

# Forskning

01|16



Sykehuset og hjemmesykepleien  
snakker ikke godt sammen

14

Samhandlingsreformen krever god kommunikasjon mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten. I dette nummeret av **Sykepleien Forskning** presenterer vi en artikkel av Tønnesen med kollegaer som beskriver utfordringer ved samhandling med spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter. Hjemmesykepleierne beskriver at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt, men at samhandlingen om andre pasienter er preget av ulike perspektiver på hva som skal vektlegges. Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at de har begrenset makt og innflytelse samt at informasjonsflyten er begrenset.



Foto: Erik M. Sundt

**REDAKSJON:**



**Siri Ytrehus**  
Medredaktør  
[siri.ytrehus@diakonhjemmet.no](mailto:siri.ytrehus@diakonhjemmet.no)



**Birgitte Graverholt**  
Medredaktør  
[birgitte.graverholt@hib.no](mailto:birgitte.graverholt@hib.no)



**Kristin Haraldstad**  
Medredaktør  
[kristin.haraldstad@uia.no](mailto:kristin.haraldstad@uia.no)



**Kari Hanne Gjeilo**  
Medredaktør  
[kari.hanne.gjeilo@stolav.no](mailto:kari.hanne.gjeilo@stolav.no)



**Marit Leegaard**  
Redaktør  
[marit.leegaard@sykepleien.no](mailto:marit.leegaard@sykepleien.no)



**Susanne Dietrichson**  
Deskjournalist  
[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)

**Sykepleien Forskning** skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høyskoler og for studenter. Artikkene er fagfellevurderte. Sykepleien Forskning kommer ut sammen med Sykepleien og utøver uavhengig og kritisk forskningsformidling.

**Sykepleien Forskning**  
Bilag til Sykepleien  
Tollbugt 22, 5. etg.  
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
Tlf. 22 04 32 00  
Faks: 22 04 33 75  
[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

**Ansvarlig redaktør:**  
**Barth Tholens**  
[barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)

**Redaksjonskomité:**  
**Kristin Halvorsen:** Førsteamanuensis, HiOA  
**Ellen Karine Grov:** Professor, HiOA  
**Per Nortvedt:** Professor, UiO  
**Monica Nortvedt:** Dekan ved Avdeling for helse- og sosialfag, HiB og professor II, Helse Bergen  
**Inger Schou:** Førsteamanuensis II, UiO og forsker ved OUS  
**Lars Mathisen:** Rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole

**Markedssjef:** **Ingunn Roald**  
[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)

**Statistiker:** **Guri Feten**  
[guri.feten@bfk.no](mailto:guri.feten@bfk.no)

**Grafisk produksjon:** **Sykepleien**  
**Repro og trykk:** **Color Print A/S**  
**Utgivelsesplan 2016:**  
**16/6**

**Abonnementspris: Kr. 150,- for to utgaver**  
**ISSN 1890-2936**

# Vi trenger forskning med innovasjonskraft

Innovasjon er blitt et nytt mantra for helsepolitikere og Norges forskningsråd, og for andre som har beslutningsmyndighet i forskning og utvikling i helse- og omsorgssektoren. Hvis du søker om forskningsmidler vil det alltid være en fordel å nevne innovasjon i søknaden.

Ifølge Wikipedia betyr innovasjon å skape noe nytt som samtidig bidrar til en bedre løsning, og det norske ordet nyvinning beskriver kanskje best hva som menes med innovasjon. Forskning skal ved hjelp av grundig og systematisk vitenskapelig metode finne ny viten og øke kunnskapen om de emnene vi forsker på. Derfor vil forskning ofte være en viktig del av det kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for innovasjoner i helsesektoren.

For sterk vektlegging av forskningsbasert kunnskap kan bidra til at nyvinninger eller smarte løsninger i praksis ikke blir nok verdsatt. Moderne organisasjoner som helse- og omsorgssektoren trenger personer som har evnen til å skape noe nytt, men også et arbeidsfellesskap med ledere som verdsetter nye metoder og løsninger.

Sykepleiekongressen 2016 har tittelen «Innovasjonskraft, ny tid – nye roller». Samhandlingsrefor-

men er et eksempel på hvordan politikk har påført sykepleierne nye roller med mer ansvar og krav til nye løsninger. Derfor trenger vi sykepleiere som forsker på ideer som kan bidra til endringer eller innovasjon i hjemmesykepleien.

Et annet eksempel fra sykepleiepraksis kan være hvordan vi kan implementere nye kunnskapsbaserte rutiner. I dette nummeret av Sykepleien Forskning presenterer vi en artikkel av Mentzoni og Bredal som beskriver en studie på stell og bruk av sentralt venekatter ved seks ulike intensivavdelinger. Hvis forskningen til Mentzoni og Bredal resulterer i ny og forbedret praksis, gjerne med et innslag av bedre økonomistyring, så har vi forskning med innovasjonskraft.



**Redaktør Marit Leegaard**

[marit.leegaard@sykepleien.no](mailto:marit.leegaard@sykepleien.no)

PhD fra Institutt for sykepleie, Universitetet i Oslo. Ansatt som førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

**Jørgen G. Bramness**

Leder Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF), UiO. I 2015 ga han ut boken Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning.

# Kan vi stole på forskningen?

› Mye forskning er ikke gyldig og refereres unøyaktig og ukritisk i media.

Det går ikke en dag uten at det skrives om forskning i avisen. Ofte får vi høre om uventede ting, sensasjonelle funn og overraskende resultater. Mange driver med forskning og forskningsnyheter selger. Og mange liker å pynte sine standpunkter med «forskning viser». Om en politiker kan slå hånda i bordet med vitenskapen i ryggen oppleves det som bedre argumentasjon. Som klinikere liker vi også å lene oss til evidens og p-verdier. Hva er så problemet?

## **SIGNIFIKANTE FORSKJELLER**

Når vi forsker er vi opptatt av om det vi finner er statistisk signifikant. Vi gjør statistiske tester. Slike tester er jo ikke noe bevis, men snarere sannsynlighetsberegning. Hvor sannsynlig er det at de to verdiene er like, spør vi oss. Og så sier vi at om det er mindre enn 5 prosent sannsynlighet for at de er like, så sier vi at de er forskjellige. Statistisk signifikant forskjellige.

Og hva skjer da om vi gjør 20 ulike prosjekter eller undersøker en ting 20 ganger? Jo, da vil det med stor sannsynlighet dukke opp en statistisk signifikant forskjell av ren tilfeldighet. Matematikken gjør det sånn.

## **TILFELDIG**

To ting gjør dette viktig. For det første er det slik at det gjøres en masse forskning i verden. Ikke bare 20 prosjekter, men hundretusenvis av prosjekter. Ja, hvert år regner man med at det blir publisert over 1,5 millioner vitenskapelige artikler. Og tallet er dramatisk økende med det økende tilfanget av nye «open access»-tidsskrifter, men det skal jeg ikke snakke om her. Poenget er at det publiseres veldig mye forskning. Og noe vil være tilfeldige positive resultater av ren – ja – tilfeldighet. For det andre. Det er veldig vanskelig å få publisert en artikkel med negative resultater. Av forståelige grunner. Når man har et negativt resultat, det

vil si ingen forskjell mellom grupper, så kan det skyldes så mange ting. Det kan skyldes at du ikke har designet studien godt nok, at det ikke er noen forskjell, eller en masse andre grunner. Og (tror jeg) fordi et negativt resultat er kjedelig, blir det ofte vanskelig å få det på trykk. Et positivt resultat er annerledes. Det er lettere å tro på et positivt resultat.

