

Elzbieta Piwonska-Jaskula
Liv Wergeland Sørbye
Camilla Anthonisen



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE | 2013/6

Forebygging av urinveisinfeksjoner
hos skrøpelige eldre
– kunnskapsbasert praksis

Et samarbeidprosjekt mellom Utviklingssenter for sykehjem i Bærum kommune og Diakonhjemmet høgskole.

FORORD

Forebygging av urinveisinfeksjoner i sykehjem er et samarbeidsprosjekt mellom Stabæktunet bo og behandlingssenter og (SBB) Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse.

Samarbeidsprosjektet startet med initiativ fra Stabekktunet overfor høgskolen. Flere av av sykepleierne ved SBB hadde deltatt på et skrivekurs og ønsket mer forskningserfaring.

Intensjonen med prosjektet var implementering av kunnskapsbasert praksis på sykehjem. En ønsket å etablere et sykepleiernettverk innenfor området urinveisinfeksjoner og gjennom dette arbeidet bevisstgjøre pleierne til forebygge arbeid. I samarbeid med Liv Wergeland Sørbye ble det utformet en søknad og prosjektet fikk tildelt midler fra Diakonhjemmet Høgskole for tidsperioden september 2012 – juni 2013.

Høsten 2012 deltok en studentgruppe (10 studenter) i praktiske studier 1. semester fra bachelorutdanningen i sykepleie fra Diakonhjemmet Høgskole. De deltok på undervisning, litteratursøk og den generelle forebygging av urinveisinfeksjon i praksis.

Gjennomføringen ble ikke så strukturert som ønsket. Studentene hadde ande fokus for praksisperioden og sykepleierne måtte ofte prioritere vekk nettverksmøtene. Men prosjektlederne møtte regelmessig og de ulike milepelene i tidsplanen ble overholdt.

En stor takk til ansatte og studenter på Stabekktunet, spesielt til biblioteket på Diakonhjemmets høgskole som ga innføring i litteratursøk «PICO»-metoden og en takk til Else Vengnes Grue som underviste om urinveisinfeksjoner på sykehjemmet. Takk for økonomisk støtte fra samarbeidsprosjektmidler, som gjorde dette arbeidet mulig.

I utarbeidelsen av denne rapporten har praksisfeltet sin kompetanseutvikling stått i sentrum, inkludert skriveprosessen.

Bærum/Oslo august 2013

Elzbieta Piwonska-Jaskula

Liv Wergeland Sørbye

Camilla Anthonisen

INNHold

SAMMENDRAG	4
INNLEDNING	5
EN MODELL FOR KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	11
PRESENTASJON AV KVANTITATIVE DATA	20
OPPSUMMERING	23
REFERANSER	24
VEDLEGG	

SAMMENDRAG

Finansiering

Prosjektet har fått støtte fra samarbeidsprosjektmidler fra Institutt for sykepleie og helse ved Diakonhjemmet Høgskole

Samarbeidspartnere

Bærum kommune, Stabekktunet bo og behandlingssenter og Diakonhjemmet høgskole i Oslo.

Bakgrunn for prosjektet

Samarbeidsprosjektet startet med initiativ fra Stabekktunet overfor høgskolen. Flere av sykepleierne ved SBB hadde deltatt på et skrivekurs og ønsket mer forskningserfaring for å kunne innføre kunnskapsbasert praksis. Siden sykehjemmet hadde en høy andel (29%) urinveisinfeksjoner (UVI) våren 2011 var en aktuell målsetting å få redusert denne andelen. En ønsket å etablere et sykepleiernettverk innenfor området urinveisinfeksjoner og gjennom dette arbeidet bevisstgjøre pleierne og studentene til å praktisere forebygging arbeid.

Målsetting

- I løpet av prosjektperioden - å redusere andel pasienter med UVI fra 29% til 15%
- Samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved sykehjemmet og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie

Gjennomføring og resultater

Våren 2012 arbeidet prosjektlederne med en felles forståelse av prosjektets teoretiske og kliniske forankring. Praksisstedet hadde også en plan for hvordan prosjektet kunne integreres i de aktuelle rammer som omfattet studentenes praksis. Høsten startet med faglig innføring i UVI og senere en opplæring i systematisk litteratursøk av bibliotek på Høgskolen. Studentene fikk utover dette ingen ekstra oppgaver i forhold til prosjektet. Sykepleiernes nettverksmøter vektla kunnskapsoppbygging gjennom aktuelle forskningsartikler. Det ble gjennomført insidensmålinger av UVI og bruk av medikamentell behandling, IPLOS-data ble registrert, samt korppsmasseindeks og bruk av kateter. Data ble analysert i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 21. I prosjektperioden ble andel pasienter med UVI redusert fra 29% til 15%. Ingen IPLOS-variabler eller ernæringsstatus ga statistisk signifikante utslag relatert til UVI som uavhengig variabler. At en større andel menn hadde UVI, kan skyldes prostatahyperplasi. Kjønn eller alder 90+ vs <90 år ga ingen signifikant sammenheng verken med inkontinens eller infeksjoner

Konklusjon

Sykehjemmet har i denne perioden redusert forekomst av UVI fra 29% til 15%. Sykehjemmet har fått en høyere årvåkenhet for forebyggende arbeid og har fått trening med å søk og lese forskningsartikler. Det bør tilstrebes at praksislærer og prosjektansvarlig fra skolen er samme person, evt. finne alternative metoder for å ivareta samarbeidsintensjon

INNLEDNING

Hvert år forvalter sykepleiefaglige utdanninger samarbeidsmidler fra sitt lokale helseforetak. Midlene benyttes til prosjekter som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høgskolene og praksisstedene. Det er en grunnleggende forutsetning at midlene gis til samarbeidsprosjekt mellom høgskolene og praksis. Det skal legges vekt på relasjon til praksisundervisningen, forsknings- og utviklingsarbeid.

Slike prosjekt kan styrke kvaliteten både på utdanningstilbudet og yrkesutøvelsen. Institutt for Sykepleie og Helse har årlig budsjettmidler til samarbeidsprosjekter. Midlene tildeles prosjekter etter skriftlig søknad.

Vinteren 2012 tok Stabekktunet bo- og behandlingssenter initiativ til å utforme et samarbeidsprosjekt sammen med Diakonhjemmet høgskole.



Stabekktunet er en moderne institusjon med sentral beliggenhet på nedre Stabekk. Institusjonen har 86 beboere. Det er 2 somatiske avdelinger med 33 plasser på hver avdeling, 1 avdeling med 20 plasser for personer med demens og 12 plasser på dagsenteret. Stabekktunet ønsker å være en åpen institusjon, og en fungerende del av nærmiljøet på Stabekk

(www.baerumkommune.no)

Bakgrunn

Høsten 2011 hadde 25 (29%) av pasientene på Stabekktunet urinveisinfeksjon. Sykehjemmet hadde derfor et konkret forbedringspotensial. Urinveisinfeksjoner var også et av områdene for den nasjonal pasientsikkerhetskampanje i "I trygge hender" som ble lansert i 2011 (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). En ønsket derfor et samarbeidsprosjekt hvor sykepleiere, studenter og lærere skulle stimuleres til kritisk gransking av praksis, gjennom å arbeide etter prinsippene for kunnskapsbasert praksis (KPB).

UVI på sykehjem

Urinveisinfeksjon (UVI) er den hyppigste forekommende infeksjonen i sykehjem. Forekomsten av asymptomatisk bakteriuri (ABU) stiger med alder og økt skrøpelighet. ABU ses hos 10% av hjemmeboende kvinner i alderen 70-80 år. I sykehjem sees ABU hos 25-50% hos begge kjønn. Tilnærmet alle med kateter i mer enn 14 dager vil ha ABU.

Med alderen er det også stigende forekomst av mer eller mindre kroniske urogenitalplager. I en undersøkelse av personer over 65 år i almenpraksis anga 64% nokturi, 10 % hyppig vannlating, 30% urgency, 20 % inkontinens og 11 % dysuri. Det er ikke vist at ABU er årsak til uspesifikke symptomer som uvelhet, kvalme, slapphet og trøtthet. Behandling med antibiotika bedrer ikke slike symptomer eller urogenitalplager og fører ikke til økt overlevelse. Behandling av ABU gir heller ikke færre symptomatiske UVI, men øker risiko for resistensutvikling og bivirkninger.

