Forskarane har ikkje diskutert metning av data, men at informantane vart valt med den hensikt å få eit mangfald av erfaringar.

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

JA

UKLART

NEI

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?

Forskaren har ikkje vurdert si eiga rolle og mogleg påverknad.

Forskarane takkar kollegaar for innspel og kommentarar til studia, men det kjem ikkje fram om det er gjort endringar på grunn av dette.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

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 f.eks. 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?

Det er ikkje forklart i detalj korleis forskinga vart forklart til deltakarane. Heimesjukepleia hadde med skriftleg informasjon til aktuelle informantar, og deltakarar som ønska å vite meir om studia vart kontakta av forskarane og fekk på den måten informasjonen direkte.

Forskarane har ikkje diskutert korleis prosjektet kan ha påverka deltakarane.

Prosjektet er godkjend av Norsk senter for forskingsdata.

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

 JA UKLART NEI

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 (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. 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?

Analysestrategien er tema-basert kvalitativ

I analysedelen fann forskarane først tema på tvers av intervjua, før dei leste og analyserte kvart intervju for deg for å sjå etter variasjonar og likheter.

Det er klar samanheng mellom innsamla data og kategoriar forskarane har kome fram til.

Tilstreккеlege data er presentert for å underbygge funn.

Det er tatt med motstridande data i analysen

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

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

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 (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Forskarane har trekt inn andre kjelder for å underbygge funn.

Det er ikkje diskusjon mot forskaranes argument.

Forskarane har diskutert funna saman med kollegaer.

Funna er diskutert opp mot opprinnelig problemstilling.

(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 f.eks. 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?

Forskarande har belyst funna opp mot dagens politikk og praksis. Dei har diskutert korleis funna kan bidra til å auke fysisk, psykisk og psykososial helse, samt auka trivsel og tryggleik. Dei avdekkjer også eit behov for å leggje til rette for attraktive bustadsløysingar utan strenge inntakskrav, med sosiale fellesskap og meningsfulle aktivitetar.

Studia har ikkje avdekket behov for ny forskning.

Forskarane har ikkje diskutert om det er andre måtar forskinga kan nyttast på.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(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.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Nei <input checked="" type="radio"/>
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 <input type="radio"/> Uklart <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Uklart <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frifall i utvalget.</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/></p> <p>Forskarane veit lite om dei som valte å ikkje delta i studia, men seier at forskning viser at dei med redusert fysisk eller mental helse er mindre tilbøyelege til å delta i studiar</p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i> 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</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/></p> <p>Blant ein populasjon på 729 oppfylte 504 krava til deltaking. 126 svarte, 8 skjema vart ekskludert grunna ufullstendig utfylling</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Einsemd: direkte spørsmål validert i tidlegare studie. Sosiale nettverk: spørsmål utvikla og validert av Lars Anderson. Kvalitet i eit brukarperspektiv vart kartlagt med utgangspunkt i Wilde-Larsson og Larsson sitt spørjeskjema «Kvalitet ut frå pasientens perspektiv», som er kvalitetssikra og validert gjennom to studiar</p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuemetoder og personer) Sikret ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelser: utforming (avkrysning, Likert-skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Datainnsamling identisk for alle individ og sikra gjennom bruk av validerte og standardiserte spørjeskjema med avkrysning</p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> 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?</p>	<p>Ulike analysestrategiar vart nytta (Deskriptive analysar, krystabellanalysar, Wilcoxon test, Linear regresjon). Alle analyser vart utført av statistikkprogram for Windows. Det var ikkje bruk av opne spørsmål i spørjeskjema.</p> <p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>* Konklusjonen i studia var at opplevinga av einsemd avheng av helsetilstand, kvalitet på nettverk og kvalitet på tenesta i heimesjukepleia. Sosiokulturell atmosfære hadde størst betydning</p> <p>* Studia har oppgitte statistisk signifikante korrelasjon ved p-verdiar</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> 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.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler der de overordnede spørsmålene er:

- Kan du stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- 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», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

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.

