

Lavterskeltilbud til pasienter med epilepsi - en systematisk review –

Lene Fjermo



Masteroppgave i Sykepleievitenskap

Institutt for helse og samfunn, avdeling for
Sykepleievitenskap.

Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

7. juli 2014



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Lene Fjeremo	Dato: 7. juli 2014
Tittel og undertittel: Lavterskeltilbud til pasienter med epilepsi Artikkel: Hva bør et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter inneholde? Refleksjonsoppgave: Lavterskeltilbud til epilepsipasienter- betydning som kvalitetskriterium?	
Sammendrag: Formål: I artikkelen oppsummeres litteratur som beskriver hva et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter bør inneholde. I refleksjonsoppgaven diskuteres lavterskeltilbud til epilepsipasienter som kvalitetskriterium. Teoretisk forankring: Studien er forankret i evidensbasert praksistradisjon og kvalitetsforbedring. Metode: Systematisk litteraturgjennomgang. Litteratursøk i 5 elektroniske databaser, hånd søking i referanselister og i tidsskriftene Sykepleien og Sykepleien Forskning. I første søk var 1158 artikler identifisert som relevante, 1083 møtte ikke inklusjonkriterier. 75 artikler ble lest som fulltekst hvor 63 ble ekskludert. De inkluderte studiene ble abstrahert og kvalitetsvurdert før en deskriptiv analyse ble gjennomført og hele litteraturmaterialet sammenstilt og syntetisert ved innholdsanalyse. I refleksjonsoppgaven ble Demings sirkel for kvalitetsvurdering benyttet. Resultater: 14 artikler ble inkludert i studien. Funnene fra disse studiene viser at et lavterskeltilbud bør være tverrfaglig og sette fokus på medisinsk behandling, råd, informasjon, veiledning og kunnskap for å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier. Tilbudene preges av ulike grader av oppgaveglidning mellom profesjonene i et lavterskeltilbud, og viser at oppgaver, kompetanse og ansvar primært ligger hos sykepleier. Resultatene kan bli bedre ivaretagelse av pasienten, bedre ressursutnyttelse for spesialisthelsetjenesten og økt kvalitet på arbeidet som blir utført fordi da ansatte må spesialisere seg i alle aspekter innen sykdomsforløpet epilepsi. Konklusjon: Lavterskeltilbud bør tilbys av et tverrfaglig team som samarbeider om ulike individualiserte helsetjenester. Målet må være å hjelpe en pasientgruppe å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier som bedrer livskvalitet, selvfølelse og sykdomskontroll.	
Nøkkelord: Epilepsi, litteraturstudie, sykepleier-pasient-forhold, kronisk sykdom.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Lene Fjeremo	Date: 7 th July 2014
Title and subtitle: Low-threshold services for patients with epilepsy Article: What could low-threshold services to chronically ill epileptic patients include? Essay: Low-threshold services for epilepsy patients - importance as quality criterion?	
Summary: Purpose: The article summarizes literature that suggests content in low-threshold services to chronically ill patients with epilepsy. The essay discusses low-threshold schemes as a quality criterion for services to the epilepsy patients. Theory: The study is grounded in evidence-based practice tradition, and aligns with quality improvement efforts. Method: The study presents a systematic literature review based on literature retrieved from five electronic databases, hand searching of reference lists and the Norwegian journals Sykepleien and Sykepleien Forskning. The initial search returned 1158 potentially relevant articles, however 1083 did not meet inclusion criteria. 75 articles were retrieved as full text, where 63 were excluded. Included literature was subject to abstraction and quality assessed, followed by a descriptive analysis where all the retained material was synthesized using content analysis. The essay was organized according to Deming circle for quality assessment. Results: 14 articles were included in the study. The findings show that a low-threshold ought to be multidisciplinary and include medical care, advice, information, guidance and knowledge to promote coping behavior. To achieve this different degrees of task shifting between the professions in a low-threshold may be required, and coordination of tasks, competence and responsibility primarily rests with the nurse. The result is better care outcomes for patients, improved resource for specialist services and improved quality of work being performed because staff must specialize in most aspects of the epilepsy disease trajectory. Conclusion: Low-threshold services should consist of a multidisciplinary team that collaborates to offer a set of services to ensure individualized healthcare. To help a patient develop appropriate coping strategies can improve quality of life, foster self-esteem and ensure control of illness in everyday living.	
Key words: low-threshold services, Epilepsy, literature study, nurse-patient relationship, chronic disease, task-shifting.	

FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Selv om det har vært krevende, har jeg vært i en særstilling som har fått lov til å bruke tid til å fordype meg i et tema. Det er flere mennesker rundt meg jeg ønsker å takke når jeg nå avslutter arbeidet.

Jeg vil rette en takk til min arbeidsgiver, Akershus Universitetssykehus, som ga meg lønnet permisjon under studieperioden.

En dyp erkjent takk til hovedveileder Professor, Dr. polit Anne Moen, som med sine innspill underveis har inspirert meg til nye dykk i forskningsmaterien. Hun har gitt meg energi til jakt på ny kunnskap gjennom sin innsiktsfulle veiledningsstil.

Takk til mine foreldre, søster med familie, Kjell Ove, Lisbeth og kollegaer for alle oppmuntringer, gode råd og tro på at jeg ville klare dette. Takk til mine venninner Kirsti og Trine for all god avkobling.

Lene Fjerme

Rælingen, juli 2014

Lavterskeltilbud til pasienter med epilepsi

- en systematisk review

DEL 1: ARTIKKEL

Hva bør et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter inneholde?

DEL 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

Lavterskeltilbud til epilepsipasienter- betydning som kvalitetskriterium?

INNHold DEL 1 OG 2

Del 1: Artikkel

Innhold

Sammendrag	2
Summary in English	3
Introduksjon	4
Metode.....	5
Søkestrategier og søkeord	5
Praktisk og metodologisk screening.....	6
Resultat.....	7
Diskusjon.....	8
Innhold i et lavterskeltilbud.....	8
Aktører i et lavterskeltilbud.....	9
Pasientutbytte	11
Sterke og svake sider ved arbeidet	11
Konklusjon	12
Litteraturliste	13
Vedlegg	16

Tabelloversikt

Tabell 1) Pico skjema

Tabell 2) Søke strategi og screening prosessen

Tabell 3) Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 1) Erklæring om interessekonflikter

Vedlegg 2) Forfatterveiledning

DEL 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

1	INNLEDNING.....	1
1.1	Fokus for refleksjonsoppgaven.....	2
1.2	Oversikt over kapitlene.....	2
2	METODEFORANKRING.....	3
3	LAVTERSKELTILBUD BETYDNING SOM KVALITETSKRITERIUM.....	5
3.1	Lavterskeltilbud – som kvalitetskriterium for helsehjelp ved epilepsi.....	5
4	DISKUSJON.....	11
4.1	Ledelsesforankring	12
4.2	Engasjere helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner aktivt i forbedringsarbeid	14
4.3	Skreddersydd, og helhetlige tilnærminger, tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.....	16
4.4	Forbedringsarbeidet samstemmes og integreres i organisasjonens visjoner, mål og daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere	17
5	KONKLUSJON	19
	Litteraturliste	21

DEL 1 ARTIKKEL

Tittel: Hva bør et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter inneholde?

Manuskript til: *Sykepleien Forskning*

Forfatter: Lene Fjermo^{1,2}, RN

¹Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet. Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap.

²Sykepleier, Nevrologisk avdeling, nevrologisk poliklinikk, Akershus universitetssykehus HF.

Skriv til forfatter:

Lene Fjermo

Nevrologisk poliklinikk, Akershus universitetssykehus HF

Postboks 1000, 1478 Lørenskog

Telefon: 67 96 95 94

E- mail: lene.fjermo@ahus.no

Antall tegn med mellomrom: 20 254

Antall tabeller: 3

Sammendrag

Hva bør et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter inneholde?

Bakgrunn: Epilepsi er en av de vanligste nevrologiske sykdommene, i dag er ca 0,7 % av befolkningen i Norge rammet. Sykdommen medfører utfordringer både for det daglige sosiale og yrkesaktive livet.

Hensikt med studien: Undersøke hva litteraturen foreslår at et lavterskeltilbud til epilepsipasienter bør inneholde.

Metode: Litteraturstudie. Søkene ble gjort fra september 2013 - januar 2014 i biblioteksdatabasene Medline Ovid/PubMed, SweMed+, Cinahl, British Nursing Index og Cochrane Library. I første søk var 1158 artikler relevante, 1083 møtte ikke inklusjonkriterier. 75 artikler ble lest i fulltekst hvor 63 ble ekskludert.

Hovedresultat: 14 artikler er inkludert i studien. Funnene viser at et lavterskeltilbud bør være tverrfaglig. Inneholde medisinsk behandling, råd, informasjon, veiledning og kunnskap for å møte fysiske og psykiske utfordringer pasienter kan oppleve med sykdommen. Tilbudet preges av ulike grader av oppgaveglidning mellom profesjonene hvor oppgaver, kompetanse og ansvar primært ligger hos sykepleier. Resultatet blir bedre ivaretagelse av pasienten og bedre ressursutnyttelse for spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon:

Lavterskeltilbudet bør bestå av et tverrfaglig team som samarbeider om ulike, individualiserte helsetjenester for å møte behov på det fysiske og psykiske plan. Målet er å hjelpe medlemmer i en pasientgruppe å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier som kan bedre livskvalitet, selvfølelse og sykdomskontroll.

Nøkkelord: Epilepsi, litteraturstudie, sykepleier-pasient-forhold, kronisk sykdom

Summary in English

What should low-threshold services to chronically ill epilepsy patients offer?

Background: Epilepsy is one of the most common neurological diseases, today is about 0.7% of the population in Norway affected. The disease poses challenges for everyday aspects of the social and working life.

Purpose of the study: Investigate what the literature suggests that a low-threshold service to epilepsy patients should contain.

Method: Literature study/systematic review. The searches were performed from September 2013-January 2014 in library databases Medline/PubMed, Ovid SweMed +, Cinahl, British Nursing Index and the Cochrane Library.

Results: 14 articles were included for full review in the study. The findings show that low-threshold facilities ought to be multidisciplinary, and include medical treatment, advice, information, guidance and knowledge to help alleviate physical and mental challenges many patients may experience. The service is often characterized by various degrees of task-shifting between professions where the tasks, skills and responsibilities primarily are allocated to the nurse. The result can be improved outcomes for everyday living, and more appropriate resource utilization for the specialist health service.

Conclusion: Low-threshold services rely on multidisciplinary team collaboration to provide different, individualized healthcare to epilepsy patients to support their physical and mental well-being. The goal should be to help develop appropriate coping strategies that may improve quality of life, self-esteem, and disease control.

Keywords: Epilepsy, literature study, the nurse-patient ratio, chronic illness

Introduksjon

Epilepsi er en av de vanligste kroniske nevrologiske sykdommene. Epilepsi opptrer anfallsvis som en plutselig og ukontrollert forstyrrelse av hjernens elektriske aktivitet. Epileptiske anfall deles grovt opp i to hovedgrupper; generaliserte anfall, der anfallet starter over hele hjernen samtidig, og fokale anfall der anfallet starter i et bestemt område i hjernen (1). Årsaken til epilepsi varierer og kan forårsakes av så å si alle former for sykdom eller skade på hjernen. I mer enn halvparten av tilfellene er det ikke mulig å påvise noen sikker årsak til epilepsi (2). Det er i dag omlag 40.000 mennesker i Norge som er rammet av epilepsi (ca 0,7 % av befolkningen) (1), og pasienten må leve med de begrensningene sykdommen pålegger dem. Det er fremdeles mange fordommer og myter om epilepsi og flere med diagnosen kvier seg for å være åpne om sin sykdom fordi de er redde for å bli stigmatiserte. Det dramatiske anfallsforløpet kombinert med manglende kunnskap i befolkningen kan være årsaker til dette (3).

Sykdommen medfører utfordringer på mange plan. I tillegg til de fysiske symptomene opplever mange konsekvenser for både det sosiale og yrkesaktive livet. Store endringer i levevaner, tap av venner, endring i arbeid og behov for nye fritidsaktiviteter er ikke uvanlig. En del pasienter synes også det er vanskelig å forsones seg med diagnosen, noe som igjen fører til stress, angst og depresjoner (2). Mangel på informasjon og kunnskap kan føre til stress og dårlig mestring, men dersom pasientene har tro på at de får til livsstilsendringer er det viktigere enn kunnskap og ferdigheter (4).

Et lavterskeltilbud i spesialisthelsetjenesten vil kunne være et tilbud for å møte pasientenes behov for støttende helsehjelp. Der kan pasienten og/eller pårørende se det naturlig å ta kontakt med sykehusansatte i forhold til sykdoms- eller livsrelaterte spørsmål.