Tendensen til symptomatiske urinveisinfeksjoner (UVI) øker også med alderen. Av nosokomiale infeksjoner utgjør UVI ca. halvparten. Ca. 80% av disse infeksjonene er assosiert med kateterbruk. Det er ofte dårlig korrelasjon mellom symptomer og nivådiagnostikk. Hos eldre er det større risiko for at det ikke foreligger en ren cystitt, men en såkalt komplisert infeksjon (øvre UVI, kateterinfeksjon, residiverende infeksjoner, bakenforliggende sykdom eller patologi i urinveiene) (Norsk geriatrisk forening 2008).

UVI og demens - en dement pasient kan etter hvert få problemer med å kontrollere eliminasjonen, noe som kan forårsake UVI. Det er viktig å avklare om problemene kommer av nedsatt orienteringsevne eller av andre årsaker. Det å ha faste rutiner og å følge pasienten til toalettet umiddelbart når man ser tegn til uro, kan bidra til at pasienten kan beholde en viss kontroll over eliminasjonen. Problemer knyttet til ernæring og redusert aktivitet kan medføre at den demente blir obstipert eller får urinveisinfeksjon. Gode forebyggende tiltak kan forhindre slike problemer (Flaten 2009).

UVI og lårhalsbrudd - Det forekommer 9000 lårhalsbrudd i Norge hvert år, de fleste hos eldre menneske over 65 år. Fortsetter den demografiske utviklingen slik den gjør nå, vil det om 50 år være dobbelt så mange pasienter med lårhalsbrudd. Gjennomsnittsalderen for pasienter med lårhalsbrudd er 80 år. Insidensen av pasienter med lårhalsbrudd er særlig høy i Norden. Eldre pasienter over 65 år innlagt for behandling av lårhalsbrudd er spesielt utsatt for delir eller akutt forvirring.

Forekomst av akutt forvirring etter lårhalsbrudd er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet. Når pasienten i tillegg er noe immobil som følge av operasjonen, øker det risikoen for obstipasjon ytterligere. Det er derfor viktig å forebygge obstipasjonen ved å spise fiberrik kost, drikke rikelig, ha gode tømmingsrutiner og eventuelt benytte milde avførende midler (Bøyum 2011)
Immobilitet kan også gi urinveisinfeksjon (cystitt) (Flaten 2009).

For eldre på helseinstitusjoner er forekomsten over tre prosent, og urinveisinfeksjon er den vanligste årsaken til innleggelse fra sykehjem til sykehus. Nesten alle urinveisinfeksjoner i sykehus oppstår hos pasienter med urinkateter eller etter prosedyrer utført i urinveiene.

Urinveisinfeksjon som følge av blærekateter er svært vanlig, og nærmest alle med permanent innlagt kateter vil utvikle bakteriuri (bakterier i urinen).

Urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter er som regel asymptomatisk bakteriuri, som normalt ikke har behøver behandling. Mer alvorlige komplikasjoner er symptomatisk urinveisinfeksjon, nyrebetennelse, nyrestein, blærestein, sepsis og død.

Sykepleietjenesten i sykehjem

Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er de største yrkesgruppene på sykehjem. Det er imidlertid sykepleierne som har faglig ansvar for å organisere og lede sykepleietjenesten. Sykepleiernes kunnskap og kompetanse er nødvendig for å sikre hensiktsmessig ledelse og organisering av virksomhetene, samt å sikre kvalitet på disse tjenestene (Norsk sykepleierforbund 2008). Selv om alt helsepersonell etter lovgivningen (Lov om helsepersonelloven 1999) har et individuelt ansvar for å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet, tillegges sykepleiere større grad av profesjonsrelatert ansvar og autonomi i yrkesutøvelsen. I sykepleieutdanningen er det viktig at studentene har gode rollemodeller (Christiansen mfl. 2004). Dette er avgjørende for motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse (Christiansen mfl. 2005). I et system hvor mange av de ansatte mangler eller har liten formell utdanning, utfordres sykepleiernes ansvar mer enn i et system bestående av bare sykepleiere. I en studie gjennomført av Hofseth og Norvoll (2003) kommer det fram at sykepleiere på sykehjem savnet fellesskap med andre sykepleiere. De fikk få tilbud om kurs, undervisning og veiledning, og det var liten tradisjon eller aksept for å lese faglitteratur i arbeidstiden.

Nedfelt i krav til profesjonell yrkesutøvelse, ligger at sykepleiere, - og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, kontinuerlig fornyer og videreutvikler sine kunnskaper. I helsesektoren hvor kunnskap fort blir foreldet er det av stor betydning at man ikke stivner til i gamle rutiner. Med økt forskningsinnsats endres kunnskapsgrunnlaget stadig raskere, og dette stiller igjen større krav til yrkesutøverne om å holde seg à jour. Ut i fra dette forutsettes at helsepersonell stadig reflekterer over egen praksis, sørger for faglig påfyll og stiller kritiske spørsmål til hvordan de møter brukere av helsetjenestene. En undrende og kritisk innstilling til egen og avdelingens praksisutøvelse er et viktig utgangspunkt for fagutvikling innen sykepleien. Det innebærer også krav om regelmessig og kritisk gjennomgang av rutiner og prosedyrer, og endring av praksis når ny kunnskap tilsier det (Leirvik 2007).

Den såkalte pleiekulturen, blir ofte sett på som en utfordring for sykepleietjenesten på sykehjem. Pleiekulturen kan forstås som en arbeidskultur som er utviklet over tid, og som kan være nyttig fordi den skaper sosiale rammer som gir trygghet og forutsigbarhet for medlemmene. Den binder nåtid og fortid sammen, og skaper identitetsfølelse. Kulturen kan imidlertid også være problematisk. Den består ofte av rituelle atferdsmønstre, felles spilleregler og oppfatninger om hva som fungerer bra, og som derfor betraktes som sanne. Etter

hvert blir dette en rettesnor som begrunner seg selv, uten nødvendig tilknytning til faglig begrunnede normer og kunnskaper. Nye medlemmer i kulturen får belønning for tilpasning til systemet og sanksjoner dersom de stiller spørsmål ved det. Dette innebærer at kulturen kan bremse nødvendig fornyelse. Motstand mot endringer i kulturen er ofte hovedgrunnen til at det tar lang tid å sette nye kunnskaper ut i livet. Jo mindre kunnskaper det er i kulturen, desto mer avhengig er man av fasthet i det rituelle atferdsmønsteret. Rutinene og organiseringen blir målet i seg selv. Arbeidet er gjort når rutinene er fulgt (Jacobsen 2001, Leirvik 2007). Utfordringene i denne sammenheng ligger i å skape en læringskultur på sykehjemmene som muliggjør kritisk refleksjon, og en refleksiv, levende og dynamisk praksis der målet er å utvikle en stadig bedre sykepleie til menneskene som er avhengig av pleie og omsorg, gjennom faglig engasjement i personalgruppene (Leirvik 2007).

Sykehjem som læringsarena for sykepleierstudentene

Sykepleieutdanningen er styrt av lover og forskrifter (Lov om universiteter og høyskoler 2005, Forskrifter 2008). I Rammeplanen for sykepleierutdanning går det fram at høyskole og praksisfelt sammen har ansvar for å utdanne gode sykepleiere. Ved Diakonhjemmet Høyskolen er det bestemt at studentene i første studieår skal ha 6 ukers veiledede praksisstudier ved sykehjem i 1. semester. Hensikten med praksisstudier i første studieår er at studentene tidlig skal erfare hva sykepleie som yrke innebærer. I Rammeplanen blir det uttrykt som følgende: "I praksisstudiene gis studenten mulighet til å erfare arbeidsfellesskapet som framtidig yrkesutøver, samtidig som han/hun arbeider mot forventet kompetanse gjennom studiet" (Kunnskapsdepartementet 2008).

Praksisperiodene skal bidra til at studentene gradvis utvikler egen identitet som sykepleier ved å bli ført inn i, delta i og ta på seg ansvar for gjennomføringen av sykepleie. Ut i fra et sosiokulturelt perspektiv på læring, er den læringen som foregår i praksisfellesskapet særlig verdifull for sykepleierstudentene som skal oppnå sykepleiefaglig kompetanse. For at hensiktsmessig læring skal skje, er det nødvendig å skape gode læringsbetingelser for studentene i praksisstudiene. Dette forutsetter blant annet at studentene har gode rollemodeller, og at de får jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering. Utgangspunktet for veiledningen i praksis er et syn på læring som baseres på at studenten utdanner seg til en kritisk og kompetent sykepleier (Leirvik 2007).