Inspirert av «11 questions to help you make sense of a trial» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2013; lest 09.03.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene) som studeres (f.eks. røykere)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen (f.eks. røykesluttkurs)
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen (f.eks. nikotinplaster)
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes (f.eks. røykeslutt)

* Populasjonen er eldre menneske som bur i kommunale bustadar i fem europeiske byar

* Tiltaket som vart gitt til intervensjonsgruppa var UHCE (Urban Health Centres Europe) tilnærming, som bestod av ei fleirdimensjonal førebyggjande helseevaluering, dersom ein person var i risikosona for fall, for mykje medisiner, einsemd eller skrøpeligheit vart tiltak oppretta.

* Kontrollgruppa fekk vanleg vanleg pleie

* Etter eit års oppfølging vurderte ein fallrisiko, om medisinbruka var hensiktsmessig, einsemd, skrøpeligheit, uavhengigheit og bruk av omsorg.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Eksempler på gode fordelingsmåter er lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller, myntkast m.fl.
- Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag, fødselsdato m.fl.
- Den som fordeler deltagerne til de ulike gruppene må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

I Manchester, Rijeka, Rotterdam og Valencia nytta ein eit spesielt pre-post kontrollert design, fordi forskarane seier at randomisering ikkje var ønskeleg då det ikkje ville vere gjennomførbart i for dei som praktiserte å utføre dei to metodane samtidig. Difor vart gruppene valt ut frå beliggenhet. I Pallini vart deltakarane frå kommuneregisteret randomisert ved bruk av tilfeldig tal-tabell før ein delte dei i intervensjons- og kontrollgruppe.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Ble deltagere, helsepersonell og utfallsmål blindet?

 JA UKLART NEI

Det er ikkje mogleg for helsepersonell eller deltakarar å bli blinda i studia, ettersom tiltaket er så tydelig.

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for bias (systematiske feil), særlig for subjektive utfallsmål som f.eks. smerte eller tilfredshet
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

4. Var gruppene like ved starten av studien?

 JA UKLART NEI

Tips: Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks. alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkaraktistika ved baseline.

Totalt 1215 personar deltok i intervensjonsgruppa, og 1110 i kontrollgruppa. Etter 12 måndars oppfølging var det 986 personar i intervensjonsgruppa, og 858 i kontrollgruppa. Ved baseline var gruppene like med hensyn til alder, kjønn, om dei budde åleine, og om dei hadde låg utdanning. Blant faktorane som skulle undersøkast i studia hadde frykt for å falle og tap av uavhengighet lågare score hjå intervensjonsgruppa, medan mental helse-relatert livskvalitet og mentalt velvære var høgare i intervensjonsgruppa. Ellers var dei to gruppene like.

5. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Var oppfølgingen lik i begge gruppene?
- Eventuelle tilleggstitak bør unngås eller være like i begge (alle) gruppene

* Kontrollgruppa fekk same omsorg som det dei var vane med før studia starta. Det kan likevel tenkast at oppfølginga vil vere ulik i dei ulike landa ut ifrå kva som er vanleg praksis.

* Deltakarar i intervensjonsgruppa som vart vurdert til å ha behov for eit tilpassa pasientforløp ut ifrå helsevurderinga som vart gjort i oppstartfasen fekk eit tilpassa forløp basert på deira behov. Dei som ikkje hadde behov for dette fekk ein kombinasjon av skrøpelighet og medisinsk omsorg. Altså var tiltak ulike innanfor intervensjonsgruppa.

6. Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studien, og ble eventuelt frafall tatt hensyn til i analysen?

JA UKLART NEI

Tips:

- Var det stort frafall – og var frafallet likt fordelt i gruppene?
- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?

* Ved oppfølginga etter 12 månadar var 81,2 % att av intervensjonsgruppa, og 77,3% av kontrollgruppa.

* Grunner til fråfall vart beskrive som uvillighet til å delta, at ein kjende seg for sjuk til å delta, dødelighet eller flytting.

* Alle deltakarane vart analysert i den gruppa dei vart randomisert til.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA UKLART NEI

(B) Hva forteller resultatene?

7. Hva er resultatene?

Tips:

- Hvilke utfall ble målt? Er dette de viktige utfallene, og ble deltagerne fulgt opp lenge nok?
- Hva er effektestimater for de ulike utfallsmålene? Dette kan oppgis som forskjell i gjennomsnitt (mean), middelværdi (median), prosentandel, relativ risiko (RR), number needed to treat (NNT) etc.
- Er det en viktig forskjell mellom gruppene?
- Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallsmålene i én setning?