Lavterskeltilbud er gjerne lett tilgjengelig, gratis, har ikke ventetid, krever heller ikke henvisning fra fastlege eller planlagt drop-in (5). Liknende tilbud finnes blant annet for diabetespasienter (6), MS-pasienter (7) og Parkinson-pasienter (8). Felles for disse er at lavterskeltilbudet består av tilrettelagt veiledning og undervisning i forhold til sykdoms- og livssituasjonen. Målet er at pasientene blir i bedre stand til å oppnå sykdomsmestring, samt akseptere og etablere et sunt forhold til sykdommen. På denne måten vil pasienten kunne oppnå best mulig livskvalitet. Dersom lignende tilbud gis epilepsipasientene antas det at de opplever mindre stress, angst og depresjoner, og de vil ha mer beredskap til å kunne takle hverdagslige utfordringer (2).

Lavterskeltilbud er i tråd med lov om spesialisthelsetjenesten som forplikter sykehusene til å tilby opplæring av pasienter med kronisk sykdom samt deres pårørende (9). Nedsatt livskvalitet er også en faktor som nå gir rett til nødvendig helsehjelp etter lov om pasientrettigheter (10). Pasienter har krav på individuell plan ved sammensatte hjelpebehov, men dette har hittil ikke vært vanlig å tilby epilepsipasienter (10). God opplæring, informasjon og kunnskap gir bedre muligheter til mestring, og kan samtidig redusere komplikasjoner og bedre livskvaliteten. Dette er nødvendige forutsetninger for at pasient og pårørende skal kunne takle sykdomssituasjonen best mulig (11).

Til tross for antatt stor betydning for personer med epilepsi varierer lavterskeltilbud (2). Hensikten med artikkelen er derfor å oppsummere hva annen forskning viser at et lavterskeltilbud til epilepsipasientene bør inneholde.

Metode

Dette er en systematisk litteraturstudie hvor Finks beskrivelser (12) av trinnene i en reviewprosess er benyttet for å organisere materialet. I tillegg ble den modifiserte versjonen av Guide to Community Preventive Services (13, 14) benyttet under arbeidet med dataabstraksjonen og kvalitetssikring av artiklene. Prinsipper beskrevet av Pinch (15) ble fulgt i synteseprosessen, delt inn i 1) innledende trinn - søkestrategier, 2) analyse av sammendraget – praktisk screening og 3) resultater – etter metodologisk screening.

Søkestrategier og søkeord

Det ble gjort søk fra september 2013 - januar 2014 i de elektroniske databasene; Medline Ovid/ PubMed, SweMed+, Cinahl, British Nursing Index og Cochrane Library. Det er siden utført ukentlige søk i de ulike databasene for å sikre den nyeste forskningen på emnet. Det er videre gjort søk i referanselistene til de valgte fulltekstartiklene som igjen har ledet til nye søk (16). Søk i Sykepleien forskning og Sykepleien er også utført fordi det var naturlig å velge å søke i de to tidsskriftene. Med utgangspunkt i studiens hensikt og problemstilling er følgende søkeord brukt: epilepsi, kronisk sykdom, lavterskel, sykepleierens rolle, Multiple sclerose, Diabetes, Parkinson, mestring og stress, for å finne relevante artikler. Søkeord er justert i

henhold til hver databases synonymordbok (12). Oversikten over søkeordene er satt opp i tabell 1, PICO skjema. Trunkering ble gjort for å utvide søkeresultatet.

Sett inn tabell 1 PICO skjema her.

Praktisk og metodologisk screening

Alle artiklene er gjenstand for praktisk screening i henhold til de definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier (12). For å være relevante for inklusjon måtte artiklene oppfylle kriterier:

- Kvalitative eller kvantitative studier, publisert på engelsk, svensk og norsk fra 1995 og frem til dagens dato
- Empiriske studier som omhandler epilepsipasienter i alderen 18-65 år
- Tar opp psykososiale utfordringer, lavterskeltilbud, mestring og stress som sykdommen medfører og om sykepleierens rolle til kronisk syke pasienter.
- Behandling av epilepsipasienter der det i samme artikkel ses på sykepleierens rolle.

Grå litteratur, som er uformelt publisert skriftlig materiale, er også anvendt, for å få frem det som er studiens emne. Totalt, medberegnet gråliteratur, er det 14 artikler inkludert i studien.

Artikler som ikke er inkludert i studien omhandler årsaken til epilepsi og ulike anfallstyper og som ikke er innenfor aldersgruppen 18-65 år. Artikler som beskriver det økonomiske aspektet og hvor det fokuseres på utredning og hvordan utredningen blir utført er ekskludert. De artiklene som bare tar for seg medisiner og behandling er heller ikke inkludert.

Utvelgelse av relevante artikler er en to-trinns prosedyre; 1) å screene tittel og abstrakt i henhold til studiens utførelse og design. Hvis artiklene har inklusjonskriteriene går man til trinn 2) hvis artiklene beholdes blir det ytterligere en screening, etter fulltekstlesing. Studier som er blitt beholdt fra den praktiske screeningprosessen er blitt vurdert for studiekvalitet gjennom metodisk screening (12).

Sett inn tabell 2, søke strategi og screeningprosessen her.

Litteratursøkene gav totalt 1158 artikler. Ved praktisk screening ble 1083 artikler ekskludert fordi de enten ikke var forskningsartikler, ikke var rettet mot rett aldersgruppe i studien,

beskriver bare utredning av sykdommen, operativ behandling og medikasjon, eller omhandler det økonomiske aspektet ved sykdommen. 75 artikler ble vurdert som potensielt relevante og gjennomgått i fulltekst, metodisk screening. Da ble ytterligere 63 av disse artiklene ekskludert da de ikke beskrev relevant intervensjon eller ikke var empiriske studier. Søk i tidsskriftene Sykepleien, Sykepleien Forskning og i referanselistene i utvalget av artikler ble gjennomgått og to artikler ble inkludert.

Resultat

Det ble totalt inkludert 14 artikler. Anerkjente, standardiserte og validerte utfallsmål er benyttet i de fleste av disse studiene, og de fleste refererte til teoretiske rammeverk som sier noe om antatte årsaker til at intervensjonen har nytteverdi.

Sett inn tabell 3 oversikt inkluderte artikler her.

Resultater som har kommet frem i analyseprosessen, tabell 3, viser at størstedelen av artiklene er britiske. Litteraturen som er inkludert viser videre at et lavterskeltilbud bør ha et spesielt innhold, settes sammen av ulike aktører og pasientutbytte.

Det er elleve artikler som skriver om *innholdet* i et lavterskeltilbud (17-27). De peker på at lavterskeltilbudet bør gi støtte, informasjon om lover og regler, og kunnskap om sykdommen til epilepsipasientene (21, 23, 24). Lavterskeltilbudet skal omfatte spørsmål om helse, kropp og kunnskap om sykdomssituasjon, og det bør organiseres slik at pasienten skal kunne forholde seg til en fast kontakt (20, 27). Pasientene må få tidsriktig, relevant og oppdatert informasjon, veiledning og råd tilpasset aktuelle behov. Dette kan være om livsstil, utløsende faktorer for anfall, bilkjøring, sysselsetting og fritidsaktiviteter (22, 25, 26). Lavterskeltilbudet skal videre legge til rette for et tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper slik at man reduserer, helst eliminerer, medisinske og sosiale konsekvenser av sykdommen (18, 19). Tilbudet skal være gratis og lett tilgjengelig ved personlig oppmøte, pr. telefon eller e-post. Pasienten skal ikke behøve henvisning fra fastlege og det skal ikke være ventelister (17).

Det er ni artikler som beskriver *aktørene* i et lavterskeltilbud (2, 18-20, 23, 25-28). Sykepleier framstår som knutepunktet i et tverrfaglig team, ved å gi oppdatert klinisk informasjon, veiledning og råd om epilepsi, anfallstyper, behov for behandling og medisinerer til både pasient og pårørende (2, 18-20, 23). Sykepleieren kartlegger pasientens behov og om nødvendig diskuterer pasientens situasjon, problemer eller utfordringer med andre yrkesgrupper i lavterskelteamet (25-28). Et slikt tilbud kan derfor ses som et eksempel på oppgaveglidning (11).

Fire av artiklene omhandler *pasientutbytte* i et lavterskeltilbud (21, 24, 27, 29). Pasientene bør oppnå økt generell helse, fordi de får råd om passende arbeid og sosial støtte som reduserer angst og depresjoner (29). De får i tillegg kunnskap om de ulike typene epilepsi, regler om bilkjøring, mer medisinsk kunnskap om epilepsi og praktiske daglige gjøremål som bidrar til opplevelse av mestring i hverdagen (24, 27). Utbyttet for unge voksne kan øke dersom de får tilrettelagt/relevant hjelp til å få kontroll over sykdomstilstand, fremme selvfølelsen og bli selvstendige (21). Pasientene får lære ulike mestringsstrategier for og løse både fysiske og psykiske behov (24).

Diskusjon

Litteraturen peker altså på tre viktige dimensjoner ved et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter: innhold, aktører og pasientutbytte.

Innhold i et lavterskeltilbud

I følge lov om spesialisthelsetjenesten (9) er sykehusene forpliktet til å drive opplæring og informasjon til pasienter med kronisk sykdom og deres pårørende. Et lavterskeltilbud tilbys gjerne av et tverrfaglig team, og teamet ledes ofte av en sykepleier med spesiell kompetanse om tematikken tilbudet er rettet mot. I slike tverrfaglige tilbud ses gjerne oppgaveglidning mellom de ulike yrkesgruppene. Dette sikrer pasienten hjelp til flere aspekter ved sykdommen (18, 19). Epilepsipasientene møter mange utfordringer og føler ofte frykt og usikkerhet i forhold til sykdommen og kan være stresset uten å vite det (25, 26). Det skal derfor være naturlig for både pasienter og pårørende å henvende seg til lavterskeltilbudet med store og

små spørsmål rundt sykdommen (17). Her kan pasienten eller pårørende få svar på eller råd om hva som kan medvirke til å utløse anfall, riktig medisiner og hva de bør unngå eller være spesielt oppmerksomme på ved for eksempel fritidsaktiviteter (9, 19, 21-24). I tillegg må informasjon om typer epilepsi, regler om bilkjøring, mer medisinsk kunnskap om epilepsi og praktiske daglige gjøremål inkluderes for å bidra til mestring i hverdagen (24, 27). Tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper rundt pasienten vil redusere, og helst eliminere, medisinske og sosiale konsekvenser av sykdommen. Dette er hevdet å gi pasientene i sum bedre livskvalitet og et mer adekvat tilbud (11). I følge Thomas (27) bør ansatte i lavterskelteamet gi pasient og pårørende tidsriktig og korrekt informasjon om epilepsi. De individuelle behovene endrer seg over tid, særlig i forbindelse med overgang fra barndom til ungdom, eller i ulike faser av det voksne liv. Sykepleieren er svært sentral i lavterskelteamet. Arbeidet som blir utført bør vurderes for å få frem kvaliteten og effekten av omsorgen som blir gitt (20). Oppgaveglidning mellom profesjonene fører ofte til en bedre ressursutnyttelse, uttrykt for eksempel i mindre bruk av legetimer (11).

Aktører i et lavterskeltilbud

Et lavterskeltilbud består som nevnt over av et tverrfaglig team med ulike yrkesprofesjoner. Det bør være sykepleier, nevrolog og andre profesjoner som logoped, fysioterapeut og sosionom i teamet (8). Det er viktig at sykepleier tilegner seg tilstrekkelig kompetanse for å overta oppgaver fra andre spesialister slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt (2, 11). Oppgaveglidning mellom aktørene i et lavterskeltilbud kan skje vertikalt - mellom ulike profesjoner - eller horisontalt - mellom ulike spesialistgrupper i samme profesjon. Motivasjonen for oppgaveglidning kan være både praktiske årsaker, økonomiske hensyn, virkemiddel for å møte ressursmangel eller effektivisere og rasjonalisere bruken av helsetjenester (11). Det er en relativt vanlig praksis når man etablerer lavterskeltilbud i poliklinisk virksomhet å flytte tidligere typiske legeoppgaver over til spesialtrente sykepleiere (11). Oppgaveglidning har imidlertid ikke skjedd uten motstand. Det er spesielt ytret skepsis til at tradisjonelle legeoppgaver overtas av sykepleiere, altså vertikal oppgaveglidning. Kritikken eller reservasjonen har blant annet bunnet i frykt for uklare grenser mellom helseprofesjoner når det gjelder ansvar. I følge helsepersonelloven § 4 (30) skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise videre der dette er nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. I følge

spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 og § 3-10 står det at de regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av de ansatte dekkes innen helseregionen, slik at den enkelte får utført arbeidet sitt forsvarlig (9).

Pasientene vet hvor de kan henvende seg, til en fast kontaktperson, uten å måtte ha henvisning fra fastlege og uten kostnader enten ved å møte opp direkte, sende mail eller pr telefon gjør det lett tilgjengelig (17). Det er oftest en sykepleier med spesialkompetanse som er den aktøren som er primærkontakt for pasient og pårørende. Sykepleier vurderer i hvert tilfelle ut fra problemstillingen hvilke tiltak som bør iverksettes og om pasienten også bør henvises til andre fagpersoner i teamet. Sykepleieren og legen bør ha et tett samarbeid, men sykepleieren kan arbeide selvstendig og rådføre seg med legen eller de andre i teamet ved behov. Det er dokumentert positiv effekt, på hvor fornøyde pasientene er ved bruk av sykepleierledet program.