Praktiske studier for studentene i 1.semester ved bachelorutdanningen, har to fokus: generell sykepleie og sykepleie til eldre pasienter. I henhold til praksisperiodens faglige innhold forventes det bl.a. at studenten skal delta i å kartlegge, vurdere og utøve sykepleie til primærpatient. Som en del av praksisperioden skal studentene også utarbeide en studentoppgave. Det avdelingens sykepleiere som har ansvar for den daglige veiledning og opplæring av studentene i praksisstudiene, mens Høyskolens lærere skal veilede

og medvirke til å tilrettelegge for gode læresituasjoner. Det er ulike måter å organisere dette på.

Viktige samarbeidspartnere for å tilrettelegge for studentenes læring, er foruten studenten selv og lærer fra Høgskolen; en hovedveileder (autorisert sykepleier ansatt på praksisstedet), daglige veiledere (de helsearbeidere på praksisstedet som har kompetanse innenfor studentenes læringsfokus, og som er tilgjengelige i forbindelse med studentenes læresituasjoner). Også medstudenter kan være en viktig ressurs i praksisfellesskapet.

Intensjonen er at den nye modellen i større grad skal ivareta et sosiokulturelt perspektiv på læring. Den nye modellen åpnet på denne måten opp for at flere studenter kan samles på hvert praksissted (Hov mfl. 2005, Leirvik 2007).

De utfordringene sykepleietjenesten i sykehjem står overfor (se forrige side) skaper også utfordringer mht å tilrettelegge gode læringsbetingelser for sykepleierstudentene. Det formelle kravet om at all høyere utdanning skal være forskningsbasert skaper ytterligere utfordringer når sykehjem er læringsarena for sykepleierstudentene (Leirvik 2007).

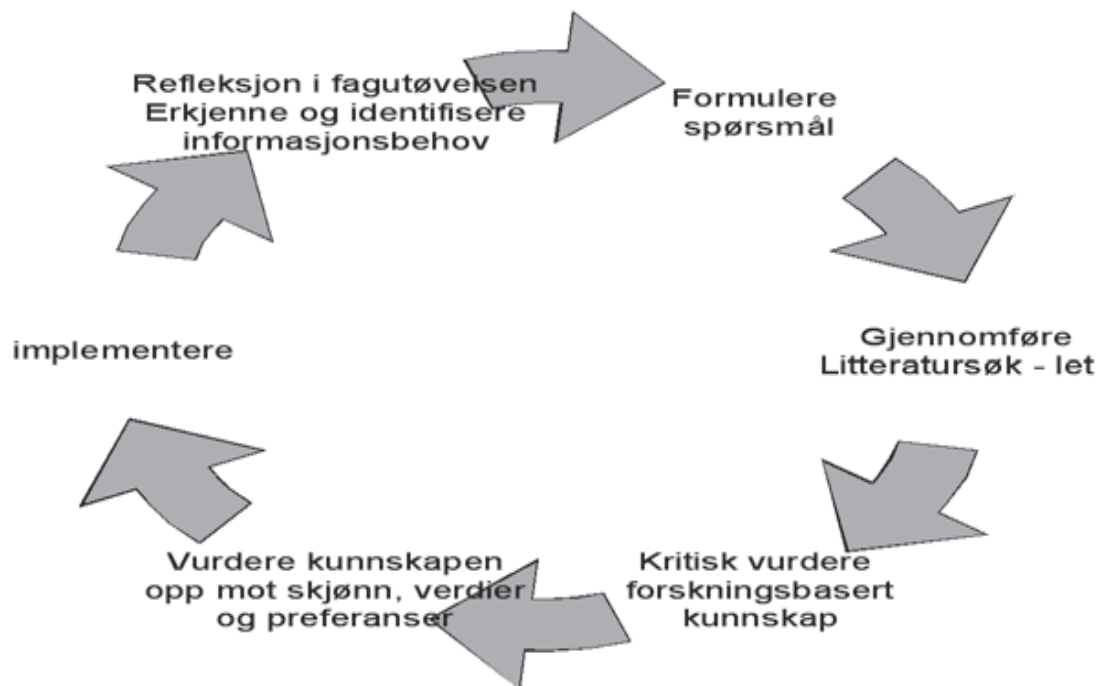
Samarbeidsprosjektet har bakgrunn i en modell for samarbeid om fagutvikling som involverer høgskolen og de praksisstedene der studentene har klinisk praksis. Bakgrunnen for denne modellen er at praksisveiledningsmidler for sykepleierstudenter ikke lengre blir utbetalt til den enkelte veileder eller avdeling. Denne ordningen ble opprettet i 1992 for å bedre kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen, men i statsbudsjettet for 2006 ble bruken av disse midlene endret. Samme omfang av midler skal brukes, men nå til prosjekter som skal utvikle praksisstudiene eller tjenesteutøvelsen, og fremme samarbeidet mellom høgskole og praksissted. Det innebærer blant annet at midlene skal søkes av ansatte i høgskoler og klinikk i fellesskap (Bjørk & Solhaug 2008:184).

Kunnskapsbasert praksis

Anvendelse av forskningsbasert kunnskap er nært knyttet til begrepet evidensbasert praksis, som i de siste årene har fått stadig større betydning i alle helsefaglige sammenhenger.

Allerede i 1972 hevdet Archie Cochrane at det tar for lang tid før viktige og relevante resultat fra forskning er innarbeidet i praksis. Noen snakker om et gap mellom forskningsresultater og endring i praksis på 20 år. På 90-tallet oppstod begrepet evidence-based medicine, som henspeiler på at arbeidet i helsevesenet må hvile på et vitenskapelig grunnlag. Ordet evidens stammer fra det latinske evidentia, og kan oversettes med klarhet, tydelighet, visshet (Hole & Nordheim 2007, Willman 2001).

Figur 1. Trinnene i kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt mfl. 2003).



Begrepet evidensbasert sykepleie henspiller på en sykepleiepraksis som bygger på aktuelle, relevante og anerkjente forskningsresultater. På denne måten skal forskning bidra til et pålitelig kunnskapsgrunnlag for sykepleiepraksis, dvs. øke tilliten til at kunnskapen som legges til grunn for praksis, holder mål – og at den ikke er basert på tilfeldigheter (Bjørø & Kirkevold 2005). På norsk omtales evidensbasert praksis også som kunnskapsbasert praksis (KBP). Kunnskapsbasert praksis innebærer å basere fagutøvelsen på pålitelig og anvendbar forskning kombinert med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap i den kontekst man arbeider i (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinar 2007).

EN MODELL FOR KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Vi har valgt å studere sammenhengen mellom urinveisinfeksjoner og tre pasientgrupper a) pasienter med hoftebrudd, b) pasienter med permanent kateter eller c) pasienter med alvorlig grad av kognitiv svikt (Iplos verdier på 4 eller 5 i hht beslutninger angående dagliglivets aktiviteter og hukommelse). Målet er at ved å fokusere på disse tre utsatte pasientgruppene, skal vi i løpet av 2012/2013 ha redusert andel av pasienter med UVI fra 29% - 15%.

Hovedhensikten med prosjektet var å arbeide med at kunnskapsbasert praksis skal bidra til å ta faglige beslutninger i forhold til å forebygge og behandle urinveisinfeksjoner. Vi vil arbeide for å formidle oppdatert kunnskap, prosedyrer og retningslinjer slik at studentene på en aktiv måte får del i dette. Det overordnede tema for prosjektet blir UVI)

Målsettinger

- I løpet av prosjektperioden - å redusere andel pasienter med UVI fra 29% til 15%
- Samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved sykehjemmet og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie

Problemstilling

1. Hvordan kan kunnskapsbasert praksis være med å forebygge urinveisinfeksjoner?
2. Samarbeidsprosjektets milepæler

Hovedideen i samarbeidsprosjektet er å etablere 3 nettverksgrupper (1 fra hver avdeling) bestående av 1-2 sykepleiere, i samarbeid med studenter og lærere fra bachelorutdanningen i sykepleie. Hensikten er å stimulere til kritisk gransking av praksis, og bidra til å utvikle sykepleietjenesten innenfor det utvalgte området, gjennom å arbeide etter prinsippene for *kunnskapsbasert praksis* (KBP).