## **REPRODUSERBARHET**

Av dette kan dere forstå at selv når forskere bruke den beste metoden og gjør all statistikken riktig, så vil man av og til finne ting ved ren tilfeldighet. Ting som ikke er generelle, men som bare dukker opp som sanne den ene gangen. Og siden det er så mye forskning, og det er både lettere å morsommere å publisere et funn, får vi et problem. Det er her problemet med vitenskapelig reproduserbarhet kommer inn.

Reproduserbarhet er kjempeviktig innen forskning. Kan ikke et resultat reproduseres, er det



Foto: UJO

” Det er veldig vanskelig å få publisert en artikkel med negative resultater.

stor sjanse for at det man har funnet i én undersøkelse, til tross for at metoden er god, bare skyldes en tilfeldighet. Reproduserbarhet er kanskje forskningens viktigste beskyttelse mot feil. Vi kan ikke stole på resultatet om det ikke lar seg reproducere. Da er det alarmerende at kanskje så mye som 50 prosent av all forskning som publiseres i dag, ikke lar seg reproducere. 50 prosent er et veldig høyt tall. Et bekymringsfullt høyt tall som er blitt omtalt som den «moderne forsknings skitne hemmelighet». Noen har faktisk gått så langt som å si at mesteparten av det som i dag produseres innen biomedisinsk forskning er støy. Det vil si ubrukelig forskning som i lengden ikke kommer til å stå seg.

#### GODT STOFF

Men det blir verre enn det. For media er veldig interessert i å publisere forskning. Og det legges stadig større vekt på slik publisering. Både de som finan-

sierer forskning, de som måler forskning, tidsskriftene og forskerne selv synes det er veldig viktig å være synlige i media. Og her er journalistene på banen. De synes også det er stas å trykke forskningsnyheter. Her er det med andre ord mange krefter som drar i samme retning.

Og det er lett å få publisert forskningsnyheter. Dette er godt stoff. Det selger. Jeg blir ofte oppringt av reportere som gjerne vil snakke med meg om forskningsfunn.

Men jeg er redd at den fjerde statsmakt her av og til svikter sin rolle. De skal jo ofte være den kritiske røsten. Som stiller spørsmål og som går ting etter i sømmene. Men ofte ser jeg store svikt i utøvelsen av den rollen. Spektakulære og spekulative forskningsnyheter gjengitt uten filter. Høyst tvilsomme og opplagt ikke reproduerbare forskningsfunn blir gjengitt som sannheter. Noen har undersøkt dette og estimert at mellom 60 og 80 prosent av det

som står som forskningsnyheter i avisen ikke lar seg reproducere, men bare er tilfeldige funn.

#### UKRITISK

Hvorfor er det slik? Mange journalister har dårlig tid og dårlig kunnskap. De skal fylle mange spalte-meter eller store sendeflater med lite ressurser. De får ikke satt seg inn i stoffet og har derfor ikke anledning til å stille de kritiske og nødvendige spørsmålene. Noen lar seg også bruke av forskere til å skaffe dem oppmerksomhet, til tross for tvilsomme (og ikke reproduerbare) funn.

I sum gir disse to tingene oss et problem. Mye forskning er ikke gyldig og mye forskning i avisene refereres unøyaktig og ukritisk. Er det rart folk rister på hode av forskere som den ene dagen sier det ene og neste dag motsier seg selv. Nei, la oss spise gulrøtter mens det er sunt! Og kanskje har de rett i sin metaforståelse: vi bør ikke stole på forskerne i ett og alt.



Tips og vinn  
2.500,-

## Brukervennlig stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no er finner du kun stillinger som er relevant for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobilen som hjemme foran PC'en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV, slik at vi kan finne riktig jobb for deg.

### Tips og vinn 2.500,-

Tips din arbeidsgiver om å annonsere sykepleierstillinger på Sykepleienjobb.no Send e-post til [jobb@sykepleien.no](mailto:jobb@sykepleien.no) når du har gjort det, og bli med i trekningen av 3 gavekort a kr 2.500,-. Vi trekker tre vinnere 1. juni 2016. Lykke til!

**Sykepleien jobb.no**

### Marit Helen Andersen

PhD, Seniorforsker og førsteamanuensis ved Klinikk for kirurgi-, inflammasjonsmedisin og transplantasjon, Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

Foto: Karina Andersen



## Pasientnær forskning gir fordeler

> Forskning i klinikken kjennetegnes av høy kvalitet og har relevans for pasientbehandling.

For meg som sykepleier og forsker i klinikken er dette viktige mål og veien for å nå dit har vært lang. Inger Margrethe Holter, tidligere sjefsykepleier ved Rikshospitalet, styrket sykepleiefaglig lederskap og etablerte stillinger for fagutviklings- og forsknings-sykepleiere i klinikkene. Slik ble grunnlaget lagt for at sykepleierne kunne arbeide systematisk med pasientfokusede problemstillinger, kompetanseutvikling og forskning.

Vi forsker på problemstillinger som oppstår i direkte pasientarbeid. Det kan være faglige spørsmål eller temaer som har vært diskutert over tid i miljøet og som vi ønsker belyst via forskning, som: «Effekten av skredersydd undervisningsprogram til nyretransplanterte». Det kan også være å kartlegge pasienterfaringer når nye behandlingsmetoder innføres, som: «Pasienterfaringer etter

laparoskopisk leverreseksjon hos pasienter med kolorektale levermetastaser». De siste årene har vi i tillegg studert implementeringsprosesser for å overvåke overføring av ny kunnskap tilbake til praksis.

Forskerne rekrutteres fra miljøet, i samråd med ledelsen. Kandidatene er sykepleiere med høy klinisk kompetanse og evne til analytisk tenkning. For å sikre gode forskningsprosesser i en hektisk klinisk hverdag, er det en forutsetning at sykepleierne har legitimitet i miljøet.

Vår modell med pasientnær forskning gir viktige fortrinn ved at kunnskapsutvikling skjer i sykepleierens fagmiljø. Modellen styrker tverrfaglig samarbeid, men gir også utfordringer. Først og fremst er det en kamp å få finansiert prosjektene eksternt, erfaringsvis må det søkes både to og tre ganger. Stikkord for suksess er pasientnære forsk-

ningsspørsmål, velbegrunnede forskningsmetoder, og en sterk tverrfaglig forskergruppe. En annen utfordring er å rekruttere og beholde sykepleieforskerne i klinikken. Det tar lang tid å utdanne en sykepleier til forsker. I tillegg ser vi kollegaer som oppgir den kliniske forskerkarrieren til fordel for universitet eller høyskole. De hevder at det blir ensomt i klinikken, eller at de savner et akademisk miljø rundt seg. Viktige tiltak er kombinasjonsstillinger mellom universitet/høyskole og klinikk, og tilbud om mentorordning.

Til slutt vil jeg understreke at det å bygge opp sykepleieforskning i klinikken er en lang prosess med mange utfordringer. Motivasjonen til å stå på er likevel sterk. Ny kunnskap utviklet direkte i praksisfeltet gir en unik mulighet til å implementere forskningsresultatene.

# Probiotika forebygger trolig diaré hos barn

Probiotika forebygger trolig diaré hos barn som går på antibiotika. Det viser en Cochrane-oversikt.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av å gi probiotika til barn som går på antibiotika.

Sammenliknet med å gi placebo (narremedisin), annen behandling eller ingen probiotika viser resultatene at probiotika:

- trolig fører til at færre barn som går på antibiotika får diaré (middels tillit til resultatet)
- muligens korter ned varigheten på diareen hos barn som får diaré mens de går antibiotika (liten tillit til resultatet)
- muligens reduserer avføringshyppigheten hos barn som går på antibiotika (liten tillit til resultatet)

Vi vet ikke nok til å kunne si om det oppstår flere, like mange eller færre bivirkninger. Tilliten til resultatet som gjelder bivirkninger er nemlig svært liten.