Det er videre pekt på at god kommunikasjon, teamarbeid, støttetjenester og innovasjon allerede fra diagnosetidspunktet og ved videre oppfølging i et lavterskeltilbud er vesentlig (2). Pasientene er svært fornøyde med rådene og veiledningen de har fått av sykepleieren på diagnosetidspunktet og ved videre oppfølging. De følte også at det ble gitt nok tid til samtalen. Sykepleieren kan bidra med å korrigere misoppfatninger og hjelpe pasienten med deres frykt for sykdommen, samt bidra til mestringsferdigheter, tilpasning, selvbilde, gi håp, energi, helsestatus og livskvalitet. Stressreduksjon, angst og depresjon, sosial tilpasning, fysiske symptomer og overlevelse, alt avhengig av kontekst (25, 26). Det er videre gitt uttrykk for at pasientene er mer tilfredse med møtet med en sykepleier enn en lege. Dette settes ofte i sammenheng med opplevelse av tid. Legen blir ofte oppfattet som stresset og gir lite tid til å forklare pasienten om sykdommen og komme med råd (18, 23). Mange av epilepsipasientene har behov for tett kontakt med spesialisthelsetjenesten, og en helhetlig, tverrfaglig utredning vil være nødvendig for å kunne skreddersy tiltak og redusere innleggelser i sykehus. Det er gode erfaringer med at sykepleier deltar i oppfølgingen av pasientene og er bindeledd mellom ulike yrkesgruppene. Sykepleier framstår på bakgrunn av dette som pasientenes og pårørendes rådgiver og terapeut, advokat, og gir informasjon om sykdom og administrative spørsmål i tillegg til pasientsamtaler (28).

Pasientutbytte

Det pekes på at pasientutbytte oppstår i komplekse sammenhenger mellom sykdomsforhold, livskvalitet og psykososiale variabler. Det er generelt opplevd helse som er viktigste prediktor for livskvalitet, etterfulgt av mental helse, sosial støtte og anfallsfrekvens (29, 31).

Pasientutbytte av lavterskeltilbud, når pasienten har vært hos sykepleier er gjerne høy tilfredshet fordi de har fått svar på spørsmål og forklaring om sykdommen (11, 23). Slik informasjon og veiledning kan bidra til å redusere og eliminere både de medisinske og sosiale konsekvensene som sykdommen medfører. Dette fordi de råd pasienten fikk kan være til hjelp for at livskvaliteten skal være så lik som mulig før sykdommens utbrudd. Utbyttet er også relatert til informasjon og kunnskap tilpasset viktige livsfaser og valg, for eksempel familieplanlegging, valg av arbeid og valg av fritidssysler. Pasientene vil få støtte til å få kontroll over sykdomstilstanden, noe som klart fremmer selvfølelse og selvstendighet (21). Det bidrar med mer kunnskap om så vel de medisinske aspektene som praktiske, daglige gjøremål som følger med det å ha kronisk epilepsi (24, 27).

Utbyttet er også relatert til at man får all den hjelpen de trenger ved å henvende seg til ett sted. De slipper selv å ta kontakt med ulike profesjoner på ulike steder for å få svar på ulike spørsmål. Dette reduserer stress, fremmer mestring og vil dempe usikkerhet og tvil. Hjelp til å utvikle mestringsstrategier gjør pasientene i bedre stand til og løse både fysiske og psykiske behov (29, 31, 32). Kunnskapen pasienten har om sykdommen vil øke og på den måten kunne forhindre unødvendige sykehusinnleggelses (33). Mestringsstrategier kan lette den personlige kampen og utfordringene som ofte er forbundet med tilpasning til sykdommen. Mulighetene for å oppleve mestring er en nødvendig forutsetning for at pasient og pårørende skal kunne takle sykdomssituasjonen. Et godt utbytte av lavterskeltilbud er om pasientene kan bruke mindre tid i sin hverdag på sykdommen og heller fokusere på arbeid, fritidssysler og familieliv (34).

Sterke og svake sider ved arbeidet

Jeg har kjennskap til problemstillingen fra mitt arbeidssted og derfor en forforståelse av hva lavterskeltilbud bør være. Det betyr at jeg kanskje ikke er helt objektiv på grunn av slike erfaringer. Det er videre en svak side ved arbeidet at det er lite litteratur på epilepsi og lavterskeltilbud til denne gruppen. Alle vurderinger av artikler er gjort av en person, og det er

ikke med så mange kliniske publikasjoner om emnet. Oversettelsen av engelske artikler til norsk, kan ha medført feiltydninger og misforståelser av budskapet forfatteren egentlig ønsket å få frem. Sterke sider ved arbeidet er systematikken i litteraturgjennomgangen og at det er gjort sammenligning med lavterskeltilbud til andre kroniske sykdommer.

Konklusjon

Denne systematiske reviewen viser at et lavterskeltilbud til pasienter med kronisk epilepsi bør inneholde medisinsk behandling, råd, informasjon, veiledning og kunnskap for å møte mange fysiske og psykiske utfordringer og redusere usikkerhet i forhold til sykdommen. Dette er elementer som kan bidra til at en sårbar pasientgruppe kan utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier som kan bedre livskvalitet, selvfølelse og sykdomskontroll. Det bør videre undersøkes konkret hvordan et lavterskeltilbud reelt kan møte mangfoldet i behovene pasientgruppen har. Ser man nærmere på hvordan lavterskeltilbud ved andre kroniske sykdommer er organisert i praksis for eksempel multippel sklerose, Parkinson og diabetes, kan det inspirere til etablering av lavterskeltilbudet for epilepsipasienter. Utbyttet pasienten har av de ulike tiltakene bør være førende for hvordan det endelige lavterskeltilbudet bør være til epilepsipasientene. I tillegg bør det forskes mer på pasienter med epilepsi for å kartlegge på hvilke områder man bør iverksette tiltak.

Litteraturliste

1. **Norsk Epilepsiforbund.** Hva er epilepsi? <http://www.epilepsi.no/medisinsk-/hva-er-epilepsi/> Oslo2013. (Nedlastet 22.04.13).
2. **Nakken KO, Brodtkorb E, Koht J.** Epilepsi og rehabilitering. Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 2007;3(127):309-12.
3. **Nakken KO, Lossius, M.** Fordommer og myter om epilepsi. <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Fordommer-og-myter-om-epilepsi-> Aftenposten 2013. (Nedlastet 22.04.13).
4. **Lode K.** Coping with multiple sclerosis. <http://www.uib.no/> Bergen 2010. (Nedlastet 22.04.13).
5. **Psykiskhelse.** Lavterskeltilbud Oslo 2013. <http://psykiskhelse.no> (Nedlastet 22.02.13).
6. **Diabetesforbundet.** <http://www.diabetes.no/> Oslo 2013. (Nedlastet 22.02.13).
7. **Porter B, Keenan E.** Multiple sclerosis. Nursing at a specialist diagnostic clinic for multiple sclerosis. British Journal of Nursing. 2003;12(11):650.
8. **Höglund A.** The nurse's roll to strengthen the positive. Parkinson-journalen. 2012 //;19(3):38-9.
9. **Lov om spesialist- helsetjenesten m.m.** In: helsedepartementet S,o, editor. Oslo2000.
10. **Helsedepartementet.** S-o. Lov om pasientrettigheter. Oslo 2000.
11. **Helsedirektoratet.** Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo 2013.
12. **Fink AG.** Conducting research literature reviews, from the internet to paper. 4rd ed. United States of America: Sage Publications, Inc; 2013.
13. **Briss P, Zaza S, Pappaioanou M, Fielding J, Wriyth-De Agüero L, Truman B.** Developing an evidence-based guide to community preventive service- methods American Journal of Preventive Medicine. 2000;18 (1, Supplement 1):35-43.
14. **Zaza S AL-DB, PA. Truman, BI. Hopkins, DP. Hennessy, MH, et al. .** Collectinon Instrument and Procedure for Systematic Review in the Guide to Community Preventive Services. American Journal of Preventive Medicine. 2000;18 (1S):44-74.

15. **Pinch WJ.** Synthesis: implementing a complex process. *Nurse Educator*. 1995 Jan-Feb;20(1):34-40.
16. **Polit DF, Tatano B C.** *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth ed. UK: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
17. **Norsk sykepleierforbund.** Lavterskel helsetilbud for voksne kan bidra til mer likeverdige helsetjenester. *Sykepleien*. 2013:1.
18. **Kwan I, Ridsdale L, Robins D.** An epilepsy care package: The nurse specialist's role. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2000 Jun 2000;32(3):145-52.
19. **Bingham E.** Care of older people with epilepsy. *Nursing Older People*. 2011 Feb 2011;23(1):24-8.
20. **Collins J.** Developing primary care services for people with epilepsy. *Primary Health Care*. 2009;19(2):20-2.
21. **Collins S.** The psychosocial effect of epilepsy on adolescents and young adults. *Nursing Standard*. 2011;25(43):48-58.
22. **Hayes C.** Neuroscience nursing. Clinical skills: practical guide for managing adults with epilepsy. *British Journal of Nursing*. 2004;13(7):380-7.
23. **Ridsdale L, Morgan M, O'Connor C.** Promoting self-care in epilepsy: the views of patients on the advice they had received from specialists, family doctors and an epilepsy nurse. *Patient Education & Counseling*. 1999;37(1):43-7.
24. **Unsworth G.** Living with epilepsy: safety during home, leisure and work activities. *Australian Occupational Therapy Journal*. 1999;46(3):89-98.
25. **Hopkins J, Irvine F.** Qualitative insights into the role and practice of Epilepsy Specialist Nurses in England: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(11):2443-53.
26. **Russell A.** How nurses can support people with epilepsy. *Nursing Times*. 1997;93(27):50-1.
27. **Thomas S.** Epilepsy and services for older people. *Nursing Older People*. 2002;14(4):23-9.
28. **Dupras T, Martini J, Edmond C, Robertson M.** Nursing in adult epilepsy. *Axon*. 2005;26, no 3:31-4.

29. **Bishop M, Berven NL, Hermann BP, Chan F.** Quality of life among adults with epilepsy: an exploratory model. *Rehabilitation Counseling Bulletin.* 2002 Winter;45(2):87.
30. **Lovdata.** Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) Tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. Nr 4 OsloLOV-2013-06-21-82 fra 01.01.2014.
31. **Wahl AK, Hanestad BR.** Psykososial intervensjon og kronisk sykdom. *Sykepleien.* 2002;90(21 (b)):38-41.
32. **Malcomson KS, S. L-SA, Dunwoody L.** What can we learn from the personal insights of individuals living and coping with Multiple Sclerosis? *Disability and Rehabilitation.* 2008;30(9):662-74.
33. **Snyder M.** Revised epilepsy stressor inventory. *Journal of Neuroscience Nursing.* 1993;25(1):9-13.
34. **Bishop M.** Determinants of employment status among a community-based sample of people with epilepsy: implications for rehabilitation interventions. *Rehabilitation Counseling Bulletin.* 2004 2004 Winter;47(2):112.