For å vekke interesse og understreke viktigheten av samarbeid i slike foretak er det viktig å få felles forståelse for hva dette prosjektet går ut på og gjøre implementeringsprosessen lettere. Det er viktig å gi grunnleggende informasjon om KBP for alle ansatte. Derfor er det planlagt 2 dager med 1, 5 time undervisning for Stabekktunets ansatte.

Milepæler	Tidsperiode
Søknad, prosjektbeskrivelse og budsjett er innsendt	15.2-2012
Evt. juster prosjektet etter innvilgede midler. I samarbeid med praksissted og aktuelle studenters rammer for praksis lages en detaljert framdriftsplan. Ansvarlige prosjektledere må ha en felles forståelse av prosjektets teoretiske og kliniske forankring. Evt. etiske og juridiske anliggende klareres. Oppstart ved oppstart av høstsemesteret.	15.3-20.6.2012
Oppstart av prosjektet, med kick off møte for prosjekt ansvarlige og nøkkelpersoner i praksis.	1.09 2012
Status rapportering, samt budsjettoversikt over ubrukte midler til samarbeidspartner som evt. skal overføres til 2013	1.11 2012
«Datasamling» aktivitet avsluttes innen Oppsummering av metode, organisering og fagligutbytte	1.05 2013
Rapportskriving, «lukking» av prosjektet, eventuelt	20.06 2013
Utkast til manus for fagartikkel avsluttes	15.08.2013

Praktisk gjennomføring

Samarbeidsprosjektets ledelse bestod av Liv Wergeland Sørbye fra Høgskolen og avdelingssykepleierne Elzbieta Piwonska-Jaskula og Camilla Anthonisen fra sykehjemmet. Disse tre hadde ansvaret for å tilrettelegge slik at prosessen gikk fremover.

De lokale prosjektlederne hadde også, spesielt i oppstartsfasen av prosjektet, kontakt med alle avdelinger for å etablere nettverksgruppene. Sentral prosjektleder hadde forskerrollen i prosjektet, og hadde dermed hovedansvar for evalueringen og dokumentasjonen underveis i prosessen fra Høgskolen sin side og lokale prosjektledere fra praksisstedet. Dette ble utdypet ytterligere under arbeidsmøter.

Deltakerne i nettverksgruppen, dvs. 1-2 sykepleiere fra hver enhet, hadde særskilte roller som *endringsagenter* eller "nøkkelpersoner"/inspiratorer mht. å

etablere og påvirke /drive utviklingsprosessene fremover blant de øvrige ansatte i sykepleietjenesten ved enhet. Nettverksgruppen skulle gjennom perioden ha jevnlig møter, med lokal prosjektleder som prosessleder. Sentral prosjektleder skulle i hovedsak også delta ved disse møtene.

I tillegg møttes nettverksgruppen i noen sentrale møter. Hensikten med møtene var å støtte og utfordre hverandre i prosessen, å utveksle erfaringer knyttet til utviklingsområdene, og mht. hvordan skape engasjement i personalgruppene, forankring i ledelse osv. Det ble skrevet referat fra nettverksmøtene, som skulle oversendes alle gruppemedlemmene via e-post. Gruppemedlemmene ble også oppfordret til å skrive en egen, enkel logg gjennom perioden.

I prosjektperiodens første fase hadde sykepleierstudentene praktiske studier ved sykehjemmene, og de kunne også gjennom sine bidrag underveis i praksisperioden betegnes som *agenter* i prosjektet.

Praksissykehjem har tilknyttet en lærer i praksis for gruppen med sykepleierstudenter. Sentral prosjektleder hadde som tidligere nevnt, vært lærer i praksis for sykepleierstudentene ved ett av praksissykehjemmene. Pasientene hadde ikke noen aktiv rolle i prosjektet, selv om de var en viktig intensjon å få tak i deres "stemme" (jfr. brukerkunnskap i KBP), blant annet gjennom studentenes praksisoppgave i sine praktiske studier.

	Tidspunkt
Informasjonsmøte	<p>September 2012 Uke 36</p> <p>Presentasjon av prosjekt: Forebygging av urinveisinfeksjoner hos utvalgte grupper skrøpelige eldre Mål og hensikt med klinisk fagring må tydeliggjøres. Studentdeltakelse, fordeler ved at de blir med i fagringer. Rask repetisjon av trinnene i kunnskapsbasert praksis. Ressursbruk Spørreskjema utfylles Starte refleksjon over utfordrende fagområder</p> <p>Deltakere: Interesserte sykepleiere/vernepleiere, ringledere, avdelingsledere, oversykepleier og rådgivere utviklingscenteret</p>

<p>Oppklaringsmøte</p>	<p>September 2012 26/9</p>	<p>Oppfølgingsmøte med deltakere i prosjektet. Spørsmål om gjennomføring og forpliktelser. Avklare forventninger til fagring som arbeidsmetode. Avklare hvilket fagområde fagringen skal jobbe med. Starte med å formulere spørsmål i forhold til bestemt fagområde. Premisser for rapportskrivning fra fagringen Møtetidspunkt: 11-13? Møteplikt? Avtale tidsplan for høsten 2012.</p> <p>Deltakere: Fagringdeltakere, ringledere og rådgivere utviklingscenteret</p>
<p>Fagringmøte 1 og 2 Sted: Stabekktunet BBS, møterom 1. etg. Kl. 11.00-13.00</p>	<p>Oktober 2012 2/10 og 9/10-2012 Trinn 1 og 2</p>	<p>Oppsummering fra tidligere møter. Bli kjent, bruke veiledningsmetodikk Oppfriskning av problemstillingen (e) Bli enige om en problemstilling Fortsatt arbeid med problemstillingen, konkretisere og presisere. <i>“Begynnelsen til all visdom ikke ligger i svaret, men i spørsmålet” (Bjørndalen 2007)</i></p> <p>Hvilke kjernes spørsmål er dette? Identifisere andre faggrupper som kan bli berørt av resultatene og involvere dem i forhold til innspill. Repetere informasjonskilder og ulike typer forskningsdesign og egnethet for ulike spørsmål</p> <p>Deltakere: Fagringdeltakere og ringledere</p>
<p>Fagringmøte 3 Sted: Stabekktunet BBS, møterom 1. etg. Kl. 12.00-13.00</p>	<p>Oktober 2012 17/10-2012 (og 25/10)?</p>	<p>Presentere studentene og deres premisser for deltakelse Fortsatt arbeid med problemstillingen. Ord identifiseres og settes inn i PICO skjema. Finn engelske ord/termer og sett inn i PICO Hva slags studier kan besvare spørsmålet?</p>

		Lage en søkerstrategi og fordele arbeidsoppgaver til neste fagringmøte Hjemmelekse: søke
	Deltakere:	Prosjektets ledere, veiledere og 1. års studenter
Fagringmøte 4 Biblioteket på Høgskolen Kl. 8.30-14.45 (Studentene fra 12.00 – 14.45)	31/10-2012? Venter på bekreftelse om tidspunkt	Litteratursøk er sentralt i dette møtet. Bibliotekar fra Høgskolen er med første del av dagen for gjennomgang og hjelp til søk. Problemstillingen må være klar og avgrenset. Alle tenkelige ord/termer må være kjent. Gjennomgang sjekklister Utvalgte artikler fordeles til lesing hjemme.
	Deltagere:	Prosjektets ledere, studenter og veiledere
Fagringmøte 5 Sted: Stabekktunet BBS, møterom 1. etg. Kl. 08.30-15.00 (Studentene fra 11.30 – 15.00)	November 2012 6/11-2012	Diskutere hvilke av de utvalgte artiklene som er aktuelle i forhold til problemstillingen. Kritisk vurdere utvalgte artikler med bakgrunn i sjekklister Kafebordmetode med plenumsgjennomgang, bruke smilefjes
	Deltagere:	Prosjektets ledere, studenter og veiledere
Fagringmøte 6 Kl. 11.30 – 15.00	November 2012 13/11-2012	Fortsatt kritisk vurdere artikler Oppsummering og forberedelse til presentasjon av prosjektets funn så langt
	Deltakere:	Prosjektets ledere, veiledere og studenter
Fagringmøte 7 Kl. 12.00-14.00 Møterom 1, Stabekktunet BBS	November 2012 21/11-2012	Fremlegging av prosjektets funn Egne studentpresentasjoner?
	Deltakere:	Prosjektets ledere, veiledere og studenter

Fagringmøte 8	Desember 2012 Uke 49	Anvende: Hvilke konsekvenser har funn etter vurdering av forskning for vår praksis? Hva er våre erfaringer fra tidligere? Har vi involvert brukerne/pårørende? Implementering? I hvilken sammenheng skal vår kunnskap brukes? Utarbeide midtveisrapport?
Fagringmøte 9	Januar 2013	Anvende: Presentere rapport med konklusjon for kollegaer og ledere Veien videre

Prosjektets oppstart var planlagt til september 2012. Før dette tidspunktet hadde 3. års studenter sin siste praksisperiode på Stabekktunet med hovedfokus på fagutvikling og ledelse. Det ble foreslått for studentene å gjennomføre et fagutviklingsprosjekt knyttet til vårt samarbeidsprosjekt, nemlig forebygging av UVI. Dette forslaget ble godkjent både fra studentgruppen og læreren.