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekten. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forfatterne av Cochrane-oversikten oppdaterte en tidligere systematisk oversikt. De søkte systematisk i aktuelle forskningsdatabaser i november 2014, og fant sju nye studier slik at de inkluderte totalt 23 randomiserte kontrollerte studier med til sammen 3938 barn i denne oppdaterte systematiske oversikten. Barna var fra én måned til 18 år gamle. Barna gikk på antibiotika for:

- øvre eller nedre luftveisinfeksjoner eller øreinfeksjoner (fem studier)
- mage-/tarminfeksjoner (fire studier)
- forskjellige typer infeksjoner (ni studier)
- hjernehinnebetennelse eller blodforgiftning (én studie)
- ikke oppgitt (fire studier)

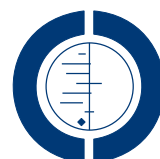
Barna ble rekruttert fra ulike helsesettinger, hovedsakelig fra legekontorer og sykehus. Studiene ble utført i Polen (fire studier), USA (tre studier), Kina (to studier), Iran (to studier), Italia (to studier), Finland, Frankrike, England, Australia, Brasil, Filippinene, Tyrkia, Bulgaria, Thailand, og den Tsjekiske Republikk. Definisjonen på diaré varierte blant de inkluderte studiene.

Lengden på antibiotikakuren varierte fra tre dager til 30 dager. Hos de barna som fikk probiotika, ble dette gitt sammen med antibiotikakuren.

Omtalt av **Marita Fønhus**, Kunnskaps-senteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet

## REFERANSER

Goldenberg JZ, Lytvyn L, Steurich J, Parkin P, Mahant S, Johnston BC. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD004827. DOI: 10.1002/14651858.CD004827.pub4. Les hele oversikten i Cochrane Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004827.pub4/abstract>



THE COCHRANE  
COLLABORATION®





Illustrasjon: Lene Ask

# Statiner forebygger trolig ikke demens

Hos personer med vaskulære risikofaktorer, som høyt blodtrykk og hjertesykdom, vil statiner trolig ikke forebygge demens og har trolig liten eller ingen effekt på kognitiv funksjonsevne. Det viser en Cochrane-oversikt.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av statiner (simvastatin og pravastatin) sammenliknet med placebo (narrepille) hos personer som har kjent vaskulær sykdom eller vaskulære risikofaktorer.

Forfatterne fant at:

- statiner trolig har liten eller ingen innvirkning på hvor mange som får demens hos personer med vaskulære risikofaktorer. Vi har middels tillit til resultatet.
- statiner trolig har liten eller ingen innvirkning på kognitiv funksjonsevne hos personer med vaskulære risikofaktorer. Vi har middels tillit til resultatet.
- det er like mange som slutter med statiner som med placebo på grunn av alvorlige uheldige hendelser («adverse effects») hos personer med vaskulære risikofaktorer. Vi har stor tillit til resultatet.

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

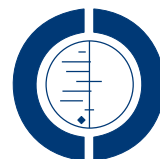
Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i november 2015, og fant to studier med til sammen 26 340 deltakere som de inkluderte i oversikten. Studiene rekrutterte personer som bodde i Storbritannia, Skottland, Irland og Nederland. Personene som deltok var mellom 40 og 82 år, nesten halvparten var over 70 år og alle hadde økt risiko for vaskulær sykdom. Den ene studien med 20 536 personer undersøkte effekten av simvastatin og den andre med 5 804 personer undersøkte effekten av pravastatin. Oppfølgingstiden var fem år i den første og tre år i den andre studien. Bare den ene studien om simvastatin (40 mg) hadde målt identiteten av demens og fant ingen forskjell i forekomst av demens mellom gruppene. Begge studiene målte kognitiv funksjonsevne, men brukte ulike testverktøy. Studien som undersøkte effekten

av pravastatin (40 mg) brukte blant annet Mini Mental State Examination. Det var ingen forskjell i kognitiv funksjonsevne mellom gruppene på tvers av testverktøy, og det var heller ingen forskjell i effekt når man så på deltakerne inndelt i tre ulike aldersgrupper (eldre inntil 65 år, 65 til 69 år eller 70 år og eldre). Studiene var godt utført med lav risiko for at de hadde systematiske skjevheter.

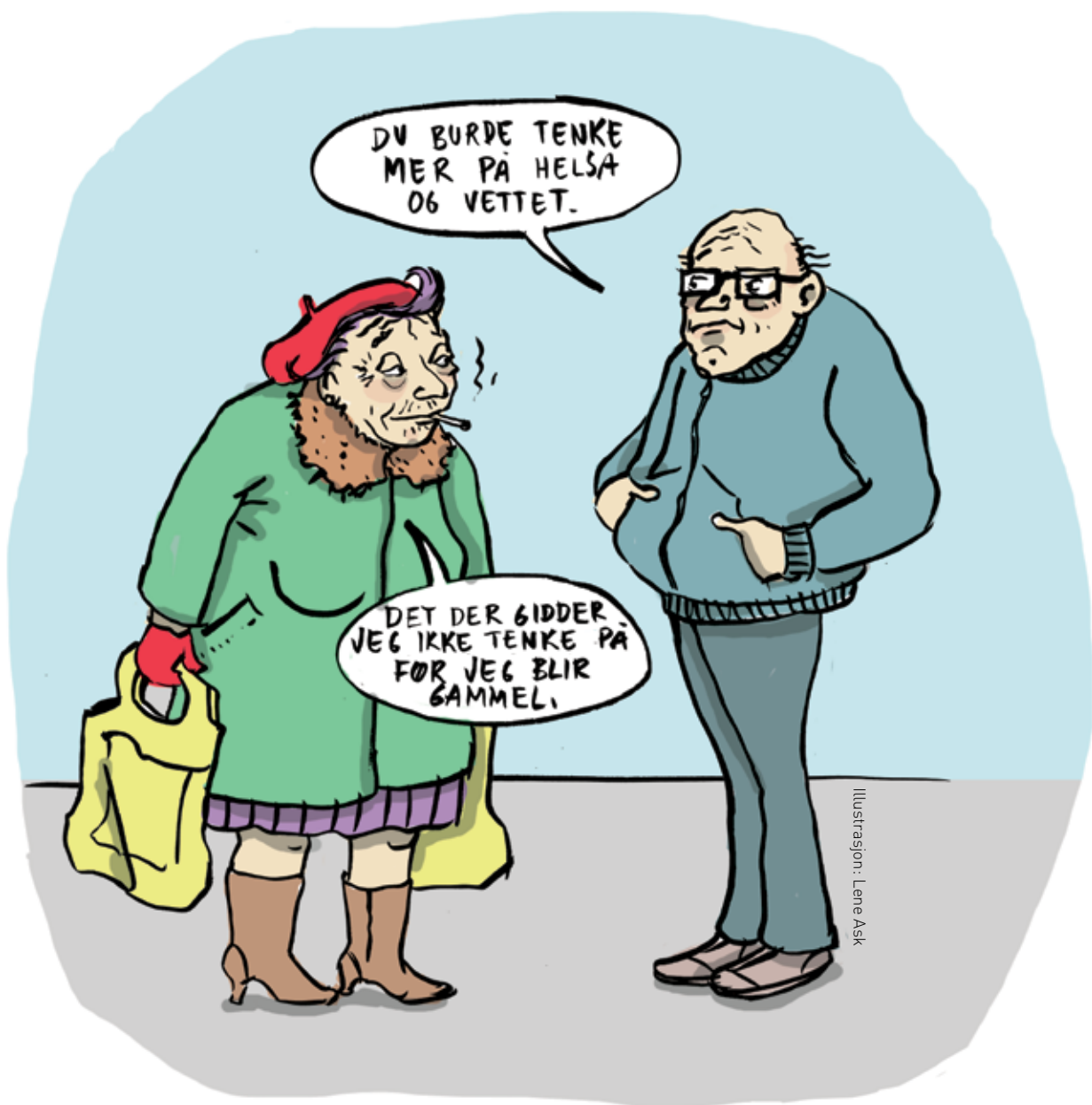
Omtalt av **Therese Kristine Dalsbø** og **Kristin Thuve Dahm**, Kunnskapscentret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet

## REFERANSER

McGuinness B, Craig D, Bullock R, Passmore P. Statins for the prevention of dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.: CD003160. DOI: 10.1002/14651858.CD003160.pub3.  
Les hele oversikten i Cochrane Library: [http://www.cochrane.org/CD003160/DEMENTIA\\_statins-prevention-dementia](http://www.cochrane.org/CD003160/DEMENTIA_statins-prevention-dementia)



THE COCHRANE  
COLLABORATION®



# Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Marit Leegaard**, redaktør i Sykepleien Forskning og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

## Søvn etter aortaklaffimplantasjon

Økende alder fører til at aortastenose har blitt et alvorlig helseproblem. 56 prosent av pasientene med aortastenose er over 70 år, og problemet er størst hos de over 80. Uten kirurgisk behandling har disse pasientene dårlig prognose og redusert livskvalitet. Tradisjonelt blir aortastenose behandlet kirurgisk med innsetting av ny aortaklaff. Økende alder og mer komorbiditet har resultert i implantasjon av ny aortaklaff via kateter som en alternativ behandling. God søvn er viktig for å samle krefter etter sykdom og kirurgi, men eldre pasienter har

ofte problemer med innsovning og vedlikehold av søvn generelt. Etter hjertekirurgi vil dette bli forsterket av postoperative smerter og immobilisering. Målet med studien var derfor å bestemme og sammenlikne innholdet av selvrapporert søvn og søvnløshet, og registrert søvnmønstre hos 80–90 åringer postoperativt etter aortaklaffimplantasjon med kateter eller åpen kirurgi.

Det ble valgt et prospektivt kohort design og pasientene ble rekruttert fra et stort universitetssykehus. 143 pasienter (av totalt 162) ble inkludert i studien, og data ble samlet inn preoperativt (baseline) de første fem postoperative dagene på sykehus. Pasientene fylte ut skjema for å dokumentere søvn og søvnløshet, og aktigrafi (registrerer bevegelse) ble brukt for å registrere søvnmønstre.

Forskerne fant ut at pasienter som hadde vært gjennom implantasjon med kateter hadde mest søvnløshet de første postopera-

tive dagene. Pasienter med åpen hjertekirurgi sov bedre, og fikk søvnforstyrrelser først senere i det postoperative forløpet. Alle pasientene sov mer på dagtid enn om natten, og median total søvn var 6,4 timer i døgnet.

Pasienter mellom 80 og 90 er mer utsatt for søvnforstyrrelser og dette kan gi negative konsekvenser for rehabilitering og antall dager innlagt i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere bør oppmuntre pasientene til å være mer aktive på dagtid og gjøre det enklere å sove om natten med regulering av lys, temperatur og analgetika.

### REFERANSE

Amofah HA, Brostrom A, Fridlund B, Bjorvatn B, Haaverstad R, Hufthammer KO, Norekval TM (2015). Sleep in octogenarians during the postoperative phase after transcatheter or surgical aortic valve replacement. *Eur J Cardiovasc Nurs*. doi: 10.1177/1474515115620992.

### KOMMENTAR

Denne studien viser at nye behandlingsformer kan gi uønskete bivirkninger som dårligere søvn hos de eldste pasientene som ofte sover dårlig fra før. Man kan spørre seg om den alternative behandlingen førte til at pasientene fikk mindre analgetika, og derfor sov dårligere.

## Sakte sykepleie i demensomsorgen

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013), har rundt 70 000 mennesker demens i Norge, hvorav 40 prosent bor på sykehjem. God omsorg for personer med demens blir ofte beskrevet med begrepene personsentrert omsorg og individuell pleie. I demensomsorgen er det ofte sykepleiere som kan avgjøre om mennesker med demens for-

står, håndterer og finner mening i hverdagen. En slik opplevelse av sammenheng ble i sin tid introdusert av Antonovsky (1979), som en måte å skape mening i verden på så man mestrer stressende situasjoner bedre. Forskningslitteraturen innen demensfeltet mangler eksempler på hvilken praksis som er best for å understøtte opplevelse

av sammenheng for personer med demens.

Målet med denne kvalitative studien var derfor å belyse om sykepleierne mener en omsorgsfull tilnærming i form av sakte sykepleie kan bidra til å skape følelsen av sammenheng hos personer med demens. Data ble samlet inn gjennom deltakende observasjon og fokusgruppeintervjuer med 16

> TIPS OSS

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere? Tips kan sendes til [marit.leegaard@sykepleien.no](mailto:marit.leegaard@sykepleien.no)

## Hverdagen etter gastric bypassoperasjon

Fedmekirurgi fremmer vekttap ved å endre fordøyelsessystemets anatomi, og dermed begrense mengden mat som kan spises og fordøyes. Behandlingen er anbefalt når BMI er over 40 eller over 35 med alvorlige tilleggssykdommer. Tidligere studier beskriver positive konsekvenser, men også fysiske, sosiale og emosjonelle utfordringer de første årene etter operasjonen. Derfor trenger vi mer kunnskap om hvordan pasienter har tilpasset seg de kirurgiske endringene og taklet omlegginger av livsstilen på lang sikt.

Målet med denne kvalitative studien var derfor å utforske og beskrive hvordan hverdagen var blitt for ti pasienter (tre menn) fem år etter operasjonen. Alle hadde gjennomgått laparoskopisk gastric bypassoperasjon i 2008 eller 2009. Semistrukturerte intervjuer ble utført etter en intervjuguide med åpne spørsmål rundt deres opplevelser og refleksjoner etter

fedmekirurgi. Lydopptakene ble transkribert ad verbatim og dataanalysen fulgte prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse.

Det overordnede tema – et mangfold av daglige endringer etter fedmekirurgi – belyser kompleksiteten i hva disse pasientene kan forvente i løpet av denne femårsperioden. De radikale endringene påvirket deres daglige liv i form av endrete relasjoner, den nye kroppen og endringer i selvfølelse. Studien viste at pasienter bruker flere år på å finne ut hvordan de skal takle sin nye kropp og hvordan man forholder seg til de fysiske endringene. Hengende hud er problematisk i hverdagen fordi det påvirker alt fra seksuell tiltrekning til dilemmaer med påkledning. Klær blir et redskap som beskytter pasientenes verdighet, skjuler kroppen og andre kroppslige endringer som kan oppleves som pinlige. Studien viste også at de fleste av pasientene var fornøyde med livet fem år

etter operasjonen og flere beskrev økt selvfølelse.

Resultatene av denne studien kan brukes som et grunnlag for å gi pasienter, pårørende og helsepersonell bedre informasjon om livet etter fedmekirurgi. Det anbefales at fremtidige studier spesielt tar for seg de mest problematiske sidene ved å gå gjennom slik kirurgi.

**REFERANSE**

Lier HO, Aastrom S & Rortveit K (2015). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study. *J Clin Nurs*. doi: 10.1111/jocn.13049.

Denne studien viser at slankeoperasjoner gir pasientene store fysiske, psykiske og sosiale utfordringer i hverdagen i lang tid etterpå. Det er viktig at personer med fedme-problematikk får god informasjon om slike ulemper før de bestemmer seg for et slikt inngrep.

KOMMENTAR

sykepleiere fra to norske sykehjem. Det ble valgt en fenomenologisk-hermeneutisk analyse for å finne kjerneelementene av sakte sykepleie.