VEDLEGG

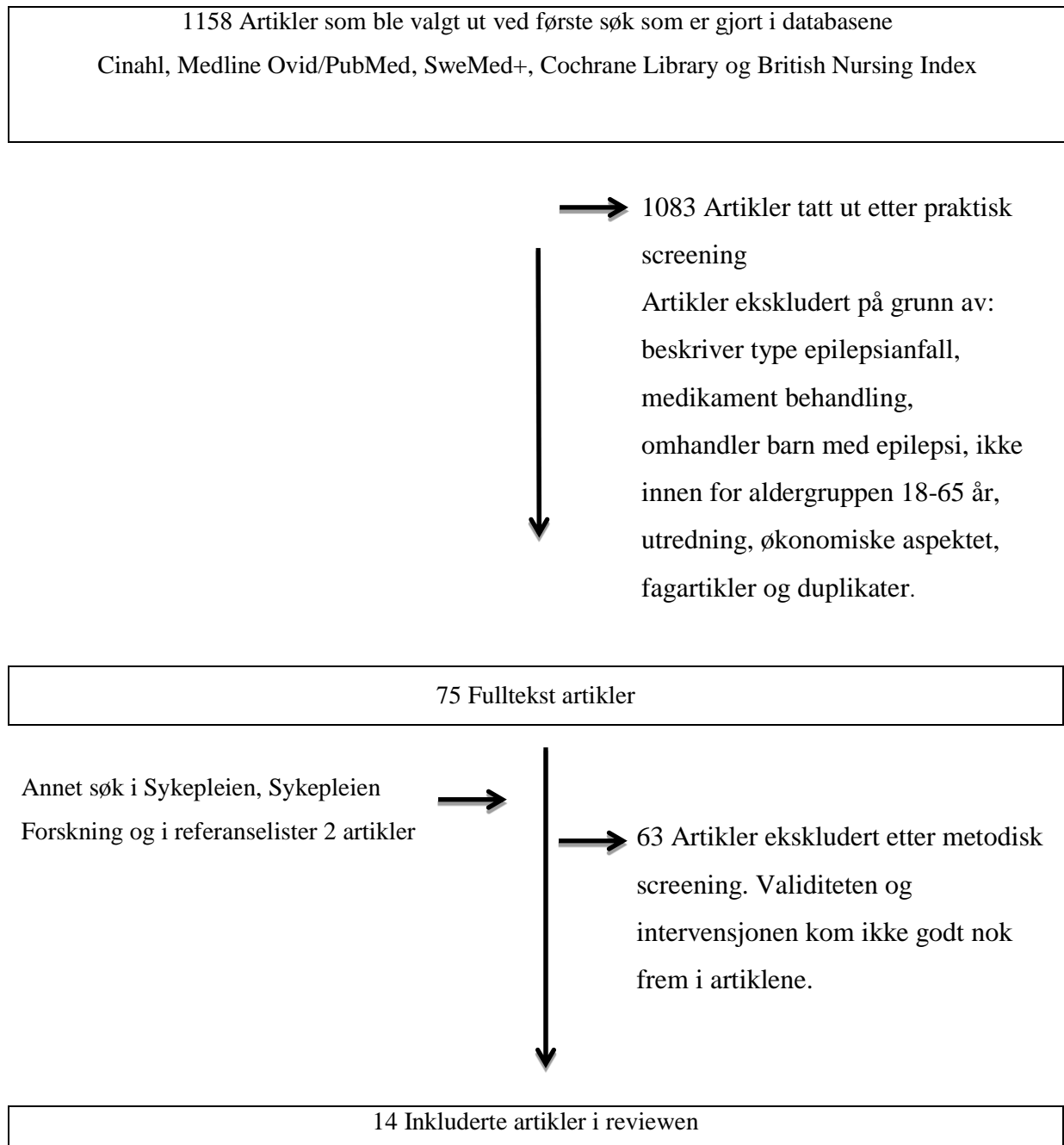
Tabell 1) Pico skjema

Fullstendig spørsmål:

Hva bør et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter inneholde?

P pasient/problem	I intervensjon/eksposisjon	C evt. sammenligning	O utfall
Kronisk syke epilepsipasienter	Lavterskeltilbud	Lavterskeltilbud til andre kronikere, MS, Parkinson og Diabetes	. Bedre hverdag, mestring, livskvalitet, stressmestring
Kronisk syke epilepsipasienter Chronicdisease Epilepsy Alder 18-65 år	Lavterskeltilbud Low threshold services Model support (Low level) Self-Help Groups Pasient education Counsealing Focus groups Specialiced health care	Lavterskeltilbud til andre kronikere, MS, Diabetes, Parkinson	Bedre hverdag Mestring Stressmestring Livskvalitet Self- esteem Stress inventory Coping Quality of life Empowerment Treatment outcome Program evaluation Self-management

Tabell 2) Søke strategi og screening prosessen



Tabell 3) Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter/ År	Land	Studie design	Studiens fokus	Funn om lavterskeltilbuds innhold
Bishop, M et al. 2002 (ref.liste: 29)	USA	Litteratur gjennomgang	Pasient utbytte	Kompleks sammenheng mellom livskvalitet og psykososiale variabler. Krever tiltak om økt generell helse, passende arbeid, sosial støtte, redusert angst og depresjon
Collins, S. 2011 (ref.liste: 21)	Engelsk (UK)	Oversiktsartikkel	Pasientutbytte/ Innhold i lavterskeltilbud	Støtte ung voksne til å få kontroll over sykdoms tilstand, fremme selvfølelse og få pasienten selvstendig
Thomas, S. 2002 (ref.liste: 27)	Engelsk (UK)	Utforskende	Pasient utbytte/ Aktører/ Innhold i lavterskeltilbud	Sykepleier gir tidsriktig og korrekt informasjon til pasienter og pårørende om epilepsi. Sykepleier sentral i å forbedre standarder for omsorg ved å gi informasjon
Unsworth, C.A. 1999 (ref.liste: 24)	Australsk	Spørreskjema survey	Pasient utbytte/ Innhold i lavterskeltilbud	Kunnskap om typer epilepsi, regler om epilepsi og bilkjøring. Sikre mer kunnskap om medisinske aspektene og praktiske daglige gjøremål ved epilepsi
Bingham, E. 2011 (ref.liste: 19)	Engelsk (UK)	Explorativ	Aktører/ Innhold i lavterskeltilbud	Sykepleier i tverrfaglig team, gir klinisk, psykososial informasjon og støtte Gi pasienter og pårørende sakkyndig up-to-date informasjon, råd om epilepsi, anfalls typer og behov for behandling/medisinering
Collins, J. 2009 (ref.liste: 20)	Engelsk (UK)	Explorativ	Aktører/ Innhold i lavterskeltilbud	Bedre situasjonen til epilepsipasienter. Sykepleieren gjør avtale om helsetjenester. Påvirkning og effekt av tjenestene bør vurderes. Epilepsi pasientenes ulike behov for tidsriktige, relevante og effektive tjenester
Durpas, T et al. 2004 (ref.liste: 28)	Canadisk	Eksplorativ	Aktører	Sykepleieren er pasientens advokat og rådgiver med informasjon om epilepsi, sikkerhet og administrative spørsmål og pasient samtaler
Hopkins, J et al. 2012 (ref.liste : 25)	Engelsk (UK)	Kvalitativ fokus gruppe studie	Aktører/ Innhold i lavterskeltilbud	Forutse utfordringer. Ulike behov for helse, velvære og håndtere emosjonelle tilstander
Kwan, I et al. 2000 (ref.liste: 18)	Engelsk (UK)	Oversiktsartikkel	Aktører/ Innhold i lavterskeltilbud	Sykepleier bidrar til omsorgspakke med innhold om informasjon, støtte, veiledning og tverrfaglig samarbeid med andre yrkesprofesjoner
Nakken, K. O et al. 2007 (ref.liste: 2)	Norsk	Litteratur gjennomgang	Aktører	Informasjon og veiledning for å redusere, helst eliminere medisinske og sosiale konsekvenser av sykdommen. Dokumentert positiv effekt av et sykepleierledet program

Forfatter/ År	Land	Studie design	Studiens fokus	Funn om lavterskeltilbuds innhold
Russell, A. 1997 (ref.liste: 26)	Engelsk (UK)	Oversiktsartikkel	Aktører/ Innhold i lavterskeltilbud	Sykepleieren er med på å korrigere misoppfatninger og hjelpe pasientene med deres frykt for sykdommen
Risdale, L et al. 1998 (ref.liste: 23)	Engelsk (UK)	Intervju	Aktører/ Innhold i lavterskeltilbud	Pasientene er svært fornøyde med rådene og veiledningen fra sykepleieren ved diagnose tidspunktet og videre oppfølging, de følte sykepleierne hadde tid. Legen oppfattes som stresset med dårlig tid til råd og veiledning
Hayes, C. 2004 (ref.liste: 22)	Engelsk (UK)	Eksplorativ	Innhold i lavterskeltilbud	Informasjon og råd om livsstil, utløsende faktorer for anfall, familie planlegging, bilkjøring, dykking og sysselsetting
Norsk sykepleierforb und. 2013 (ref.liste: 17)	Norsk	Eksplorativ	Innhold i lavterskeltilbud	Tilbudet omfatter helse og kropp, kunnskap om sykdomssituasjon. Gratis og lett tilgjengelig ved personlig oppmøte, pr telefon eller mail

Vedlegg 1) Erklæring om interessekonflikter

Publisert: 15.06.2011

Kartlegging av mulige interessekonflikter

Navn: Lene Fjermo

Stilling/ tittel: Sykepleier

Arbeidssted: Akershus universitetssykehus, nevrologisk poliklinikk

-

Manustittel: Hva bør et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter inneholde?

I tråd med internasjonal praksis i helsefaglige vitenskapelige tidsskrifter ber *Sykepleien Forskning* alle artikkelforfattere om å besvare nedenstående spørsmål. Svarene får ingen konsekvenser for selve artikkelpubliseringen, men vi vil i manuskriptet informere om eventuelle og potensielle interessekonflikter.

NB! Dersom manuskriptet har flere forfattere ber vi deg som kontaktforfatter om å formidle dette skjemaet til disse, be dem om å fylle det ut og returnere på e-post til forskning@sykepleien.no. Hver enkelt forfatter må sende en egen e-post for å erklære eventuelle interessekonflikter. Manuskripter innsendt til Sykepleien Forskning blir ikke vurdert før denne habilitetserklæringen er innsendt og signert av alle manuskriptforfattere.

1. Har du i løpet av de siste fem år mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

Nei Ja

2. Har du i løpet av de siste fem år vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

Nei Ja

3. Har du aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

Nei Ja

4. Har du en binding, et livssyn, utfører du oppgaver eller innehar du et verv som kan påvirke din habilitet?

Nei Ja

5. Har du tilknytning som nevnt i forvaltningslovens § 6 første ledd (se side 2) til personer/aktører som omfattes av punkt 1-3 i dette skjemaet?

Nei Ja

Dersom du svarer ja på ett eller flere spørsmål, ber vi deg spesifisere nærmere:

.....
.....
.....
.....

Sted/dato: Rælingen 070714.....

Signatur: Lene Fjermo..... *Lene Fjermo*.....

Vedlegg 2) Forfatterveiledning

DOI: 10.4220/sykepleienn.2011.0106

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer fom 14.03.2014 på internett i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfelleurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet. For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekkliste for publisering av helsefaglig forskning:

STOBE (**ulike kvantitative studier**)

COREQ (**kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper**)

CONSORT (randomiserte studier)

COSMIN (utvikling av måleinstrumenter)

TREND (ikke-randomiserte forsøk)

PRISMA (SF) og Reinar og Jamtvedt 2010 (kunnskapsoppsummeringer)

QUADAS 2 (diagnose)

Hovedmanuskriptet (maindocument) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom.

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

Før- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (keywords).

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av CONSORT-gruppen

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved insendigen lenker manuskriphåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J AdvNurs. 2006;55:215 – 229.
2. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.

4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York.1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følg brev til redaktør

Følg brevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på minst to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere.

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere

forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](http://www.sykepleien.no) finnes på www.sykepleien.no

Del 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

TITTEL: Lavterskeltilbud til epilepsipasienter – betydning som kvalitetskriterium?

TEMA: Betydningen av lavterskeltilbud som kvalitetskriterium

Innholdsfortegnelse

DEL 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

1	INNLEDNING.....	1
1.1	Fokus for refleksjonsoppgaven.....	2
1.2	Oversikt over kapitlene.....	2
2	METODEFORANKRING.....	3
3	LAVTERSKELTILBUD BETYDNING SOM KVALITETSKRITERIUM.....	5
3.1	Lavterskeltilbud – som kvalitetskriterium for helsehjelp ved epilepsi.....	5
4	DISKUSJON.....	11
4.1	Ledelsesforankring	12
4.2	Engasjere helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner aktivt i forbedringsarbeid	14
4.3	Skreddersydd, og helhetlige tilnærminger, tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.....	16
4.4	Forbedringsarbeidet samstemmes og integreres i organisasjonens visjoner, mål og daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere	17
5	KONKLUSJON	19
	Litteraturliste	21

1 INNLEDNING

Temaet for refleksjonsoppgaven er innhold i og etablering av lavterskeltilbud til epilepsipasienter, sett som et kvalitetskriterium. For at pasienter med kroniske sykdommer skal oppnå en helhetlig og omsorgsfull behandling for sine helseplager må det tilrettelegges for et godt samarbeid mellom de ulike profesjonsgrupper. Etablering av lavterskeltilbud er en av de nye arenaene for å få det til. Derfor er det viktig å diskutere innhold i lavterskeltilbud og etablering av slike tilbud som kvalitetskriterium. Valget falt på dette temaet fordi epilepsi er en av de vanligste nevrologiske sykdommene. Det er om lag 40.000 mennesker i Norge som har epilepsi og som sykepleier er det ikke uvanlig å møte pasienter med denne sykdommen. Det er mange fordommer og myter rundt epilepsi og derfor mange utfordringer forbundet med det å leve med epilepsi. Manglende kunnskap i befolkningen peker på behov for spesielle tiltak for å møte pasientenes behov for støttende helsehjelp (Nakken et al, 2013).

Målsetninger i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. For å nå slike mål er det iverksatt ulike strategier der bl.a. brukerinnflytelse skal bidra til økt kvalitet på tjenestene og større opplevelse av sykdomsmestring.