Studentene gjennomført sitt prosjekt i løpet av 6 ukers praksisperiode. Deres prosjekt hovedmål var å redusere antall pasienter med urinveisinfeksjon. Dette målet skulle oppnås ved

- å fremme kunnskap og ferdigheter om forebygging av UVI blant ansatte.
- å fremme en aktiv og vedvarende holdning, hos de ansatte, til virkeligheten av å forebygge UVI blant pasientene.

Studentenes prosjekt ble vurdert som vellykket. Ansatte fikk fornyet sin kunnskap om urinveiene, årsaker til UVI infeksjoner, komplikasjoner og generell forebygging av UVI. Dette arbeidet var veldig nyttig og ble tolket som forarbeid for selve samarbeidsprosjektet.

Prosjektets første fase ble gjennomført i løpet av 3 måneder, dvs. høsten 2012. En studentgruppe (10 studenter) i praktiske studier 1. semester fra bachelorutdanningen i sykepleie fra Diakonhjemmet Høgskolen, skulle bli involvert på den måten i prosjektet.

Gjennomføringen av prosjektet ble tenkt som arbeid i fagringer for å få mest mulig utbytte av kompetanse og kunnskap. Det var ønskelig med deltakelse av høyskoleutdannet personell som hadde gjennomført 50 timers kurset i Kunnskapsbasert praksis. Kurset skulle bli arrangert av Utviklingssenter for sykehjem i Lørenskog i løpet av høsten 2012, senest i begynnelsen av 2013. Fire

sykepleiere fra Stabekktunet hadde planer å ta dette kurset. Dette ble dessverre ikke noe av. Dette resulterte i at ansvaret gjennomføringen av hele prosjektet ble lagt på Stabekktunets avdelingssykepleiere som hadde den nødvendige kompetanse.

Informasjonsmøte om dette prosjektet, planlagt i september, ble ikke gjennomført. Dette medførte at studentene og praksisveileder fra skolen ikke fikk den nødvendige informasjonen. Gjensidige forventninger og samarbeidsmåten ble ikke heller avklart på forhånd.

Ved oppklaringsmøte (første møte) med studentene og læreren kom det frem at studentenes deltakelse var frivillig, noe som ikke ble regnet med ved prosjektets planlegging.

Avdelingssykepleiere tok over ansvaret for å gjennomføre fagringmøter. På disse møtene var fokuset på å arbeide med problemstillingen, lage søkestrategi og fordele oppgaver. For å gjennomføre et systematisk litteratursøk var det viktig tydelig å formulere Patient/Problem (P), Intervention (I) Comparison (C) og Outcome (O) – se vedlegg (PICO) (Helsebiblioteket 2011). En av fagringmøtene (en hel dag) var planlagt som litteratursøk på Høgskolens bibliotek. Den dagen ble redusert til 4 timer. Den dagen var populær blant studentene – de fleste møtte opp. Det ble funnet mange relaterte artikler. Dette ble konferert med prosjektansvarlig fra Høgskolen. Kritisk vurdering av de relaterte artiklene ble foretatt i mai 2013.

Samtidig ble det holdt kontakt med prosjektansvarlig fra Høgskolen. Det ble gjennomført jevnlig møter for å oppsummere prosjektet og planlegge jobben videre.

På høsten 2012 ble det planlagt og gjennomført:

- Intern undervisning i de viktigste begrepene i Kunnskapsbasert praksis. Alle Stabekktunets ansatte hadde mulighet til å delta i 45 minutters fremlegg og så fikk de kursbevis og kursmateriell (se vedlegg 1).
- Undervisning i forebygging av UVI v/Første amanuensis Else Vengnes Grue. Både ansatte og studentene deltok. (se vedlegg 2)

I samme periode ble det samlet nødvendige data av Stabekktunets beboere. Dataene ble samlet anonymt. Innsamlede data bestod av:

- Alder
- Kjønn
- BMI
- allmenntilstand basert på individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS registrering)
- kontinens/inkontinens,
- antall beboere med permanent kateter,

- antall UVI infeksjoner hentet fra Stabekktunets insidensregistrering fra 2010/2011 og 2011/2012
- Dataene ble sendt aidentifisert til den prosjektansvarlige fra Høgskolen for datanalyse.

Insidensregistreringen høst/vinter 2012/2013 fortsatt som en del av dette prosjektet.

Det ble funnet 4 relevante artikler etter søket på biblioteket med PICO modellen.

Artikkel 1: Matthews & Lancaster (2011). *Urinary tract infections in the frail elderly: Issues for diagnosis, treatment and prevention.*

Artikkelen legger vekt på at UVI er den mest vanlige infeksjonen hos skrøpelige eldre. Hos denne populasjonen kan en UVI føre til bakteriemia, langvarig systemisk antibiotikabehandling, sykehusinnleggelse, nedsatt funksjonsevne og død. Dette koster samfunnet mye penger. Det blir derfor særdeles viktig å hindre infeksjoner gjennom å redusere risikofaktorer. Disse risikofaktorene hos skrøpelige eldre er inkontinens, bruk av permanent kateter, antimikrobiell (passiv beskyttelse) og nedsatt funksjonsevne. Hvordan kan man så forebygge UVI hos de eldre? Forskerne mener at det å hindre inkontinens er et av de viktigste tiltakene for å forebygge UVI. Videre anbefales det bruk av ny teknologi i forhold til permanent kateter og bruk av tranebær produkter.

Artikkel 2: Bergman, Schjott & Blix (2011). *Prevention of urinary tract infections in nursing homes: lack of evidence-based prescription?*

Denne artikkelen tar for seg forebygging av UVI på sykehjem. Det er flere beboere på sykehjem som har foreskrevet profylaktisk behandling mot UVI. Forfatterne fant i sitt litteratursøk ingen studier som var blitt gjort vedrørende prevalens eller mønster for forebygging av UVI på sykehjem. Likevel stod svært mange beboere på profylaktiske midler. De ønsket å finne ut hvilke produkter som ble brukt. Risikofaktorer som permanent kateter og inkontinens for avføring ble ikke tatt med i denne studien. Studiet ble gjort på 44 norske sykehjem og inkluderer 1437 beboere.

I følge denne studien ble 18% av beboerne gitt profylaktisk behandling, 74% av disse ble gitt en type behandling, mens 26% ble gitt 2, 3 eller 4 forskjellige typer av profylaktisk behandling. De mest vanlig profylaktiske behandlingen som ble brukt var: Methenamine (hiprex) : 48%, Vitamin C: 32%, Østrogen: 30% og av dette 31% vaginalt, Tranebær: 10%

Konklusjonen blir at profylaktisk behandling mot UVI ikke er basert på forskning og at retningslinjer fra de norske myndighetene heller ikke blir fulgt.