Sakte sykepleie ble beskrevet som: å være til stede i øyeblikket, å gjøre én ting om gangen og å skape glede og tilfredshet. Disse kjerneelementene bidro til å skape følelsen av sammenheng hos personer

med demens. Sakte sykepleie kan beskrives som en måte å levere god sykepleie og en arbeidsmetode som kan understøtte følelsen av sammenheng i demensomsorgen.

**REFERANSE**

Lillekroken D, Hauge S, Slettebo A. The meaning of slow nursing in dementia care. *Dementia* (London, England). 2015.

En praksis basert på sakte sykepleie kan hjelpe oss til å gi omsorg med en kvalitet som kan forbedre livet til personer med demens. Studien kan inspirere sykepleiere som jobber med en krevende pasientgruppe til å finne mening og sammenheng i omsorgen de gir pasienter med demens.

KOMMENTAR



> HJEMMESYKEPLEIEN:

«VI MÅ BARE TA  
IMOT PASIENTEN.»



Illustrasjonsfoto:  
Erik M. Sundt



Laktulose Oral  
667 mg/ml



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Samhandling mellom aktører i spesialist- og kommunehelsetjenesten om pasienter som skrives ut fra sykehus har vært en utfordring. Ett av målene med tiltakene i samhandlingsreformen er at denne samhandlingen skal bedres.

**Hensikt:** I denne studien har vi sett på samhandlingen mellom aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Hensikten var å få kunnskap om hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at samhandlingen fungerer når pasienter skrives ut fra sykehus, to og et halvt år etter innføringen av samhandlingsreformen.

**Metode:** En kvalitativ studie med individuelle dybdeintervju av sju sykepleiere i hjemmesykepleien ble gjennomført sommeren 2014. Data-materiale ble analysert og fortolket etter fenomenologisk-hermeneutisk metode.

**Resultat:** Sykepleierne beskriver at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt. Samhandlingen om andre pasienter er imidlertid utfordrende. Samhandlingen er preget av ulike perspektiver på hva som skal tillegges vekt. Sykepleierne i hjemmesykepleien opplever også å ha begrenset makt og innfly-

telse samt at informasjonsflyten er begrenset.

**Konklusjon:** Samhandlingen mellom helsepersonell på sykehus og hjemmesykepleie om pasienter som skrives ut fra sykehus fungerer ikke etter hensikten. Dette ser ut til å ha sammenheng med skjev maktfordeling mellom aktørene og at det ikke er etablert en felles forståelse av hva de skal samhandle om, og hvordan. Bedring krever organisatoriske endringer slik at maktrelasjonen mellom aktørene balanseres. I tillegg må aktørene utvikle kunnskap, vilje og evne til å samarbeide på tvers av organisatoriske enheter.

## ENGLISH SUMMARY

### Interaction with the specialist - seen from the home nurse's perspective

**Background:** The cooperation between healthcare personnel regarding the discharge of hospital patients and their transfer to the local communities for further care has been a challenging task for the Norwegian health sector. To address this issue, the government introduced a Coordination Reform, accompanied with incentives to promote better cooperation.

**Objective:** The aim of the article is to promote an understanding of how interactions between hospital healthcare personnel and home healthcare nurses function, 2 1/2

years after the implementation of the Coordination Reform.

**Method:** The study has a qualitative design. We conducted in-depth interviews with seven home healthcare nurses from two different municipalities. The phenomenological-hermeneutic approach constitutes the basis for data analysis and interpretation.

**Results:** The cooperation seems to function well for nurses working with cancer patients, but appears challenging to nurses working with other patient groups. Different perspectives on what to prioritise, characterise the cooperation. The home healthcare nurses perceive that they have limited power and influence. The

nurses also experience limited flow of information.

**Conclusion:** The failure of hospital health workers and home care nurses to cooperate when hospital patients are due for discharge, are results of power imbalance and lack of common understanding of the situation. There is the need for organisational changes to balance the power relations. Actors need to develop knowledge, the will and the ability to cooperate across the units of the organisations.

**Keywords:** home care nursing, qualitative research, distribution of power, specialist healthcare services



# » Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten

Forfattere: Siri Tønnessen, Bente Lilljan Lind Kassah og Wivi-Ann Tingvoll

## NØKKELORD

- Hjemmesykepleie
- Kvalitativ studie
- Makt
- Samhandling
- Spesialisthelsetjeneste

## INTRODUKSJON

Ifølge Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen (heretter kalt reformen) er bedre samhandling et av helse- og omsorgstjenestens viktigste utviklingsområder. Samhandling fremheves som sentralt for å sikre målet om en sammenhengende og helhetlig tjeneste til pasientene (1). I reformen beskrives samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten som særlig utfordrende. Studier viser blant annet at oppfølgingen av pasienter i overgangen fra sykehus til hjemmesykepleie har vist seg å være spesielt vanskelig (2–9). For å bidra til et mer helhetlig pasientforløp har man i mange kommuner innført ulike former av bestiller–utførermodellen (BUM). Studier viser imidlertid at samarbeidet mellom helsepersonell er usystematisk og mangelfullt når det gjelder vurderingen av pasienters funk-

sjonsnivå og hjelpebehov, samt at dokumentasjonen som følger med pasientene ikke er tilfredsstillende (3–8). Reformtiltakene innført i januar 2012 har derfor som mål at samhandlingen mellom aktørene skal bli bedre. I denne artikkelen presenterer vi en studie av hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplever *samhandlingen* med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten to og et halvt år etter innføringen av reformen. Vi belyser samhandlingen mellom aktørene ved å fokusere på utfordringer som oppstår når pasienter skrives ut fra sykehus og overføres til hjemmesykepleien. Hensikten med artikkelen er å utvikle kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår i samhandlingen, og hvordan utfordringene håndteres.

## BAKGRUNN

Samhandling er «helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (1 s. 13). Ifølge Orvik (10) er samhandling forpliktende og inneholder et juridisk og etisk imperativ om at aktørene skal *handle sammen i konkrete situasjoner* slik at pasienter og pårø-

rende opplever sammenheng i tjenester og tiltak. Samhandling fordrer derfor gjensidig tilpasing av partenes arbeidsoppgaver, felles forståelse av situasjonen og av at samhandling er nødvendig. Samarbeid og samordning er sentrale elementer i samhandling (2,10). Samarbeid beskrives som en positiv innstilling mellom aktører som fører til uformell kontakt uten at det nødvendigvis er en sterk grad av forpliktelse til konkrete handlinger (10). Samordning handler om å formalisere tiltak, enten innenfor den enkelte organisasjon eller mellom organisasjoner, for å løse bestemte oppgaver og realisere felles mål. Samordning krever beslutninger på systemnivå (10).

### Hva tilfører studien?

Hjemmesykepleierne i denne studien opplever at samhandlingen begrenses av organisatorisk skjjevfordeling av makt.