Når samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp blir forpliktende vil det kunne gi pasienter en mer helhetlig og koordinert helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I tillegg øker pasientenes krav til et moderne og fleksibelt helsevesen. For å imøtekomme disse utfordringene har vi sett et økende fokus på oppgaveglidning. Etablering av lavterskeltilbudet innebærer ofte oppgaveglidning (Helsedirektoratet, 2013). Et skifte i fordelingen av oppgaver mellom helsepersonell, samt endringer i organiseringen og ledelsen av helsevesenet, kan gi gevinster som gjør helsepersonell bedre rustet til å møte utfordringer i dagens så vel som morgendagens helsevesen. Nasjonal helse – og omsorgsplan for perioden 2011-2015 slår fast at helsepersonellet må benyttes mer effektivt, og at oppgaveendringer blant helsepersonell skal vurderes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kvalitet i helsetjenestene skal stå i sentrum, og oppgaver skal fordeles mellom helsepersonellet slik at arbeidskraften benyttes på en best mulig måte (EU-rådgivning for norske interesser, 2012). Et lavterskeltilbud for kronisk syke epilepsipasienter er viktig på mange måter, blant annet for at pasientene skal kunne oppnå best mulig anfallskontroll. Selv om pasientene oppnår anfallskontroll kan mange likevel ha betydelige epilepsirelaterte problemer. Dette krever

oppfølging med informasjon, råd og veiledning om for eksempel medikamentbivirkninger, psykososiale problemer eller yrkesdeltakelse. For epilepsipasienter viser det seg dessverre at lavterskeltilbud er svært varierende i vårt langstrakte land (Nakken et al, 2007). Det har vist seg at når epilepsipasientene har møtt positiv oppfølging og veiledning av kyndig helsepersonell, har det ført til at pasientene har fått bedre selvtillit, opplevd mindre stress i forhold til sykdommen, og utviklet bedre sykdomsmestring som har ført til færre epileptiske anfall (Snyder, M. 1993).

1.1 Fokus for refleksjonsoppgaven

Ved å se på resultatenes betydning som kvalitetskriterium kompletteres den systematiske reviewartikkelens diskusjon av innholdet i et lavterskeltilbud til kronisk syke epilepsipasienter (Fjeremo, innsendt). I denne refleksjonsoppgaven vil jeg spesielt se på et lavterskeltilbud i forhold til oppgaveglidning mellom profesjonene og som kvalitetskriterium for både sykepleietjenesten og pasientene.

1.2 Oversikt over kapitlene

I kapittel 2 viser jeg studiens metodeforankring, kapittel 3 lavterskeltilbuds betydning som kvalitetskriterium, oppgaveglidning og kvalitetskriterium. I kapittel 4 blir det en diskusjon og i kapittel 5 en konklusjon.

2 METODEFORANKRING

Kunnskapen jeg søkte gjennom litteraturstudiet var ”hva bør et lavterskeltilbud inneholde?“, for at epilepsipasientene kan få det best mulige tilbudet. Hvordan bør et tilbud til denne sårbare pasientgruppen være, og hva bør innholdet i et lavterskeltilbud bør bestå av. For å kunne tilby et godt lavterskeltilbud må det etableres kvalitetskriterier eller referanse for kvalitet på tjenestene og servicen pasientene blir tilbudt. I et lavterskeltilbud kan pasientene bli sikret god kvalitet ved at helsepersonellet refordeler arbeidsoppgaver, personalet må tilegne seg spesiell kunnskap om emnet for å bli kvalifisert til å utføre de nye oppgavene og mulighetene de har blitt tildelt. Dette er eksempel på oppgavegliding. Yrkesutøveren er selv ansvarlig for ikke å gå utover sin realkompetanse, og må derfor sørge for å tilegne seg relevant kunnskap eller få rett opplæring (Helsepersonelloven § 4, 1999).

Før en går i gang med kvalitetsarbeid mener Langley et al (2009) at man må stille tre grunnleggende spørsmål 1: Hva ønsker vi å oppnå?, 2: Når er endringen en forbedring? og 3: Hvilke endringer kan iverksettes for å skape bedring? Som referanse for å vurdere et lavterskeltilbud som kvalitetskriterium anbefales det videre å følge en anerkjent og mye brukte modell, representert som ”Demings sirkel”. Sirkelen er utviklet av William Edward Deming (1900-1993). I denne oppgaven vil den bli kalt kvalitetssirkelen og fokuserer på samspillet Planlegge, Utføre, Kontrollere og Korrigere (Deming, 1986). Kvalitetssirkelen er videre delt inn i fem trinn;

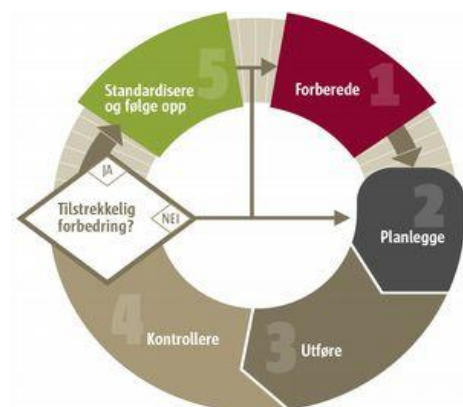
Trinn 1: erkjenne behovet for å forberede, klargjøre kunnskapsgrunnlaget, forankre og organisere arbeidet.

Trinn 2: planlegge tiltak for forbedret praksis,

Trinn 3: utføring/iverksettelse av ny praksis,

Trinn 4: kontroll og evaluering av om målene om forbedringer er nådd

Trinn 5: standardisering og videreføring av forbedret praksis.



Figur 1: modell for kvalitetsforbedring (Kunnskapssentret, 2009)

Selv om sirkelen har piler som peker fremover fra trinn til trinn, kan det av og til være nødvendig å gå tilbake til et tidligere trinn i prosessen.

Et sentralt element i tenkningen omkring modell for kvalitetssirkelen, er at forbedring i helsetjenesten skjer i *komplekse system*. Å vurdere eller gjennomføre kvalitetsforbedring i slike komplekse systemer får noen konsekvenser for hvordan arbeidet bør drives for å lykkes. Komplekse systemer inneholder både struktur, prosesser og kultur (Walley et al, 2004; Craig et al, 2006). Med *struktur* menes bygninger og teknisk utstyr, antall ansatte, stillingsinstrukser, virksomhetsplaner og organisasjonskart samt beskrivelse av rutiner og prosedyrer, lovverk og overordnede nasjonale føringer. *Prosesser* kan defineres på mange måter, og i denne sammenhengen forstås det som en rekke handlinger som er nødvendig for å løse en definert oppgave, det vil si de tjenestene som inngår i kjernevirksomheten overfor brukere/pasienter, og på hvilken måte dette skjer. Et eksempel på dette er pasientforløp, det vil si en beskrivelse av pasientens gang gjennom et system fra innskriving til utskrivelse. *Kultur* kan også defineres og beskrives på flere måter. I denne sammenhengen handler det om organisasjonskultur på tre nivåer, 1: Overflatekultur, det som kan sanses, 2: Normer og verdier som uttrykkes og 3: Grunnleggende antagelser som organisasjonens ubevisste virkelighetsoppfatninger (Craig et al, 2006; Schein, 2010). Kvalitetsforbedring fokuserer på innholdet i tjenestene, og vil gjelde uavhengig av størrelsen på organisasjonen og hvilken type organisasjon det er. Alle som yter helsetjenester har plikt til å drive med systematisk kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, 2011; Walley et al, 2004).

Kvalitetskriterium, er gjerne en liste eller kriterier som et produkt eller tjeneste må oppfylle, for å være av tilstrekkelig kvalitet til å bli tilbudt brukerne. For at tjenestene skal være av god kvalitet må de være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt. Det bør opprettes en liste over målbare kvaliteter som tjenesten må nå (Bakke et al, 2013).

Dette bør ligge til grunn for at et lavterskeltilbud skal inneholde god kvalitet i tilbudet til pasientene. I tillegg til etablering av et lavterskeltilbud – betydning som kvalitetskriterium.

3 LAVTERSKELTILBUD BETYDNING SOM KVALITETSKRITERIUM

Etablering av lavterskeltilbud for personer med krevende, kroniske sykdommer er et av tiltakene for å håndtere noen av utfordringene i fremtidens helseutfordringer, som eldrebølge, ny teknologi, endret sykehusstruktur og tjenesteinnhold og samhandlingsreformens desentralisering til kommunehelsetjenesten. Kvalitet på lavterskeltilbud avhenger av om de ansatte utfører tjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre. I tillegg til å involvere brukere og gi dem innflytelse, er samordnet og preges av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelig og rettferdig fordelt. Både ledere og medarbeidere i helsetjenesten må arbeide for at tjenesten skal ha god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette er i tråd med lovverket som regulerer de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten: Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet (1999; 2011)). I den nasjonale kvalitetsstrategien anbefales det derfor at tjenestene arbeider med tilnærminger og etablerer tiltak på flere nivå; samfunns- og systemnivå, organisasjons- og institusjonsnivå, og mikrosystemnivå- brukeren og teamet rundt brukeren (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I dette kapitlet vil jeg se på lavterskeltilbud- som kvalitetskriterium for helsehjelp ved epilepsi og oppgaveglidning- gjennomføring av lavterskeltilbud.

3.1 Lavterskeltilbud – som kvalitetskriterium for helsehjelp ved epilepsi

Som litteraturreviewen viste bør et lavterskeltilbud være et sted hvor epilepsipasienter og eventuelt deres pårørende ser det naturlig å ta kontakt når de har spørsmål om sykdommen epilepsi eller har andre spørsmål og bekymringer rundt det å ha fått eller leve med sykdommen epilepsi (Fjerme, innsendt). Målet er å forebygge eller hindre at problemer

vedvarer eller videreutvikles ved å sette i gang målrettede tiltak mot sykdommen epilepsi, uten at pasientene behøver henvisning fra fastlege. Pasienten skal få helsehjelp når han selv tar kontakt med lavterskelteamet uten å måtte stå på venteliste. Man må kanskje vente litt før noen har ledig tid når han kommer i poliklinikken da det ikke er planlagte drop-in (Fjeremo, innsendt; Norvoll et al, 2006; Psykiskhelse, 2013). Videre kan lavterskeltilbud ses som lett tilgjengelig hvis pasientene vet hvor de kan henvende seg, og at det er tilbud om veiledning og undervisning med høy faglig kvalitet til alle som har spørsmål om sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Lavterskeltilbudet skal være et godt kjent helsetilbud som pasientene har tillitt til, et supplement til den offentlige helsetjenesten for å oppnå sykdomsmestring, aksept og etablere et sunt forhold til sykdommen (Diabetesforbundet, 2013).

For å oppnå kvalitetskriterier som et lavterskeltilbud med faglig høy kvalitet, er kunnskapsrike teammedlemmer og organisering slik at pasientene har en fast kontaktperson viktig. Faste kontaktpersoner kan styrke pasientenes opplevelse av følelse, sikkerhet og en lettelse (Räty et al, 2006; Collins, 2011). Sykepleieren spiller en svært viktig rolle for at pasientene kan oppleve målene med lavterskeltilbudet når de demonstrerer opparbeidede ferdigheter i klinisk vurdering, koordinering, kommunikasjon, rådgivning og gir god opplæring til pasienter som er i behov av helsehjelp (Porter et al, 2003; Brovold et al, 2012). Sykehusene er pålagt å gi opplæring av pasienter med kronisk sykdom og deres pårørende. I spesialisthelsetjenesteloven § 2.2 står det at helsetjenester som tilbys pasientene må være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at de som utfører tjenestene vet å overholde sine lovpålagte plikter slik at pasientene tilbys et helhetlig og koordinert helsetjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Behovet og viktigheten av opplæring om sykdommen til kronisk syke er en nødvendig forutsetning for at pasient og pårørendes evne til å øke sykdomsmestring og kunne takle sykdomssituasjon. Dette er sentralt i et lavterskeltilbud. Tiltak og helsetjenester som kan bidra til opplevelse av livskvalitet har betydning for at kronisk syke sikres helsehjelp som kan bidra til å holde lidelsen i sjakk og til å leve så normalt som mulig. Dette kan også utsette etterspørsel etter nødvendig, lovpålagt helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999; Wahl, 2002). God opplæring av sykdommen kan bidra til å redusere komplikasjoner og bedre livskvaliteten for den enkelte. Pasientene har krav på rett behandling på rett sted, til rett tid. For å få til det må driften av et lavterskeltilbud ha en arbeids- og oppgavedeling slik at de ansatte kan utvikle seg faglig for å få en spesialisert kompetanse. Slik blir det en bærekraftig

utvikling og det kan sette inn helhetlige tiltak mot de samlede pasientforløpene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; 2011).