Artikkel 3. Omli mfl. (2008). *Residual urine as a risk factor for lower urinary tract infection: A 1-year follow-up study in nursing homes.*

Seks norske sykehjem med til sammen 150 beboere deltok og det ble målt resturin (residualurin) systematisk ved hjelp av skanner. Hensikten var å undersøke om det var noen sammenheng mellom resturin og UVI. I løpet av oppfølgingsperioden, utviklet 51 beboere (34%) en eller flere UVI. Forekomsten av UVI hos kvinner var høyere enn hos menn (40,4% vs. 19,6%, $p = 0,02$). Residualurin over 100 ml var ikke assosiert med en økt risiko for urinveisinfeksjon i løpet av et års oppfølging. Resultatet viser også at kvinner og eldre personer som brukte inkontinenshjelpemiddel hadde en større risiko for urinveisinfeksjon. Det var 83% som brukte inkontinenshjelpemiddel, men av disse hadde 69% en påvist urininkontinens, de øvrige brukte inkontinenshjelpemiddel "for sikkerhets skyld". Resultatet viser også at lav ADL-score, demenssykdom og urinveisinfeksjon var signifikant assosiert med urininkontinens.

Artikkel 4: Matthews & Lancaster (2011). *Urinary Tract Infections in the Elderly Population*

Dette er en systematisk litteraturstudie i ulike databasene som inkludert blant annet PubMed og Cochrane Library. Studier viser at bruk av methenamine som profylaktisk behandling mot UVI er dårlig dokumentert, likevel står mange beboere på dette middelet og ofte langvarig behandling.

Det finnes ingen studier som sier noe om effekten ved bruk av vitamin C mot UVI for de eldre. I henhold til norske retningslinjer anbefales ikke vitamin C som profylaktisk behandling. En oversikt viste at tranebær kan være et effektivt virkemiddel, men at effekten mot de eldre er usikkert. Studier viste også at østrogen gitt vaginalt har god effekt, mens østrogen gitt peroralt ikke har den samme effekten.

PRESENTASJON AV KVANTITATIVE DATA

I denne rapporten presenteres bakgrunnsdata for de beboerne som var på Stabekktunet våren 2013. I tabell 1 vises kjønn, alder, andel med urinveisinfeksjoner og andel med en kroppsmasseindeks mindre enn 20,5 kg/m².

Vi har valgt 20,5 kg/m² som grensesnitt da Nasjonale retningslinjer angir dette for risikoverdi for eldre som er 70 år eller mer (Helsedirektoratet 2009).

Tabell 1. Bakgrunnsdata 2013: N=86

	Kvinner N=53 (62%)	Menn N=33 (38%)	Totalt N=86
Alder (år,min/max, Sd)	86.3 (58-98) Sd 6,8	87,1 (66-101) Sd 7,1	86,6 (58-101) Sd.6,9
Andel med UVI	13%	18%	15%*
Urininkontinens	59%	64%	61%
KMI < 20.5	36%	24%	31%

* I 2012 var andel med UVI 13%

I dette materialet var andel med menn noe høyere enn i andre studier fra sykehjem (Onder mfl. 2012, Sørbye 2013). Det var også en noe høyere andel av menn med urinveisinkontinens og urinveisinfeksjoner, men dette er ikke statistisk signifikant. En større andel enn menn har en KMI < 20,5 kg/m²

IPLOS

I Norge skal alle helsetjenester brukere bli registret i individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) (Helsedirektoratet 2009). Det var derfor naturlig å benytte disse vurderingene i vårt aktuelle arbeid.

Tabell 2. IPLOS- funksjonsdata: N=86. Angitt i prosent.

Variabler	1	2	3	4	5	Totalt
Husarbeid	-	1	2	7	90	100
Varer og tjenester		1	8	19	72	100
Personlig hygiene	1	2	17	35	44	99
På og avkledning	2	10	23	33	31	99
Toalett	7	9	29	16	38	99
Lage mat	1	2	12	13	72	100
Spise	26	17	30	13	14	100
Bevege seg innendørs	12	15	26	19	29	101
Bevege seg utendørs	1	8	17	19	55	100
Ivareta egen helse	-	1	14	33	52	100
Hukommelse	2	11	20	37	30	100
Kommunikasjon	14	21	34	17	13	99
Beslutninger i dagliglivet	-	11	20	31	38	100
Sosial deltakelse	4	16	43	24	13	100
Styrer egen atferd	16	22	24	21	16	99
Syn	13	57	23	6	1	100
Hørsel*	23	45	22	8	1	99

Tabell 2 viser at mange av beboerne trengte omfattende hjelp. For å kunne analysere data med tanke på om det kunne være noen signifikante forskjeller mellom funksjonsnivå og urinveisinfeksjoner delte vi graderingene av funksjonsstatus i to: Vurdering 1-3 versus 4-5. De som trengte mest hjelp var definert som «Store behov for bistand/assistanse» (4) eller «Fullt bistands-/assistansebehov» (5)

Tabell 2. Stort behov eller fullbistand. IPLOS- funksjonsdata: N=86. Angitt i prosent.

Iplos-variabler	Verdi:4-5 i %
Personlig hygiene	79
På og avkledning	64
Toalett	54
Spise	27
Bevege seg innendørs	48
Ivareta egen helse	85
Hukommelse	67
Kommunikasjon	30
Beslutninger i dagliglivet	69
Styrer egen atferd	37

Ingen av Ipløs-variablene eller ernæringsstatus ga statistisk signifikante utslag relatert til UVI som uavhengig variabler. At en større andel menn hadde UVI, kan skyldes prostatahyperplasi. Kjønn eller alder 90+ vs. <90 år ga ingen signifikant sammenheng verken med inkontinens eller infeksjoner.

Sommerseminar på Diakonhjemmet høgskole 5. juni. På dette seminaret var det en fin anledning til å presentere erfaringer og funn. Ved å ha denne datoen som «deadline», ble det stilt krav til systematisering av data (se vedlegg).

OPPSUMMERING

Våren 2011 ble ansatte ved Stabekktunet gjort kjent med at 29% av pasientene deres hadde vært utsatt for UVI. Den hyppigste årsaken til bruk av antibakteriell medikamenter var nettopp UVI. Ansvarlige sykepleiere startet å arbeide systematisk med å tilegne seg evidens basert kunnskap for å forebygge urinveisinfeksjoner. Våren 2012 hadde en gruppe studenter fra Diakonhjemmet (3. studieenhet) et prosjekt om UVI som en del av sin opplæring i organisasjon og ledelse. Dette prosjektet bevisstgjorde de ansatte og forberedte samarbeidsprosjektet som startet opp om høsten med ti studenter fra 1. studieenhet. Studentene fikk ikke en så aktiv rolle i prosjektet som planlagt. Men de deltok på undervisning og litteratursøk og fikk et større teoretisk grunnlag til å forebygge UVI, enn om det ikke hadde vært noe samarbeidsprosjekt. De ble også minnet om betydningen av renslighet under stell og håndhygiene som viktige metoder for å redusere infeksjoner. Det planlagte kurset for fire av sykepleierne i bruk av kunnskapsbasert tilnærming ble ikke gjennomført og dette førte til at mye av arbeidet hvilte på få personer. Vi har bare presentert Iplos data fra 2013 og må bare anta at sykehjemspopulasjonen ikke var så mye annerledes i 2011. Det kan være en tilfeldighet at andel UVI ble redusert, men det er meningsfylt å tro at kunnskapsansatsning og bevisstgjøring har gitt effekt. I tillegg kom erfaringer med litteratursøk og lesing av forskning, samt utfordringer for de sykepleierne som skulle føre samarbeidsprosjektet i pennen.

Konklusjoner og anbefalinger

Sykehjemmet har i denne perioden redusert forekomst av UVI fra 29% til 15%. Sykehjemmet har fått en høyere årvåkenhet for forebyggende arbeid. Det bør tilstrebes at praksislærer og prosjektansvarlig fra skolen er den samme, evt. finne alternative metoder til å ivareta samarbeidsintensjonen. Studentene fikk forespeilet fra «skolen» at deltakelse var frivillig, dette reduserte engasjementet. Til tross for gode intensjoner, ble det noen få personer som drev prosjektet fremover. Arbeidet med litteratursøk og gjennomlesing av artikler har gitt bedre innsikt. Arbeidet med denne rapporten har gitt erfaring med å systematisere data og integrere fag- og forskningslitteratur.