### Mer om forfatterne:

Siri Tønnessen er sykepleier med PhD i medisinsk etikk og førsteamanuensis ved Høgskolen i Sørøst-Norge, campus Vestfold. Bente Lilljan Lind Kassah er førsteamanuensis og Wivi-Ann Tingvoll førstelektor, begge ved UiT, Norges arktiske universitet. Kontaktperson: siri.tonnessen@

I Stortingsmelding 47 (1) tilskrives utfordringene i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, blant annet at helseforetak og kommuner er forankret i forskjellig lovverk og at de har ulike betalingsordninger og insentiver. Videre er målet for spesialisthelsetjenesten medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten vektlegger pasientens funksjonsnivå og mestringssevne. I stortingsmeldingen beskrives det også

kommunene må betjene har økt, samtidig med at pasientene som skrives ut er sykere enn før (13–21). Kommunenes nye ansvar handler derfor i stor grad om behandlingsrelaterte oppgaver og ivaretagelse av pasienter i en svært sårbar fase (13,16,17,20). Dette innebærer et økt press på kommunale tjenester og hjemmesykepleien spesielt, særlig i de kommunene som har for få korttidsplasser (16,18). Organiseringen i en bestiller–utførermodell ser også ut til å begrense

kommune og en bykommune innenfor samme helseforetaksområde ble intervjuet. Fire av sykepleierne arbeidet med å yte tjenester direkte til pasientene. Tre av sykepleierne var administrative ledere med ansvar for å planlegge tjenesteytingen og ta imot pasienter fra sykehuset. Vi valgte å intervjuer sykepleiere med både klinisk og administrativt ansvar. Vi antok at med ulikt ansvar i hjemmesykepleien kunne de ha forskjellige erfaringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. I intervjuene ble det vektlagt å få fram sykepleiernes beskrivelser av hvordan samhandlingen med sykehuset om pasienter som skrives ut til hjemmesykepleien fungerer etter innføringen av reformen. For å sikre dataenes kvalitet reformulerte vi ofte informantenes utsagn i form av spørsmål. Dette for å være sikker på at vi forsto det informantene ønsket å formidle (23). Intervjuene ble gjennomført sommeren 2014 av to forskere, og varte fra en til halvannen time. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.

” Det største grepet i reformen har vært å overføre oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

som et samhandlingsproblem at utskrivningsklare pasienter beslaglegger et betydelig antall liggedøgn i sykehusene. Reformen har derfor hatt som mål å iverksette systemtiltak som understøtter samhandling når pasientens behov for tjenester går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser. Det største grepet i reformen har vært å overføre oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Tiltak som er igangsatt for å imøtekomme forskyningen av oppgaver og ansvar til kommunene er blant annet: Krav om «samhandlingsavtaler» mellom partene, kommunal betaling for liggedøgn i sykehus for pasienter som er definert som utskrivningsklare og opprettelse av stillinger som samhandlingskoordinatorer i helseforetakene (1,11,12).

Samhandlingsstatistikk 2013–2014 viser at insentivet om kommunal betaling har bidratt til å redusere antall liggedøgn på sykehuset for utskrivningsklare pasienter betydelig (13,14). Antallet pasienter

mulighetene for å ivareta eldre pasienters pleie- og omsorgsbehov (15). Flere uttrykker bekymring for om den kommunale tjenestoppfølgingen av pasientene er tilfredsstillende (13,16,17,19,20). Det er også uklart om samhandlingen mellom sykehus og kommuner om den enkelte pasient er blitt bedre etter innføringen av reformtiltakene (13,19,20).

#### METODE OG MATERIALE

I tråd med studiens hensikt valgte vi et kvalitativt design (22, 23). Snøballmetoden ble benyttet for å få tilgang til informanter som hadde samhandlingserfaring med aktører i spesialisthelsetjenesten. Gjennom sosiale nettverk fikk vi opplysninger om mulige informanter som vi tok kontakt med. Disse informantene sendte oss videre til andre sykepleiere i hjemmesykepleien som også samhandler med spesialisthelsetjenesten. Vi benyttet semistrukturerte dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode (22,23). Sju sykepleiere fordelt på en land-

#### ANALYSE

Data er analysert og fortolket ved hjelp av fenomenologisk hermeneutisk tilnærming (23). Vi foretok meningsfortetting og utvikling av meningsenheter, noe som ikke var en linjær prosess, men en fortolkende vandring mellom rådata, mulige subtemaer og temaer. Først ble sitater som omhandlet utfordringer i samhandlingen markert og mulige subtemaer notert i margin. Deretter ble det laget oppsummeringer av det enkelte intervju, der sitater ble samlet i subtemaer og samtidig ble mulige temaer utviklet. Videre ble subtemaer og temaer fra alle oppsummerin-

gene sett på tvers. Det innebar å analysere fram felles subtemaer og temaer samtidig som overflødig materiale ble fjernet. Det ble tidlig klart at samhandlingen om pasienter med kreft var et tema som skilte seg ut fordi samhandlingen fungerte bra. Samhandlingen om andre pasienter som skulle overføres til hjemmesykepleien beskrives drimot som problematisk. Det problematiske handler om at aktørene har ulike perspektiv på hva som skal tillegges vekt i samhandlingen om pasienter. Hjemmesykepleierne beskriver det også som problematisk at de har begrenset makt og innflytelse i samhandlingen og at det er begrenset samhandling og informasjonsflyt mellom aktørene. I tabellen nedenfor illustreres analysen fra subtema til tema.

Etter utformingen av temaene analyserte vi intervjuene igjen for i størst mulig grad å ivareta undersøkelsens validitet (23). I analysen av intervjuene viste det seg at sykepleierne erfarer i samhandlingen med aktører i spesialisthelsetjenesten var tilnærmet sammenfallende. Vi skiller derfor ikke mellom informanter med administrative og kliniske oppgaver i datapresentasjonen og diskusjonen.

### ETISKE OVERVEIELSER

Det ble sendt informasjonsskriv og forespørsel om å delta i prosjektet til ledelsen i hjemmesykepleien i to kommuner som rekrutterte informanter. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke og informantene fikk beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen, noe ingen gjorde. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Personidentifiserbare opplysninger er anonymisert i transkriberingen.

**Tabell 1**

Subtema	Tema
God informasjonsflyt. Kjennskap og forståelse for hverandres arbeidssituasjon.	Kreftomsorgen fungerer.
Vektlegger ulike sider ved pasientens behov og situasjon. Spesialisthelsetjenesten fokuserer medisinsk behandling, og hjemmesykepleien fokuserer mer på pasientens funksjonsnivå. Aktørene hegner om egen arbeidsmengde.	Ulike perspektiver på samhandling.
Formell organisasjonsstruktur gir legene definisjonsmakt. Opplever at de sjeldent blir hørt. Spesialisthelsetjenesten lover pasienter tjenester på hjemmesykepleiens vegne.	Begrenset makt og innflytelse.
Mangler formell arena for samhandling. Begrenset samarbeid og tilgang på informasjon.	Begrenset samhandling og informasjonsflyt.

Data er lagret etter gjeldende retningslinjer.

### RESULTATER

I det følgende presenteres studiens tematiske funn, og subtemaer fremkommer implisitt gjennom informantenes utsagn.

#### Kreftomsorgen fungerer

Ifølge sykepleierne fungerer samhandlingen med sykehuset godt når det gjelder kreftpasienter. De beskriver at sykehuset har et faglig sterkt team som det er lett å kontakte og at «de tenker på alt» når pasienten skrives ut og skal følges opp av hjemmesykepleien. En forklarer hvorfor det fungerer: «Det er egentlig alt. Fra bestilling av varer til alt utstyr som er forventet at vi kanskje kan trenge ved medisinerer. Når vi har generelle spørsmål som kan oppstå, så er de veldig lette å få tak i og veldig serviceinnstilte. Både for oss og pasientene».

En annen sier: «Samarbeidet er avhengig av at de på sykehuset kjenner kommunen pasienten skal hjem til, og av hvem man

møter (i spesialisthelsetjenesten). Palliasjon har fungert utmerket.» Sykepleierne fremhever her at god informasjonsflyt er helt avgjørende for å kunne gi gode tjenester. Videre gir de uttrykk for at samhandling forutsetter kjennskap til, og forståelse for, hverandres situasjon.