Nye muligheter, nye oppgaver og en mer kompleks verden vil kjennetegne sykehusene og spesialisthelsetjenesten framover (Helle, 2012). Samtidig er det et mål at lavterskeltilbudet utvikles for å framstå som mer helhetlig og pasientforløpene er sammenhengende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; 2011). Oppgavedeling er i realiteten ikke noe nytt fordi mer eller mindre systematisk omfordeling av oppgaver har skjedd i mange år. Flere europeiske land har åpnet for at sykepleiere kan utføre oppgaver som tradisjonelt har vært tillagt leger (Fretheim et al, 2013). I historisk perspektiv har sykepleiere og andre yrkesgrupper tatt over oppgaver som tidligere var forbeholdt leger. Sykepleiere har i dag pasientkonsultasjoner i poliklinikker og helsesekretærene har tatt over mye av legenes skrivearbeid (Helle, 2012). Slik overføring av oppgaver og kompetanse mellom yrkesgruppene omtales som oppgaveglidning eller jobbglidning ("task-shifting"). Frich (2012), deler dette inn i fire typer:

1: *Diversifisering*; hvor en profesjon utvider sitt diagnostiske eller behandlingsmessige repertoar. Dette skjer for eksempel når medisinen tar i bruk og gjør hevd på diagnostisk anvendelse av ultralyd og samtidig kontrollerer andre yrkesgruppers bruk av teknologien.

2: *Spesialisering*; noen medlemmer av en profesjon utvikler økt kompetanse innen en spesifikk gren av faget og arbeidsdelingen anerkjennes ved for eksempel etablering av formelle spesialiteter eller kompetanseområder.

3: *Vertikal substitusjon*; refordeling på tvers av profesjons- og yrkesgrenser, eksempelvis at legeoppgaver overtas av andre grupper, eller at medisinen tar opp i seg nye oppgaver som tidligere lå utenfor faget. Slik oppgaveglidning ses for eksempel når sykepleier justerer legemidler hos pasienter med kroniske sykdommer eller når medisinen tar opp i seg nye oppgaver som tidligere lå utenfor faget, for eksempel at jordmødrene underordnes medisinen.

4: *Horisontal substitusjon*; ses der personell med likt utdanningsnivå men ulik fagspesialisering eller erfaringsbakgrunn utfører arbeid og oppgaver som normalt er utført av andre disipliner, som ved at kliniske psykologer får rett til å foreskrive legemidler.

Når det snakkes om oppgaveglidning ved etablering av lavterskeltilbud er det særlig vertikal og horisontal substitusjon det siktes til. En arbeidsgiver vil gjerne være opptatt av at arbeidet blir utført med høy kvalitet til en lavest mulig kostnad. Videre kan oppgaveglidning være ønskelig, fordi en oppgave ikke nødvendigvis må utføres av en bestemt profesjon eller

yrkesgruppe – det gir økt fleksibilitet. En arbeidsgiver kan ønske å fremme oppgaveglidning for å øke tilgjengeligheten innen tjenesteområdet. Man kan ønske å redusere tiden det tar å bygge opp kompetent arbeidskraft gjennom vertikal substitusjon. I en helsetjenestesammenheng kan for eksempel sykepleier trenes i å utføre endoskopi eller ultralydundersøkelser, og ta unna en del screeningundersøkelser. Oppgaveglidning som følger etablering av lavterskeltilbud er typisk oppgaveglidning med vertikal substitusjon. Sykepleierne får utvidet kunnskapen sin ved spesialisering om epilepsi, og overtar arbeidsoppgaver fra legens tradisjonelle, polikliniske pasientkonsultasjoner.

Det har vært noe skepsis til oppgaveglidning. World Medical Association (WMA) pekte i 2009 på at dersom oppgaveglidning fører til redusert kvalitet i tjenestene vil oppgaveglidning kunne virke mot sin hensikt, blant annet fordi det blir økt behov for leger på grunn av unødvendige henvisninger fra helsepersonell som ikke har kompetanse til å gjøre det arbeidet de er satt til (WMA, 2009). Dette er viktige argumenter, men tilhengerne av oppgaveglidning vil på sin side innvende at empirien vil være avgjørende og se oppgaveglidning som et nødvendig virkemiddel for å sikre et bærekraftig helsevesen (Fretheim et al, 2013). Med oppgaveglidning kan det være ambisjoner om økonomiske innsparinger ved å redusere lønnskostnader, men man kan også forvente at grupper som har fått nye og mer ansvarsfulle oppgaver vil forlange høyere lønn. Hvis det dessuten er slik at oppgaveglidning medfører at flere personer må gjøre en vurdering som en lege kunne ha gjort alene, er det ikke sikkert at det er hensiktsmessig å overføre oppgaver til andre. Oppgaveglidning vil i en del sammenhenger innebære økt behov for koordinering og informasjonsutveksling, noe som også representerer en kostnad (Frich, 2012).

Kvalitetskriterier henger tett sammen med forsvarlighetskrav. Høy kvalitet og pasientsikkerhet må være like sterke krav (Helle, 2012). Ved oppgaveglidning må derfor ansvarsforholdene være klare på alle nivåer. I følge lov om helsepersonell § 4 og 5 (Helsepersonelloven, 1999) blir helsepersonell pålagt å utføre sitt arbeid i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Legen skal ta beslutninger i medisinske spørsmål, som gjelder undersøkelse og behandling av en pasient i samarbeid med andre yrkesprofesjoner. Når det gjelder omfordeling av oppgaver foreligger flere alternativer og vurderinger. Hver og en som overtar oppgaven må selv ta et selvstendig ansvar og ha nødvendig kvalifikasjoner for oppgaven. Legen er ansvarlig og må være tilgjengelig for å gi råd, veiledning og instruksjon underveis (Helsepersonelloven, 1999).

Lavterskeltilbud som eksempel på vellykket oppgaveglidning med tanke på kvalitet, er oppgavedeling som avlaster og frigir legetid til ny-henviste pasienter eller sammensatte, medisinske aspekter ved en sykdom. Ved mer systematisk oppgaveglidning var gjerne et av målene å få ned både lønns- og driftskostnadene ved at yrkesprofesjoner med lavere utdannelse overtok arbeidet, og at sykehusinnleggelsene ble færre (Helsedirektoratet, 2013). De ansatte får økt kompetanse ved oppgaveglidning, fordi de må lære seg nye oppgaver som de får delegert (Helsedirektoratet, 2013). Når legetimer kan forbeholdes de sykeste pasientene, kan kvaliteten heves om sykepleierne har tatt over noen av konsultasjonene med mer ”ordinære” pasienter. Videre kan det at helsesekretærer tar mer av de merkantile oppgaver fra både leger og sykepleiere, føre til at alle bruker sin primære kompetanse på den mest effektive måte for pasienten (Wefald et al, 2012).

Avansert sykepleiepraksis ved et lavterskeltilbud kan redusere ventetider. Effektiviteten avhenger av hvilke oppgaver og pasientgrupper de kliniske ekspertsykepleierne overtar ansvaret for (By, 2012). Erfaringer viser at de fleste opplever en bedring i arbeidsflyt, pasientflyt og effektivitet etter gjennomføring av oppgaveglidning ved et lavterskeltilbud, og at det blir frigjort tid til andre gjøremål. Oppgaveglidning har for mange hatt positiv innvirkning på arbeidsmiljø og jobbtilfredshet. For pasientene vil samhandling og oppgaveglidning i lavterskeltilbudet gi mer individuell tilpasset helsehjelp og smidige pasientforløp, som at pasientene kan få den helsehjelpen de har behov for på et sted. Det vil øke pasientsikkerheten (By, 2012).

Oppgavedeling mellom yrkesgrupper har vært kontroversielt. Kritikken har ofte bunnet blant annet i frykt for uklare grenser mellom helseprofesjoner når det gjelder ansvar. Det er allikevel relativt vanlig praksis i poliklinisk virksomhet å flytte typiske legeoppgaver til spesialtrente sykepleiere og sykepleieroppfølging holder samme kvalitet som konvensjonell oppfølgingsmodell, der leger utfører konsultasjonene (Helsedirektoratet, 2013; Nakken et al, 2007).

Tanken med oppgaveglidning er å bruke ressursene på en mer effektiv måte så det blir en bedre pasient flyt i helsevesenet. Store ressurser i form av personell, tid og penger blir satt av til oppgaveglidning. Økt brukerinnflytelse kan bidra til bedre kvalitet på lavterskeltilbudet til pasientene og økt mestring hos den enkelte pasient. Pasient og pårørende skal oppleve et mer helhetlig og koordinert helsevesen (St. meld 47, 2008-2009). Pasienter som trenger tett oppfølging får ofte det av sykepleier i et lavterskeltilbud på en poliklinikk. De får en godt ivaretatt helsehjelp med like god kvalitet eller bedre behandling og bedre forløp.

Lavterskeltilbud kan blant annet være med å bedre befolkningens tilgang til helsehjelp (By, 2012; Helle, 2012).

4 DISKUSJON

Kvalitetsforbedring som gjennomføres i komplekse systemer har gjerne konsekvenser for hvordan arbeidet bør drives for å lykkes. Mer systematisk oppgaveglidning er eksempel på endringsarbeid der komplekse systemers struktur, prosesser og kultur utfordres (Walley et al, 2004; Craig et al, 2006). Powell et al (2009) har oppsummert forbedringsarbeid i helsetjenesten, på en problemløsende fremgangsmåte. De bygger på en strukturert problemløsende tilnærming til forbedringsarbeid innenfor prosessindustrien, og på ulike måter har tilnærmingene blitt tilpasset helsetjenesten. Oppsummeringen viser at det finnes noen nødvendige, men ikke tilstrekkelige, forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring. Dette er:

1. At forbedringsarbeidet er forankret i ledelsen på alle nivåer.
2. At helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet.
3. At tilnærmingene som benyttes er skreddersydd, helhetlig og tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.
4. At forbedringsarbeidet er samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål.
5. At forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonens daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere.

Når jeg diskuterer vil jeg slå sammen punkt 4 og 5, ovenfor. Videre i dette kapitlet vil jeg bruke Demings kvalitetssirkel trinn 1-5 (introdusert i kapittel 2), når jeg nå skal diskutere de fem punktene for nødvendige forutsetninger for å få kvalitet på arbeidet med lavterskeltilbud.

4.1 Ledelsesforankring

Ledere har en avgjørende rolle i å starte opp og legge til rette for oppgaveglidning og gjennomføre endringer som kan føre til etablering av lavterskeltilbud. Det har vist seg at for å utføre endringer i organisasjoner med mange ansatte må lederne være aktive for å sikre en drift som har både god kvalitet, forsvarlighet og sørger for at pasientsikkerheten er i varetatt (Helsedirektoratet, 2013). Aktiv støtte og engasjement fra ledernes side kan skapes i en sosial prosess hvor alle som berøres involveres og deltar. Det må settes av tilstrekkelig tid og ressurser til arbeidet, og det bør brukes tid til informasjon til alle involverte og berørte aktører i arbeidet med endringer (Sosial- og helsedepartementet, 2010, 2013; Øvretveit, 2009; Schein, 2010). Dette bør gjøres både før prosjektet med lavterskeltilbudet blir startet opp og underveis i etableringsprosessen.

For å sikre kvalitet i tilbudet er det viktig at de ansatte får tilstrekkelig opplæring til de nye arbeidsoppgavene som ligger i et lavterskeltilbud, slik at arbeidet fortsatt utføres i samsvar med krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven § 4, 2013). Pasientene har krav på rett behandling på rett sted, til rett tid. En ressurs- og kvalitetsmessig løsning er å etablere og drive et lavterskeltilbud der arbeids- og oppgavedeling mellom de ansatte er slik at de kan utvikle seg faglig for å erverve spesialisert kompetanse. Slik at det blir en bærekraftig utvikling og helhetlige tiltak mot de samlede pasientforløpene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; 2011). For å få til kvalitative endringer i lavterskeltilbudet må lederen vedgå behovet for oppgaveglidning. Når det er en forankring i ledelsen vil det overføres videre til arbeidsmiljøet og andre involverte parter som kan være avgjørende for å lykkes med oppgaveglidning ved driften av et lavterskeltilbud (Sosial- og helsedepartementet, 2010, 2013; Øvretveit, 2009; Schein, 2010). Ledelsen har alltid et særlig ansvar for gode prosesser, og mye av kvalitetskriteriene ligger i å legge til rette for at medarbeiderne skal yte sitt beste. Hvis målet er endrede lederholdninger, endrede holdninger blant ansatte, rekrutterings- og kompetanseprogrammer samt egne utviklingsplaner for lavterskeltilbudet, må en god prosess initieres av ledelsen ved oppgaveglidning – i nært samarbeid med tillitsvalgte og de ulike profesjonene (Wefald et al, 2012).