I den kliniske hverdag blir det vanskelig å prioritere oppdatering av ny forskning. Ved å delta på et samarbeidsprosjekt kan høgskolen og praksis bygge på hverandres erfaringer. Studentene står sentralt. Gjennom dette prosjektet har praksisstedet blitt bedre egnet til å veilede om UVI. En aktiv fordypning i tema har skapt engasjement og en trygghet på hva som er rett å gjøre. Høgskolen på sin side har kommet nærmere de utfordringene sykepleierne i praksis møter og kan derfor forberede studentene bedre på hvordan læresituasjoner kan utnyttes

REFERANSER

Bergman, J., Schjøtt, J., Blix, H. (2011). Prevention of urinary tract infections in nursing homes: Lack of evidence-based prescription? *BMC Geriatr.* 2011 Nov 1;11:69. doi: 10.1186/1471-2318-11-69.

Bøyum, Å. (2011). *Akutt forvirring hos eldre pasienter innlagt med lårhalsbrudd*. Masteroppgave i Klinisk sykepleievitenskap Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning, Oslo

Bjøro, K., Kirkevold, M. (2011). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal, s.345-385.

Bjørk, I. T., Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. En ressursbok. Oslo: Akribes.

Christiansen, B., Heggen, K., Karseth, B. (2004). *Klinikk og akademika. Reformen, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christiansen, B., Abrahamsen, B., Karseth, B., Jensen, K. (2005). *Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie og omsorgssektoren*. Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt.

Diakonhjemmet høgskole Fag- og studieplan for bachelor i sykepleie 2012. www.diakonhjemmet.no/DHS/content/view/full/341

Flaten B. Demens og eliminering. <http://ndla.no/nb/node/82846> (lest juni 2013).

Flaten B. Lårhalsbrudd. Sykepleie i forbindelse med eliminering. <http://ndla.no/nb/node/55029> (lest juni 2013).

Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. (2008) <http://www.lovdatab.no/for/sf/kd/td-20080125-0128-0.html#3>

Helsedirektoratet (03.11.08). Tema IPLOS. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/iplos> (lest 27.06.13).

Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* LOV 1999-07-02 nr.64

Sist endret 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no>

Hofseth C. & Norvoll R. (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: SINTEF Unimed

Hole, G. O. & Nordheim, L. V. (2007). Tema: Evidensbasert praksis på 1-2-3. *Tidsskriftet Sykepleien*. 95(1): 52.

IPLOS- individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Helsedirektoratet, 2012. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx>

Jamtvedt G, Hagen K B, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter. Oslo, Gyldendal, 2003 kap. 1-10.

KS Effektiviseringsnettverkene (2013). *Faglig veileder PLO – bokmål*. http://www.bedrekommune.no/veiledning/Faglig-veileder-PLO_bokmal.pdf

Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleierutdanningen. http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Leirvik, Å. (2007). *Fagutvikling på et sykehjem – et aksjonsforskningsprosjekt*. Masteroppgave i Yrkespedagogikk, Høgskolen i Akershus, Avdeling for yrkeslærerutdanning.

Lov om universiteter og høyskoler (av 1995, endringer 2005) Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no>

Matthews, S. J. & Lancaster, J.W. (2011). Urinary tract infections in the elderly population. *Am J Geriatr Pharmacother*, 9(5), 286-309.

Norsk Geriatrisk Forening (2008). Den norske legeforening: Kvalitetsutvalget. <http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=uvi%20geriatrisk%20forening&source=web&cd=6&ved=0CE0QFjAF&url=http%3A%2F%2Flegeforeningen.no%2FFagmed%2FNorsk-geriatrisk-forening%2FGeriatrisk-test--og-undervisningsmaterieell%2Foffisielle-metodebok-kapitler-fra-norsk-geriatrisk-forening%2Furinveisinfeksjon%2F&ei=WzoeUuqwFuvT4QTemYCADQ&usq=AFQjCNHVu4NQ-2AsS2EPj-VqF9g0oQHj3g>

Norsk Sykepleierforbund. *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. 2008 Oslo: Norsk Sykepleierforbund. <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf> lest juni 2013.

- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Omli, R., Skotnes, L. H., Mykletun, A., Bakke, A. M. & Kuhry, E. (2008) Residual urine as a risk factor for lower urinary tract infection: A 1-year follow-up study in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, (2008)56(5), 871-874.
- Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J. C., Nikolaus, T., Topinkova, E., Tosato, M., Liperoti, R., Landi, F. & Bernabei, R. Assessment of nursing home residents in Europe: The services and health for elderly in long term care (shelter) study. *BMC Health Serv Res*12, 5.
- PICO-skjema til prosedyre. Metodebeskrivelse for litteratursøk ved utarbeidelse av kliniske fagprosedyrer. Helsebiblioteket; 2011.
<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/metode-for-%C3%A5-lage-prosedyrer/litteraturs%C3%B8k>
- Utdannings – og forskningsdepartementet.(2004). Rammeplan for sykepleierutdanning.
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan_sykepleierpl._lest_23.juni
- Sørbye, L.W. (2013). Eldre med kreft i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie* 5(2):8-16.
- Willman, A. (2001). Evidensbasert sykepleie. I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie praksis og utvikling*. 3. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS



HVA ER DET?

HVA KAN VI
BRUKE DET TIL?

HVORDAN KAN
DEN HJELPE
OSS?

ALLE ANSATTE INVITERES TIL UNDERVISNING
i de viktigste begrepene i KBP

Møterom i 1. etg.

Tirsdag 18. september

Torsdag 20. september

Kl. 11.30 – 12.15 og kl. 12.20-13.05

Kl. 11.30 – 12.15 og kl.12.20 – 13.05

ER DU OPPTATT
AV GOD OG
SIKRET KVALITET?

DET BLIR SERVERT KAFFE OG NOE GODT Å BITE I !

LIKER DU Å VÆRE
FAGLIG
OPPDATERT?

DELTAKERNE FÅR UNDERVISNINGSBEVIS

OG KURSMATERIELL

LIKER DU
UTFORDRINGER?

Velkommen! *Camilla og Elzbieta*

KURSBEVIS



.....

Har deltatt på UNDERVISNING i de viktigste begrepene

i **KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS**
for Stabekktunets ansatte

arrangert i forbindelse med samarbeidsprosjekt

mellom
Diakonhjemmet Høyskole og Bærum kommune

Dato:

.....

prosjektansvarlig

ALLE ANSATTE INVITERES TIL
UNDERVISNING

Forebygging av urinveisinfeksjon

v/ Else Vengnes Grue
lektor ved Diakonhjemmet Høyskole

ONSDAG 26. SEPTEMBER 2012
KL 12.00 – 13.00

Møterom 1 i 1. etg.
Stabekktunet Bo- og behandlingssenter



Velkommen!

Irene, Ausra, Camilla Og Elzbieta

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI) hos utvalgte grupper skroplige eldre

Et samarbeidsprosjekt hvor sykepleiere, studenter og lærere stimuleres til kritisk granskning av praksis, gjennom å arbeide etter prinsippene for *kunnskapsbasert praksis* (KPB).

- Prosjektansvarlig: prof. Liv Wergeland Sæbye
- Prosjektmedarbeider: Else Vengnes Grue
- Prosjektleder: avd. spl. Elzbieta Piwonska-Jaskula
- Prosjektmedarbeider: avd. spl. Camilla Anthonisen

• Høsten 2012, 10 studenter i praktiske studier 1, semester (Studenter fra Diakonhjemmet i 3. studieenhet hadde hatt et UIV-prosjekt våren 2011 – et godt grunnlag var lagt.)

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Hovedmål: å redusere andel pasienter med UVI fra 29% i 2011 til 15% 2013.

Delmålene var videre konkretisert i tre hovedområder, knyttet til å utvikle:

- sykepleietjenesten på sykehjem sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet
- samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved sykehjemmet og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie
- sykepleierstudentenes praksisstudier, studentene får rollemodeller som aktivt og kritisk gransker i egen virksomhet
- studentene får mulighet til og erfaring med å delta i et pågående utviklingsarbeid på praksisplassen, der teori og praksis knyttes sammen.

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Metode

Prosjektet har en aksjonsforskningsorientert tilnærming kombinert med kvantitative data.