* Utfalla som vart målt var sunn livsstil, frykt for å falle, gjentakande fall i løpet av året, fysisk svakhet, stor begrensa funksjon, underernæring, medisineringsrisiko, einsemi, skrøpeligheit, tap av uavhengighet, fysisk helse relatert livskvalitet, mental helse relatert livskvalitet, og mentalt velvære.

* Effektestimater for utfallsmåla er oppgitt ved prevalens og gjennomsnitt

* Ved oppfølging hadde intervensjonsgruppa mindre tilbakevendande fall, skrøpeligheita var lågare, fysisk helse relatert livskvalitet og mentalt velvære var alle betre i intervensjonsgruppa samanlikna med kontrollgruppa.

* funna i studia var at UHCE tilnærminga viste positiv effekt på utfallet av tilbakevendande fall, skrøpeligheit, fremje fysisk helse relatert livskvalitet og mentalt velvære i forhold til dei som fekk vanleg pleie.

8. Hvor presise er resultatene?

Tips:

- Hva er konfidensintervallene?
- Er hele bredden av konfidensintervallet innenfor det som regnes som minimal viktig effekt?
- Er eventuelle forskjeller statistisk signifikante ($p < 0,05$)?

* Konfidensintervalla er for resultatata der intervensjonsgruppa er samanlikna med kontrollgruppa: tilbakevendande fall 0,48-0,88; Skrøpeligheit-0,65 til - 0,22; Fysisk helse relatert livskvalitet 0,14-1,76 og Mentalt velvære 0,15-2,84

* Alle skiladane mellom kontrollgruppe og intervensjonsgruppe har ein P-verdi som er 0,05 eller mindre, bortsett frå mentalt velvære hjå personar som hadde eit tilpassa pasientforløp som vart laga ut frå helsevurderinga som vart gjort i oppstarten samanlikna med kontrollgruppa. Her var P-verdien 0,444.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

9. Kan resultatene overføres til praksis?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er deltagerne i studien representative for personene du møter i praksis?
- Er tiltaket godt nok beskrevet og gjennomførbart?
- Er sammenligningen i studien representativ for dagens praksis (kan du forvente like stor effekt)?
- Er tiltaket akseptabelt for pasientene/brukerne?

* Deltakarane i studia er representative for dei personane eg møter i praksis basert på alder og kjønn.

* Tiltaket er godt beskrevet og gjennomførbart med forslag til standardtiltak.

* Samanlikninga i studia er representativ for dagens praksis.

* Tiltaket er akseptabelt for brukarane. Deltakarane samtykka til å delta, og studia har fått etisk godkjenning frå dei ulike byane som var med i studia.

10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

JA UKLART NEI

Tips:

- Vurder om utfallsmålene er relevante for pasientene/brukere, pårørende, politikere, eksperter og klinikere

* Utfallsmåla er relevante, sjølv om resultatane var små viser dei at koordinert førebyggjande helse og sosial omsorgstilnærming kan legge til rette for sunn aldring. Forskarane legg til at ein treng meir forskning på området. Funna er ekstra relevante for brukarar og klinkarar.

11. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er nytten av tiltaket verd kostnader og eventuelle bivirkninger?
- Støttes resultatene i en systematisk oversikt?

* Det er tvilsomt knytt større kostnader eller biverknadar til gjennomføring av slike tiltak.

* Resultatane støttes ikkje i ein systematisk oversikt.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(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.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - 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 <input type="radio"/>	Uklart <input checked="" type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - 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 <input type="radio"/>	Uklart <input checked="" type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Hovedkonklusjonen er at deltakerne i studiet opplevde at de hadde stor grad av sosial kontakt og fellesskap, funn tyder på at dette heng sammen med kontaktfrekvensen med sosiale nettverk og mengda formell og uformell omsorg. * Resultata er presentert med konfidensintervall for statistiske estimater * P-verdier er oppgitt
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> 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.</p>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> <p>* Resultata i studiet med resultatene i andre tilgjengelige studier.</p>