Det er nødvendig å skaffe en oversikt over den daglige driften av lavterskeltilbudet for å vite hva som bør endres eller om det møter ønskede kvalitetskriterier. Av de redskaper en kan benytte seg av, er flytskjema å anbefale. Flytskjema gir både et felles bilde av hvordan

lavterskeltilbudet ser ut i dag og grunnlag til å diskutere variasjoner i dagens praksis og for å se på hva som påvirker lavterskeltilbudet (Bakke et al, 2013). En annen forutsetning i forberedelsesarbeid er å sikre at oppgaveglidning er i samsvar med organisasjonens visjon og mål, og at det kommer frem i organisasjonens virksomhetsplan. Det har vist seg at det kan være nyttig å ha tenkt over hvilke forbedringsområder som må prioriteres for å komme til målene i oppgaveglidningen ved driften av et lavterskeltilbud. Det å sette mål om kvalitet er med på at man lærer av eget arbeid og en får en oversikt over om endringene som er gjort har ført til forbedringer i forhold til målene som ble satt tidligere. Når arbeidet går ut på blant annet å gjøre lavterskeltilbudet tryggere er det viktig å måle avvik og uheldige hendelser, som for eksempel ved etablering av lavterskeltilbud til nye pasientgrupper. Har brukere og ansatte vært aktivt med i diskusjonen om hvilke områder som er viktige, hvem berøres av arbeidet og er det laget en oversikt for å involvere disse? (Bakke et al, 2013; Øvretveit, 2009; Groel et al, 2005; Institute for Innovation and Improvement, 2012; Center for kvalitetsudvikling, 2012). Når en skal lage mål, er det en prosess for å få gode mål og det bør lages delmål. Delmålene bør være spesifikke, målbare, ansporede, realistiske, tidsbestemte og de ansatte skal være enige i målet. Når målene er tydelige, er det lettere å få klarhet i om målene er nådd (Bakke et al, 2013).

Planlegging er også en vesentlig del i tematikken lavterskeltilbud, kvalitetskriterier og oppgaveglidning. Lederen bør derfor sikre at det ses på arbeidsflyten i lavterskeltilbudet og se på hver enkelt arbeidsoppgave adskilt fra andre arbeidsoppgaver. På denne måten kan lederen klare å kartlegge hvilke oppgaver som kan gjøres av hvem og hva som eventuelt er nødvendig av bakgrunn og kompetanse for å ivareta kvalitet og forsvarlighet i arbeidet som videre skal bli utført ved oppgaveglidning. Dette er i tråd med helsepersonelloven som blant annet åpner opp for å fordele oppgaver, så fremt forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet er i varetatt (Helsedirektoratet, 2013; Helsepersonelloven, 1999). Eksempel på dette er driften av et lavterskeltilbud (Fjerme, innsendt).

Når ledelsen har gått igjennom endringene som skal gjennomføres og kvalitetssikret endringene, er det klart for å sette planen for oppgaveglidning ut i praksis. Det mest fornuftige er å starte med en liten del av organisasjonen først, som ved et lavterskeltilbud, for å kunne evaluere og justere om det er behov for flere lavterskeltilbud blir innlemmet (Groel, 2005; Helsedirektoratet, 2013). Arbeidet må kontrolleres, for å se på om endringene ved oppgaveglidningen har ført til forbedringer av lavterskeltilbudet. Dette kan variere fra sted til sted da mye avhenger om ledelsen har gått foran som et eksempel og klart å få med seg de

ansatte gjennom informasjon og opplæring (Bakke et al, 2013). Om ledelsen har lyktes med å få med de ansatte og tiltakene fungerer akseptabelt er det viktig at oppgaveglidningen blir sikret på sikt, slik at det bygges inn i organisasjonens systemer og infrastruktur (Bakke et al, 2013). Kommer tilbake til dette i diskusjonen av i delkapittel 4.4.

4.2 Engasjere helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner aktivt i forbedringsarbeid

Tanken med etablering av lavterskeltilbud der oppgaveglidning blir et virkemiddel er at arbeidet som tradisjonelt sett har blitt utført av leger kan delegeres til andre yrkesgrupper, som for eksempel at sykepleiere tar over og har egne pasientkonsultasjoner med epilepsipasienter i en poliklinikk, horisontal substitusjon. For de ansatte betyr dette større ansvar og et bredere kunnskapsnivå (Helsedirektoratet, 2013). En slik utvikling er derfor langt på vei ønsket, for å sikre at (re-)fordeling av oppgaver for eksempel bidrar til at legenes spisskompetanse brukes mer hensiktsmessig. Legene kan få bedre tid til å ta i mot nye syke pasienter som igjen vil føre til kortere ventelister og sykehusinnleggelses og sykehusopphold. Sykepleierne får videreutdannet seg eller videreutviklet sin kunnskap i forhold til en sykdom. Pasientene opplever det positivt å være til konsultasjon hos sykepleier fordi de ofte opplever at sykepleieren er mindre stresset enn legen, og har bedre tid til å svare utfyllende på spørsmål pasientene har. Pasientene føler seg godt ivaretatt og har et godt kvalitetstilbud (Alvestad et al, 2013). Ved lavterskeltilbud vil sykepleierne få fler legeoppgaver og større ansvarsområde ved oppgaveglidning, og gis helsesekretærene merkantile oppgaver kan legen også bruke sin primære kompetanse på den mest effektive måte for pasienten (Fjermo, innsendt; Wefald et al, 2012).

De ansatte må få tid til å bli kjent med de nye oppgavene de har blitt tildelt for at pasientsikkerheten og kvaliteten skal opprettholdes (Bakke, 2013). Det får de ved intern opplæring, ved å hospitere, gå på kurs eller ta en formell videreutdanning (By, 2012; Helsedirektoratet, 2013). I helsepersonelloven (1999) § 4 tematiseres forsvarlighet, ved å peke på at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i overensstemmelse med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut i fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. En hver organisasjon som utretter helse- og omsorgstjenester, skal bli organisert

slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven § 16, 1999).

For at alle involverte i lavterskeltilbudet skal lykkes med å delta i oppgaveglidningen er det å kartlegge og sikre at alle får all nødvendig informasjon viktig. Det må legges til rette for at de kan være med på å påvirke forbedringsarbeidet (Bakke et al, 2013). Det at de ansatte får god informasjon og blir inkludert fra begynnelsen vil føre til at de føler seg inkluderte og arbeidslysten og trivselen vil øke og dermed vil kvaliteten på utført arbeid øke (Bakke et al, 2013). Oppgaveglidning mellom yrkesprofesjoner- som for eksempel i form av læringsnettverk, kan by på ekstra utfordringer, fordi det omfatter flere yrkesprofesjonsprosesser, strukturer og kulturer. Det krever at man forankrer og involverer alle de berørte yrkesprofesjonene. For å sikre forankring kan det være nyttig å opprette en styringsgruppe med ledere som styrer organiseringen (Bakke et al, 2013). Stort fokus på oppgavefordeling knyttet til ”det gode pasientforløp” har resultert i en endret kultur som i større grad handler om samarbeid og samhandling, enn å ivareta sine egne yrkesgrupper og fagtradisjoner blant helsepersonellet (Wefald et al, 2012).

Norge er kjent for å ha et velfungerende arbeidsliv med gode kvalitetskriterier, der partene i arbeidslivet stadig viser et felles ansvar i krevende situasjoner. Når en skal gjennomføre oppgaveglidning ved etablering av lavterskeltilbud til personer med epilepsi kan en se på det som en felles ”dugnad”. Det er nok pasientene som tjener mest på en slik ”dugnad”, men ansatte vil mest sannsynlig verdsette en spennende arbeidsplass hvor fokuset er kvalitetskriterier om pasientenes behov under hele pasientforløpet. En fornuftig oppgaveglidning vil gi økt pasienttilfredshet, økt tilfredshet blant ansatte og økt effektivitet på helsefeltet (Wefald et al, 2012). Med andre ord – ledere og ansatte har et stort ansvar når det gjelder å utvikle en jobbkultur som tar høyde for å håndtere for eksempel en stadig eldre befolkning, som krever et stadig mer spesialisert helse- og omsorgstilbud (Wefald et al, 2012).

Helsevesenet i Europa står overfor en rekke utfordringer. Økonomisk vanskelige tider skaper press på budsjetter. Demografisk utvikling gir en dramatisk økning i antallet eldre pasienter og teknologisk nyvinning skaper, foruten muligheter, utfordringer knyttet til brukskompetanse hos helsepersonell. Å sette eller imøtekomme kvalitetskriterier er også en utfordring i dette bildet. I tillegg øker kravene til et moderne og fleksibelt helsevesen for og fra pasientene. For å imøtekomme disse utfordringene har man sett et økende fokus på oppgaveglidning i helsesektoren. Et skifte i fordeling av oppgaver mellom helsepersonell, samt endringer i

organiseringen og ledelsen av helsevesenet, kan gi gevinster som gjør helsepersonell bedre rustet til å møte nye utfordringer med henhold til kvalitet i dagens- og morgendagens helsevesen (Eu-rådgivning for norske interesser, 2012). Mest sannsynlig har Norge store fremtidige personellutfordringer i helsesektoren, og vil trolig ikke klare å dekke framtidens behov. Derfor er det helt nødvendig med oppgaveglidning og en teknologisk helseinnovasjon. Dette skal benyttes etisk forsvarlig og fornuftig- for å gi pasientene best mulig behandling og omsorg, som ved å etablere fler lavterskeltilbud (By, 2012; Wefald et al, 2012).

4.3 Skreddersydd, og helhetlige tilnærminger, tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon

Samhandlingsreformen (2009; 2013), beskriver hvordan nye utvidede roller for helsepersonellet med utgangspunkt i oppgaverefordeling kan være et virkemiddel for å oppnå god bruk av tilgjengelige helsepersonellressurser. Blant annet vil pasientansvarlige sykepleiere og klinisk ekspertsykepleiere kunne styrke helsehjelpen i skjæringspunktet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Lavterskeltilbud er et eksempel på dette. Dette gjelder for eksempel pasienter med kroniske sykdommer (som epilepsi). God sykepleie vil bidra til økt samhandling i hele helsetjenesten, mer individuelt tilpassede helsetjenester, smidige pasientforløp, helsehjelp på riktig nivå og økt pasientsikkerhet (By, 2012; Kaasa et al, 2014).

Det må være en debatt der kvalitetskriterier med gjensidig respekt for ulikheter i kompetanse og faglig ståsted, i lys av fremtidens utviklingsmuligheter og befolkningens behov for helsehjelp. Helsevesenet i Europa står overfor en rekke utfordringer, og mange land har av forskjellige grunner kommet lenger i debatten enn vi har gjort i Norge. Økonomiske vanskelige tider skaper press på statsbudsjetter. Vi er inne i en tid med sterk vekst av kroniske sykdommer, som til en viss grad kan forebygges. Her har både helsevesenet og andre sektorer en stor oppgave (By, 2012; Frich, 2012;Wefald, 2012). Alle forstår at det ikke er god medisin å la pasienter vente på nødvendig behandling. Det går ut over pasientene, det er kostbart for samfunnet, og det er dyrt å administrere pasientkøer (Kaasa et al, 2014). Her har helsemyndighetene gitt sykehusene klar beskjed om forventet kvalitet: Når henvisningen er mottatt og vurdert, skal ikke pasientene måtte vente på behandling. Dersom kravet ikke kan

oppfylles, skal sykehuset påse at pasienten får tilbud om behandling ved et annet offentlig sykehus i Norge, eller ved en privat klinikk. Et forbedringsprogram inneholder målsetninger om å heve kvaliteten i alle ledd i behandlingsskjeden og samtidig sørge for at ventetiden for pasientene blir kortest mulig (Kaasa et al, 2014). Målet med kvalitetskriterier i dette programmet er det vi kaller standardiserte pasientforløp. Det dreier seg om en systematisk beskrivelse av hvordan en bestemt sykdom forventes å forløpe, og en praktisk implementering av et mest mulig hensiktsmessig forløp. Dette gir også god pasientflyt gjennom behandlingsskjeden (Kaasa et al, 2014).

Kvalitetsmål med lavterskeltilbud er å integrere den beste kunnskap innen hvert ledd, hvor spesialister på ulike områder må samarbeide og koordinere sin kunnskap. Spesialist- og primærhelsetjenesten må samhandle til pasientens beste. Dette kan være en krevende målsetting. Mye tyder videre på at pasientene har best nytte av å kunne forholde seg til én fagperson med god oversikt over det aktuelle sykdomsforløp. Dette vil framstå som et kvalitetskriterium pasientene vil oppleve ved et lavterskeltilbud. Denne arbeidsmåten kan redusere pasientkøene, samtidig som tryggheten for pasienten og kvaliteten på behandlingen ivaretas (Kaasa et al, 2014).

4.4 Forbedringsarbeidet samstemmes og integreres i organisasjonens visjoner, mål og daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere

En stadig økende arbeidsmengde, etterspørsel etter personell og økonomiske utfordringer, krever et fleksibelt arbeidsliv. Målet er å ha rett person på rett plass til enhver tid. Det kan bety at helsepersonell må brukes på en litt annen måte enn det vi har vært vant med, og da kan arbeidsoppgaver fordeles på nye måter mellom fagprofesjonene (Wefald et al, 2012). Det er også en nødvendig forutsetning for kvalitetsvurderinger i etablering av et lavterskeltilbud at ansatte får opplæring i systematisk forbedringsarbeid. Ledelsen må følge med på kvaliteten på oppgaveglidningen gjennom å måle om endringene som skjer er reelle forbedringer. Det å lære av hverandre er et viktig prinsipp i systematisk forbedringsarbeid (Øvretveit, 2009).