#### Ulike perspektiver

Sykepleierne beskriver at samhandlingen med sykehuset om pasienter som ikke har kreft og som skal overføres til hjemmesykepleien er problematisk. Data viser at aktørene har ulike perspektiver på hva det er ved pasientens behov og situasjon som skal tillegges vekt i samhandlingen: «Samhandling går ut fra det systemet man jobber i. At man kanskje ser på samhandling forskjellig alt ettersom hvor man jobber hen [...] Jeg har et perspektiv på at vi jobber opp mot at brukeren bor hjemme. Men hvis det er snakk om en bruker som skal hjem, så er det liksom mer det at de ser brukeren i et sånt medisinsk perspektiv».

Ifølge informantene har aktørene i spesialisthelsetjenesten et mer medisinsk perspektiv på pasientens behov enn de selv, som har en mer kontekstuell forståelse av pasientens behov. Personell på sykehuset er for eksempel mest opptatt av medisinsk behandling av pasientens sykdom, mens hjemmesykepleierne sier at de fokuserer mer på pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon. De ulike perspektivene kan gjøre det vanskelig å samhandle, fordi aktørene

er tilpasset pasientens behov. De forteller videre at pasientene blir overført til kommunene når legene på sykehuset har avklart pasientens medisinske tilstand. Pasientene har imidlertid fortsatt behov for behandling, pleie og omsorg fra hjemmesykepleien. Ifølge informantene har dette medført flere arbeidsoppgaver og økte faglige krav til sykepleierne i hjemmesykepleien. Det har også ført til stadige reinnleggelses og at pasienter blir flyttet mer fram og

Sykepleierne forteller videre at det sjeldent blir tatt hensyn til at hjemmesykepleien har behov for tid til planlegging for å kunne ta imot pasienter. Ifølge informantene handler behovet for planlegging blant annet om at hjemmesykepleien verken har utstyr eller medisiner på lager. Bemanningen er knapp på ettermiddager og helger, og at dagene er uforutsigbare. Sykepleierne beskriver også at både leger og sykepleiere på sykehuset kan love pasienter tjenester fra hjemmesykepleien uten å etterspørre om hjemmesykepleien kan innfri dem. En uttrykker det slik: «Så sier legen eller sykepleieren på sykehuset at: «Nå skal du ha hjemmesykepleie x 4, for det trenger du». Og de har ingen formening om hvordan hjemmet er tilrettelagt. Hva de har gjort før. Vi har jo sendt innleggelsesrapport, men det er jo en grov kartlegging. Og så får pasienten vite at nå skal du få hjemmesykepleie x 4 og de skal møte deg, også er det ikke reelt.»

Ifølge informantene skaper lovnadene fra sykehuset forventninger hos pasientene som hjemmesykepleien ikke alltid kan imøtekomme. Sykepleierne forteller at de ofte kjenner pasientene og løser slike situasjoner gjennom samtaler der forventninger dempes og pasientene «trygges».

### Begrenset samhandling og informasjonsflyt

Sykepleierne beskriver at det foregår en begrenset samhandling mellom aktørene. Informantene forteller at hjemmesykepleien ikke har faste, formelle arenaer for samhandling med sykehuset, noe de hadde før innføringen av reformen. En sier: «Vi er mye mindre på

## ” Vi må bare ta pasienten imot.

vektlegger ulike sider ved pasientens behov og situasjon. Ifølge informantene påvirkes innholdet i samhandlingen også av at helsetjenesten har en presset hverdag og at det er en «alles kamp mot alle». Informantene sier at alle verner om seg selv og skyver ansvar over på andre hvis man har mulighet.

### Begrenset makt og innflytelse

Sykepleierne beskriver at de opplever å ha begrenset makt og innflytelse i samhandlingen. De forteller at det er sykehuslegene som definerer når en pasient skal overføres til kommunen, og for hjemmesykepleien kan dette være problematisk. En informant sier det slik: «Vi opplever i hvert fall at vi ikke har all verdens med makt. Vi får som regel beskjed om at han eller hun kommer hjem – og det her må dere gjøre. Punktum. Enten fra sykehuset eller fra vedtak fra tildelingskontoret som kanskje ikke er helt tilpasset, for å si det sånn ...».

En annen informant sier videre at: «Vi må bare ta imot pasienten». Informantene beskriver her at de må ta imot pasienter uten at hjelpetilbudet

tilbake nå enn før. Informantene forteller at de har en samhandlingsavtale med sykehuset om at pasienter ikke skal komme hjem mellom kl. 14.00 på fredager og 08.00 på mandager. Ifølge sykepleierne fungerte dette bra i begynnelsen, men nå bryter sykehuset til stadighet avtalen og pasienter overføres til kommunen og kan komme hjem sent fredag kveld og i helgene.

Sykepleierne beskriver også at de sjeldent blir hørt når de søker dialog med sykehuset. De kan for eksempel gi informasjon om hjemmesykepleiens arbeidssituasjon til sykehuset utallige ganger, uten at aktørene på sykehuset tar informasjonen til etterretning. En informant sier det slik: «Vi opplever at vi sloss mot overmakta».

En annen forteller: «Det som ofte går igjen er jo at vi får pasienter hjem, med resept i hånden – uten medisiner. Det nytter ikke hvor mange ganger vi sier at vi har ikke apotek her i ... og vi har ingen medisiner, vi har ikke så mye utstyr. Vi har jo ikke noe lager med noe. Så det går ofte igjen at vi får de sendt hjem, uten det de trenger».

samarbeidsmøter på sykehuset nå [...]. Jeg hører at mange på tildelingskontoret sier at samarbeidsmøtene på sykehuset er bortkastet tid, fordi det kommer ingen dit som kjenner pasientene. [...] Vi har gitt beskjed om at vi vil være med og de har sagt at de skal ta oss med, men det skjer ingen endring».

Hjemmesykepleien har en avtale om at det skal være «samarbeidsråd» med sykehuset to ganger i året, men i hovedsak foregår informasjonsutvekslingen via tildelingskontoret. Informantene beskriver dette som en ulempe fordi viktige opplysninger blir borte, som for eksempel informasjon om pasientens funksjonsnivå.

De forteller videre at pasienter sendes hjem uten at epikriser og medisinalister følger med, noe som gjør tilpassingen av tjenestetilbudet til pasientene vanskelig. Noen ganger blir papirene sendt til tildelingskontoret, og da får hjemmesykepleien papirene dagen etter at pasienten er kommet hjem. De kan også få uferdige epikriser. En sier: «Hvis vi er heldige å få noe, så er det ikke ferdige epikriser. Jeg har tatt kontakt med sykehuset og satt fingeren på enkelte ting i epikrisen og spurt spesifikt og får bare til svar at «det her er en ikke ferdig epikrise – du kan ikke gå ut fra den. Du må vente på den ferdige». Og den kan komme om en uke så det ...».

Sykepleierne sier at det begrensede samarbeidet om pasientopplysninger gjør dem usikre og at de derfor dobbeltsjekker den mangelfulle informasjonen de mottar. Dette fører til mange telefoner, ekstraarbeid og til at de blir stresset. Den største utfordringen er ifølge en sykepleier: «... å finne frem til de rette som sitter på eksperti-

sen når jeg trenger det». Sykepleierne beskriver at aktørene på sykehuset er vennlige når de tar kontakt, men ofte møter de en sykepleier som nylig har kommet på vakt og ikke kjenner pasienten. En sykepleier sier at mangelen på medisinalister en gang førte til at hun måtte ta en avgjørelse om medisiner, noe som ikke er hennes ansvar, men legens.