- Gjennom samhandling mellom praksisfeltet og sykepleieutdanningen, skal prosjektet vise hvordan etablering av og arbeid gjennom et sykepleienettverk, kan bidra til implementering og utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis i sykehjem innenfor området – urinveisinfeksjoner.
- Pasientens funksjonsstatus analysert av iplodata og medisinske opplysninger om forekomst av UVI

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Winnaker	Tidspunkt
Sakred, prosjektbasert og budgett av årsnett	15.3.2012
Et ut. avdel. prosjekt eller utvalgte møter i samarbeid med praksisfeltet og aktuelle skolelektorer utøver for praksis faget en detaljert ferdighetsplan. Ansvarene prosjektledere og to av felleis forvaltere av prosjektets økonomiske og tekniske forberedelse. Et ut. avdel. og juridiske anliggende utøver. Oppsett med oppsett av ferdighetsplaner.	15.4.2012
Oppsett av prosjekt, med base av møter for prosjekt ansvarene og nettkollegier i praksis.	1.09.2012
Statistisk rapportering, samt budgjettsverdi over utvalgte møter til samarbeidspartnere som er ut. avdel. november 2012	1.11.2012
«Otte» oppsett av utvalgte møter i samarbeidspartnere som er ut. avdel. november 2012	1.05.2013
Oppsett av utvalgte møter i samarbeidspartnere som er ut. avdel. november 2012	1.05.2013
Rapportering, utvikling av prosjekt, samarbeid	23.06.2013
Utvalgt W-metode for rapportering av utvalgte	15.08.2013

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI) hos utvalgte grupper skroplige eldre

Et samarbeidsprosjekt hvor sykepleiere, studenter og lærere stimuleres til kritisk granskning av praksis, gjennom å arbeide etter prinsippene for *kunnskapsbasert praksis* (KPB).

- Prosjektansvarlig: prof. Liv Wergeland Sæbye
- Prosjektmedarbeider: Else Vengnes Grue
- Prosjektleder: avd. spl. Elzbieta Piwonska-Jaskula
- Prosjektmedarbeider: avd. spl. Camilla Anthonisen

• Høsten 2012, 10 studenter i praktiske studier 1, semester (Studenter fra Diakonhjemmet i 3. studieenhet hadde hatt et UVF-prosjekt våren 2011 – et godt grunnlag var lagt.)

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Hovedmål: å redusere andel pasienter med UVI fra 29% i 2011 til 15% 2013.

Delmålene var videre konkretisert i tre hovedområder, knyttet til å utvikle:

- sykepleietjenesten på sykehjem sin kompetanse i å kritisk granske egen virksomhet
- samarbeid og kunnskapsutveksling mellom sykepleierne ved sykehjemmet og med lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie
- sykepleierstudentenes praksisstudier, studentene får rollemodeller som aktivt og kritisk gransker i egen virksomhet
- studentene får mulighet til og erfaring med å delta i et pågående utviklingsarbeid på praksisplassen, der teori og praksis knyttes sammen.

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Metode

Prosjektet har en aksjonsforskningsorientert tilnærming kombinert med kvantitative data.

- Gjennom samhandling mellom praksisfeltet og sykepleieutdanningen, skal prosjektet vise hvordan etablering av og arbeid gjennom et sykepleienettverk, kan bidra til implementering og utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis i sykehjem innenfor området – urinveisinfeksjoner.
- Pasientens funksjonsstatus analysert av iploddata og medisinske opplysninger om forekomst av UVI

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Winnaker	Tidspunkt
Sakred, prosjektbasert og budgett av årsnett	15.3.2012
Et av de første prosjektet eller utvalgte møter i samarbeid med praksisfeltet og aktuelle skolelektorer utøver for praksis faget en detaljert forberedelse. Ansatte/prosjektledere og to av lærerne forberede av prosjektets bakgrunn og tekniske forberedelse. Et av de første og juridiske anleggerte utøver. Oppsett med oppsett av bakgrunnsinformasjon.	15.3.2012
Oppsett av prosjektet, med base av møter for prosjektet ansette og nettkollegier i praksis.	1.09.2012
Statistisk rapportering, samt budsjett/verdi over utvalgte møter til samarbeidspartnere som er utvalgte møter 2012.	1.11.2012
«Gjennomføring» av prosjektet, organisering og oppfølging.	1.05.2013
Rapportering, utvikling av prosjektet, evaluering.	23.06.2013
Utvalgt 8 møter for rapportering av utøver.	15.08.2013

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Prosess

- Ved oppstart av studentenes praksis ble det holdt interopplæring om UVI (med quiz) (Vegnes Grue)
- Gjennom samhandling mellom praksisfeltet og sykepleieutdanningen, skal prosjektet vise hvordan etablering av og arbeid gjennom et sykepleiernettverk, kan bidra til implementering og utvikling av en mer kunnskapsbasert praksis i sykehjem innenfor området – urinveisinfeksjoner.
- Pasientens funksjonsstatus analysert av iplosdata og medisinske opplysninger om forekomst av UVI

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Søk og innhenting av evidensbasert kunnskap

- Ansatte og studenter hadde en dag (4 timer) med undervisning på Diakonhjemmets kunnskaps og mestringssenter med litteratursøk ved hjelp av PICO metoden
- Det ble gjennomført ni fagringmøter hvor ansatte arbeidet med forskningsartikler relatert til UIV

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Tabell 1. Bakgrunnsdata 2013: N=86

	Kvinner N=53	Menn N=33	Totalt N=86
Alder (år,min/max, Sd)	86,3 (58-98) Sd 6,8	87,1 (66-101) Sd 7,1	86,6 (58-101) Sd 6,9
Andel med UIV	13%	18%	15%*
Urininkontinens	59%	64%	61%
KMI= 20.5	36%	24%	31%

* I 2012 var andel med UIV 13%

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Tabell 2. IPLOS- funksjonsdata: N=86. Angitt i prosent.

Iplos-variabler	Verdi:4-5	
Personlig hygiene	79	
Få og avkleddning	64	4 = Store behov for bistand/assistanse,
Toalett	54	5 = Fullt bistands- /assistansebehov.
Spise	27	
Bevege seg innendørs	48	
Ivareta egen helse	85	
Hukommelse	67	
Kommunikasjon	30	
Beslutninger i dagliglivet	69	
Styrer egen atferd	37	

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Hva karakteriserte pasienter med UIV

- Ingen I-plosvariabler eller ernæringsstatus ga statistisk signifikante utslag relatert til UVI som uavhengig variabler.
- At en større andel menn hadde UVI, kan skyldes prostatahyperplasi
- Kjønn eller alder 90+ vs <90 år ga ingen signifikant sammenheng verken med inkontinens eller infeksjoner

Diakonhjemmet Høgskole BÆRUM KOMMUNE

Samarbeid i praksis

- Studentene fikk forespeilet fra «skolen» at deltakelse var frivillig, dette reduserte engasjementet
- Til tross for gode intensjoner, ble det noen få personer som drev prosjektet fremover
- Arbeidet med litteratursøk og gjennomlesing av artikler har gitt bedre innsikt
- Bred kunnskap om temaet er dokumentert i utkast til sluttrapport

Diakonhjemmet Høgskole

Konklusjon

- Sykehjemmet har i denne perioden redusert forekomst av UVI fra 29% til 15%.
- Sykehjemmet har fått en høyere årvåkenhet for forebyggende arbeid.
- Det bør tilstrebes at praksislærer og prosjektansvarlig fra skolen er den samme, evt. finne alternative metoder til å ivareta samarbeidsintensjonen.

Elzbieta Piwonska-Jaskula og Camilla Anthonisen er avdelingssykepleiere på Stabekktunet bo og behandlingssenter, Bærum Kommune

Liv Wergeland Sørbye er professor ved Diakonhjemmet Høgskole

Prosjektet er støttet av Helse Sør-Øst sine samarbeidsmidler.



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

Denne rapporten er utgitt av
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184, Vinderen
N-0319 Oslo
<http://www.diakonhjemmet.no>

Rapport: 2013/6
ISBN: 978-82-8048-132-0

Elektronisk distribusjon:
Diakonhjemmet Høgskole

Omslag
Aud Gloppen, Blæst Design

Opphavsrettigheter
Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2200 studenter og i underkant av 200 ansatte, fordelt på avdeling Oslo og Rogaland

Diakonhjemmet Høgskole skal utruste til tjeneste i samfunn og kirke, nasjonalt og internasjonalt gjennom utdanning og forskning. Høgskolens faglige fokus er diakoni, helse- og sosialfag.

Formidling er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Denne rapportserien skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen bidra til at FoU-resultater blir omsatt i praksis.