For å vite om målene er nådd må man undersøke om oppgaveglidningen har ført til forbedringer i lavterskeltilbudets drift. Ved å analysere og sammenligne nye målinger med utgangndata, vil man kunne finne ut om det har skjedd forbedringer i et lavterskeltilbud. Regelmessige målinger vil vise hvordan kvaliteten på lavterskeltilbudet endrer seg over tid, om det er store eller uakseptable variasjoner og om nivået er godt nok (Nyen, 2012; Lundberg et al, 2007; Benneyan et al, 2003).

For å finne ut om endringene er i tråd med kvalitetskriterier, målene og visjonene som organisasjonen satte ved oppstart av arbeidet med lavterskeltilbudet, kan en gjøre kvalitative undersøkelser. For eksempel fokusgruppeintervju eller pasienthistorier, er egnet til å innhente pasientenes, pårørendes og medarbeidernes erfaringer. Det kan være nyttig å bruke både kvalitative og kvantitative tilnærminger for å undersøke kvaliteten på lavterskeltilbudet og om endringene kan oppfattes som forbedringer. De to tilnærmingene belyser ulike momenter og kan utfylle hverandre. I tillegg av kvantitative målinger i form av tall og størrelse på driften av et lavterskeltilbud kan det være nyttig å få et innblikk i brukernes opplevelse av lavterskeltilbudet (kvalitativ tilnærming), enten generelt eller opp mot spesifikke områder ved lavterskeltilbudet. Brukerne kan for eksempel skrive korte fortellinger om opplevelsene ved lavterskeltilbudet (Grol, 2005; Institute for Innovation and Improvement, 2012; Center for kvalitetsudvikling, 2012). Resultatene av målingene og tilbakemeldingene må synliggjøres og diskuteres bredt; både med ledelsen, brukere/pasienter og medarbeidere. Dette for å finne ut om målene en satte seg er nådd, eller om det er behov for flere forbedringer. Denne drøftingen er med på å skape engasjement og motivasjon og bidrar til forankring og ikke minst til at oppgaveglidningen vedvarer over tid (Grol, 2005; Institute for Innovation and Improvement, 2012; Center for kvalitetsudvikling, 2012). Det kan også peke i retning av om kvalitetskriterier er oppnådd. Dersom målene er nådd fortsetter man med oppgaveglidningen og sikrer at lavterskeltilbudet opprettholdes over tid. Lavterskeltilbudet bygges inn i organisasjonens systemer og infrastruktur og oppdaterer prosedyrer, opplæringsprogram, funksjonsbeskrivelser, omfordele ressurser og sikrer rutiner for god kommunikasjon (Institute for Innovation and Improvement, 2012; Center for kvalitetsudvikling, 2012; Arntzen, 2007). Kvaliteten på oppgaveglidning og på driften av et lavterskeltilbud vil øke når forbedringsarbeidet er bygget inn i organisasjonens systemer. Det er også enklere å nå målene som har blitt satt (Center for kvalitetsudvikling, 2012).

5 KONKLUSJON

I denne refleksjonsoppgaven har jeg diskutert noen sider ved lavterskeltilbud til epilepsipasienter og betydning som kvalitetskriterium. God planlegging fra ledelsens side er en nødvendighet for å få til et lavterskeltilbud med god oppgaveglidning mellom de ansatte. Lederen må være positiv til oppgaveglidning og lavterskeltilbud. Han må se hvor og hvem som kan utføre de forskjellige arbeidsoppgavene for at driften av et lavterskeltilbud blir av god kvalitet og pasientsikkerheten blir ivaretatt gjennom arbeidsutførelsen. For å sikre god kvalitet i arbeidet med lavterskeltilbud er det viktig at de ansatte får bli med fra planleggingsfasen og at de får bli med på å sette mål som skal gjennomføres. At alle de berørte partene er med fra begynnelsen av arbeidet med et lavterskeltilbud er med på å fremme økt arbeidslyst og trivelig arbeidsmiljø. God kvalitet avhenger også av at de ansatte får tid til å lære seg nye oppgaver og spesialisere seg innenfor sykdommen epilepsi for å utføre arbeid med høy faglig kvalitet.

Gjennom oppgaveglidning vil legene for eksempel få frigjort noe av sin arbeidstid dersom sykepleierne og merkantilt ansatte overtar noen av arbeidsoppgavene. Sykepleierne får flere tradisjonelle legeoppgaver og større ansvarsområde ved oppgaveglidning. Ved å gi helsesekretærene merkantile oppgaver kan legen også bruke sin primære kompetanse på den mest effektive måte for pasienten. Legene kan få bedre tid til å ta i mot nye syke pasienter som igjen vil føre til kortere ventelister og sykehusinnleggelses og sykehusopphold. Sykepleierne får videreutdannet seg eller videreutviklet sin kunnskap i forhold til en sykdom. Pasientene opplever det positivt å være på konsultasjon hos sykepleier fordi de ofte opplever at sykepleieren er mindre stresset enn legen og har bedre tid til å svare utfyllende på spørsmål. Målet med oppgaveglidning er å bruke arbeidsressursene på en ny måte. Da kan arbeidsoppgaver fordeles på nye måter mellom fagprofesjonene. Endringene må være i samsvar med målene og visjonene som organisasjonen har satt for arbeidet med lavterskeltilbud og de kvalitetskriterier som skal imøtekommes. Det har vist seg at det kan være nyttig å bruke både kvalitative og kvantitative tilnærminger når en skal undersøke om endringene er kvalitetsmessige forbedringer av et lavterskeltilbud. I tillegg av kvantitative målinger i form av tall og størrelse på driften av et lavterskeltilbud, er det svært nyttig å lytte til brukerne av lavterskeltilbudet. Resultatene av tilbakemeldingene og målingene må

synliggjøres og ledelsen, brukere/pasienter og medarbeidere må delta i diskusjonen. Denne drøftingen er med på å skape engasjement og motivasjon og bidrar til forankring og ikke minst til at oppgaveglidningen vedvarer over tid.

Gjennom denne diskusjonen vil jeg hevde at kvalitetskriterier for lavterskeltilbud altså er kriterier som et produkt må oppfylle for å være av tilstrekkelig kvalitet for å tilby forbrukerne. For at lavterskeltilbudet skal være av god kvalitet, må brukere oppleve tilbudet som virkningsfullt, trygt og sikkert. Det må involvere brukere og gi dem innflytelse. Tilbudet må være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt. For å realisere dette kan man se på etablering av lavterskeltilbud til personer med kronisk epilepsi som oppgaveglidning i praksis.

Litteraturliste

Alvestad, L; Valle, P. C; Broderstad, A. R. (2013).

A comparison of health related quality of life in IBD patients between nurse-led outpatient's clinic and conventional follow-up. *Journal of Crohn's and colitis*. Vol. 7. Tillegg 1. Side 251.

Arntzen, E. (2007).

En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2007.

Bakke, T; Brudvik, M; deVibe, M; Konsmo, T; Nyen, B; Vege, A. (2013).

En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Benneyan, J et al. 2003).

Statistical process control as a tool for researc and healt care improvement. *Qual Saf Health Care*. 2003;(12):458-64.

Brovold, F; Helleborg, A.E; Isaksen, M. (2012).

Råd- og veiledningstjeneste for yngre personer med demens og deres familier. Demens & Alderspsykiatri.

By, E. G. (2012).

Oppgaveglidning- viktig med konstruktiv debatt. Overlegen 1-2012.

Craig, P; Dieppe, P; Macintyre, S; Nazareth, I; Petticrew, M. (2006).

Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Medical Research Council.

Center for kvalitetsudvikling. (2012).

En guide til fastholdelse av ny praksis. Region Midt Jylland. (Oppdatert 2012)

Tilgjengelig fra:

<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Center%20for%20Kvalitetsudvikling/Gennembrud/generelt/vejledning%20og%20maaleredskab.pdf>.

Collins, S. (2011).

The psychosocial effect of epilepsy on adolescents and young adults. *Nursing Standard*. 2011;25(43):48-58.

Deming, W. E. (1986).

Out of crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Study.

Diabetesforbundet. (2013).

Diabeteslinjen.

<http://www.diabetes.no/Diabeteslinjen.9UFRLOWS.ips>.

Eu-rådgivning for norske interesser (2012).

Nye oppgaver, nye roller- Europas helsevesen I endring. Brusselkontoret AS.

www.nsf.no/ikbViewer/Content/1034960/Oppgaveglidning%20-%20Nye%20oppgaver%20nye%20roller%20-%20Europas%20helsevesen%20i%20endrin.

Fretheim, A; Glenton, C. (2013).

Kan sykepleiere gjøre legearbeid? Dagens medisin 03/2013.

Frich, J. (2012).

Jobbglidning- et ledelsesperspektiv. Norsk overlegeforening. Overlegen 1-2012.

Grol, R; Wensing, M; Eccles, M. (2005).

Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Edinburgh: Elsevier Limited.

Helle, J. (2012).

Jobbglidning- trussel eller mulighet? Norsk overlegeforening. Overlegen 1-2012.

Helsedirektoratet. (2013).

Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. 09.2013. <http://helsedirektoratet.no>.

Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV-1999-07-02-64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Sist endret: LOV-2013-06-21-82 fra 01.01.2014.

Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV-1999-07-02-63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Sist endret: Lov-2013-06-21-79 fra 01.01.2014. Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m. m. (Spesialisthelsetjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet. (2009).

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – til rett tid – på rett sted. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/4.html?id=567207>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010).

Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten. Lovdata (oppdatert 2010, lest 27. mars 2014). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-200221220-1731.html>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011).

Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013).

Meld. St. 29. Samhandlingsreformen Morgendagens Omsorg 2012-2013. <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDDPDFS.pdf>.

Institute for Innovation and Improvement. (2012).

Sustainability. NHS. (Oppdatert 2012; 27 jan). Tilgjengelig fra: <http://www.institute.nhs.uk/sustainabilitymodel/general/welcometosustainability.html>.

Kaasa, S; Vatten, L; Kvernmo, N. (2014).

Forventninger og omstillinger i helsevesenet. Kronikk og debatt. Dagens Medisin 08/2014.

Langley, G. J; Moen, R; Nolan, K. M; Nolan, T. W; Norman, C. L; Provost, L. (2009).

The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2nd edition. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

Lundberg, T et al. (2007).

Applications of statistical process control in health care improvement: systematic review. Qual Saf Health Care. 2007;16:387-99.

Nakken, K.O; Brodtkorb, E; Koht, J. (2007).

Epilepsi og rehabilitering. Tidsskrift for Den norske legeförening. Nr 3, 127:309-12.
Nakken, K. O; Lossius, M. (2013).

Fordommer og myter om epilepsi. <http://www.aftenposten.no/meninger/Fordommer-og-myter-om-epilepsi-7162579.html#.U2zFpvnIZps>. Publisert 020413.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2009).

Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2nd ed.). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Norvoll et al. (2006).

Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF Helse rapport A 246.

Nyen, B. (2012).

Forbedringsarbeid og statistiskprosesskontroll. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra:

[http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Forbedringsarbeid+og+statistisk+Prosesskontroll+\(SPC\)+2.0.6330.cms](http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Forbedringsarbeid+og+statistisk+Prosesskontroll+(SPC)+2.0.6330.cms)

Porter, B; Keenan, E. (2003).

Multiple sclerosis. Nursing at a specialist diagnostic clinic for multiple sclerosis. British Journal of Nursing.

Powell, A. E; Rushmer, R. K; Davies, H. T. O. (2009).

A systematic narrative review of quality improvement models in health care. NHS Quality Improvement Scotlan.

Psykisk helse. (2013).

Lavterskeltilbud. <http://www.psykiskhelse.no>.

Räty, Lena; Gustafsson, Barbro. (2006).

Emotions in Relation to Healthcare Encounters Affecting Self-Esteem. Journal of Neuroscience Nursing; Feb 2006; 38, 1; ProQuest.

Schein, E. (2010).

Organizational culture and leadership. 4th edition. San Francisco: Jossey Bass. A Wiley Imprint. (The Jossey-Bass Business & Management Series).

Sosial- og helsedirektoratet. (2005).

...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo

Snyder, M. (1993).

Revised epilepsy stressor inventory. Journal of Neuroscience Nursing, 1993;25(1):9-13.

Tröster, H. (1998).

Coping with stigma of epilepsy. Psychology, Health & Medicine 3, 2; ProQuest.

Wahl, A. K; Hanestd, B. R. (2002).

Psykososial intervensjon og kronisk sykdom. Sykepleien 2002;90(21(b)):38-41.

Walley, P; Gowland, B. (2004).

Completing the circle: from PD to PDSA. International Journal of Health Care Quality Assurance 2004; 17:349-358.

Wefald, TL; Aalborg, T. (2012).

Jobbglidning og jobbkultur. Norsk overlegeforening. Overlegen 1-2012.

WMA resolution on task shifting from the medical profession:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t4/index.html>.

Øvretveit, J. (2009).

Leading improvement effectively. Review of research. London: The Health Foundation.