## DISKUSJON

Funnene viser at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt. Hovedinntrykket er imidlertid at samhandlingen mellom helsepersonell i sykehus og hjemmesykepleien preges av en organisatorisk skjevfordeling av formell makt mellom aktørene. Dataen tyder videre på at det ikke er etablert en felles forståelse av hva det er viktig å samhandle om. Dette kan blant annet henge sammen med at aktørene har begrenset kunn-

«å bare ta imot» pasienter som kommer hjem. Vår studie viser, i likhet med andre undersøkelser, at pasienter skrives tidligere ut, er sykere og mer behandlingstregende enn før (16,17,19–21, 26). Ut fra Hernes sitt perspektiv på makt kan tidlig utskrivning av pasienter forstås som at aktørene i spesialisthelsetjenesten realiserer egen organisasjonsinteresser og reformens intensjoner om at pasienter skal sendes hjem så snart som mulig. Den formelle maktfordelingen i relasjonen mellom aktørene ser imidlertid ut til å begrense samhandlingen. Dette er fordi legene i spesialisthelsetjenesten kan fatte beslutninger som berører hjemmesykepleiens arbeidshverdag, uten at de blir involvert. Det er mulig at formaliserte tiltak som forplikter aktører moralsk og juridisk til å handle sammen til en viss grad kunne ha utjevnet maktforskjellene. Studien viser imidlertid

” Vi får pasienter hjem, med resept i hånden – uten medisiner.

skap om hverandres arbeidssituasjon.

Aktørenes formelle makt er nedfelt i de lover og regler som regulerer samhandlingen om overføring av pasienter fra spesialist- til kommunehelsetjenesten (1,11). Makt kan ifølge Hernes (24) betegnes som aktørers evne til å realisere sine interesser. Her betraktes makt som et relasjonelt begrep (25). Skjevfordelingen av makt i samhandlingen mellom helsepersonell i sykehus og hjemmesykepleie er forankret i formelle organisasjonsstrukturer. Sykehuslegene har formell makt til å definere når pasienter skal overføres til kommunene. Hjemmesykepleien beskriver at de ikke har noe annet valg enn

at samarbeidsrådet, som kan betraktes som et formaliserte tiltak for samhandling, i liten grad fungerer etter hensikten.

Samhandlingsutfordringen kommer også til uttrykk når sykepleierne må søke uformell kontakt med aktører i spesialisthelsetjenesten og opplever at de sjeldent blir hørt. Interaksjonen mellom aktørene tyder på at de har et begrenset samarbeid, fordi, ifølge Orvik (10), samarbeid hviler på at aktørene har en positiv innstilling som gir rom for å etablere uformell kontakt. Det å ikke bli hørt kan også føre til at sykepleierne i hjemmesykepleien opplever avmakt (24). Viktige premisser for samhandling som gjensidig ansvar

og likeverd kan dermed se ut til å være truet (10).

Studien viser videre at aktørene på sykehuset lover mer omfattende tjenester enn hjemmesykepleien kan innfri og at de bryter samhandlingsavtaler. Disse handlingsvalgene kan sees i sammenheng med at informantene beskriver at helsetjenesten preges av en «alles kamp mot alle» og at aktørene først og fremst tenker på egen «drift». Dette innebærer at aktørene i liten grad løser oppgaver

utveksling mellom aktørene. Selve arbeidsorganiseringen i helse- og omsorgstjenesten med turnusordninger bidrar også til at det er utfordrende å få kontakt med aktører som besitter relevant pasientinformasjon. Organiseringen av helse- og omsorgstjenesten kan på den måten dempe mulighetene for samarbeid mellom aktørene, og forutsetningene for å etablere samhandling kan dermed svekkes (10). Studien tyder slik på at det fremdeles er en utfordring

(27). Dette kan ha betydning for oppfølging av pasienter når de skrives ut fra sykehus og dermed også for samhandlingen mellom aktørene.

Denne studien har bidratt til å belyse hvordan sju sykepleiere fra to ulike kommuner beskriver samhandling med aktører i ett sykehus. Funnene er derfor ikke statistisk generaliserbare. Sykepleierne legger vekt på at samhandling om pasienter med kreft fungerer, mens samhandling om pasienter med andre sykdommer er utfordrende. De opplever at samhandlingen begrenses av en formell skjevfordeling av makt og av at involverte aktører ser ut til å ha ulik forståelse av hva samhandling innebærer og hva de skal samhandle om.

## ” Funnene viser at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt.

sammen, og samhandlingens intensjoner om «å sikre flyt i arbeidsprosesser slik at pasienter opplever helhet i tjenester og tiltak» (10, s. 210), ser ut til å være skadelidende. Den formelle maktstrukturen ser i liten grad ut til å fremme samhandling som forplikter aktørene, og det åpnes et rom for ansvarsforskyning mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien.

I studien kommer det videre fram at aktørene har ulike perspektiver på samhandling. Ulike perspektiver kan være et uttrykk for at aktørene i liten grad har etablert en felles forståelse av hva samhandling innebærer, samt hva det er viktig å samhandle om. Dette er beskrevet av andre som utfordringer også før innføringen av reformen (1, 3–5). Det at aktørene handler ut fra ulike perspektiver kan forklare informantenes erfaringer med at informasjonen som følger med pasientene ofte er mangelfull. Begrenset informasjonsflyt kan også forstås som et uttrykk for at den formelle organisasjonsstrukturen i liten grad åpner for kunnskaps-

å etablere en felles forståelse av samhandlingens betydning og innhold på tvers av profesjonstilhørighet og organisasjonsnivå. Ifølge Orvik, er en felles forståelse av både samhandling og situasjonen nødvendig for å få til en gjensidig tilpasning av arbeidsoppgaver (10).

Sykepleierne beskriver at samhandlingen om pasienter med kreft fungerer godt, blant annet fordi utskrivningsprosessene preges av god informasjonsflyt og dialog mellom aktørene. Dataene tyder også på at aktørene i sykehuset vet at hjemmesykepleien har begrenset medisinsk utstyr og sørger for at det pasienter trenger er tilgjengelig ved utskrivning. Dette kan bety at aktørene har en fellesforståelse av hva de skal samhandle om og hvordan. En mulig forklaring på at aktørene kan ha etablert en fellesforståelse, kan være at kreft er en alvorlig sykdom som aktualiserer eksistensielle spørsmål som også berører involverte aktører. Samtidig viser forskning at kreft er høyt rangert i prestisjehierarkiet over sykdomsdiagnoser

## KONKLUSJON

Studien tyder på at det er behov for både inter- og intraorganisatoriske endringer for å bedre samhandlingen. Et viktig tiltak kan være å etablere en felles samhandlingsarena mellom aktørene, noe som vil være i tråd med Stortingsmelding nr. 26 (2014–2015) (28). Dette vil trolig kunne fremme både kunnskapsutveksling og bidra til økt forståelse for hverandres arbeidssituasjon i samhandlingen om hvordan man ivaretar den enkelte pasient innenfor rammene som er gitt. Organisatoriske endringer kan antakeligvis ikke løse samhandlingsutfordringene alene (2,28). Aktørene må ha både vilje og evne til å samarbeide slik at samhandling er mulig (10,28). Kunnskap, vilje og evne ser ut til å prege samhandlingen om pasienter med kreft. Det å undersøke samhandling som fungerer vil kunne gi verdifull kunnskap som kan benyttes til å forbedre samhandlingen innenfor områ-



Ilustrationsfoto: Erik M. Sundt

der der den ikke fungerer. Det er også behov for videre forskning som kan klargjøre hva det er aktørene skal samhandle om,

hvordan skape vilje til samhandling og hvordan balansere maktrelasjoner mellom aktører. For å kunne belyse de oven-

nevnte forskningstemaene kan det være nyttig å utvikle teorier som kontekstualiserer det relasjonelle i samhandlingen.

#### REFERANSER

1. **St.meld. 47.** Samhandlingsreformen (2008-2009). Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo. 2009.

2. **Melby L, Tjora A.** Samhandlingens mange ansikter. I: Melby L, Tjora A. (red). Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjons og teknologi i helsetjenesten. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2013.

3. **Hellesø R, Fagermoen M-S.** Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *Journal of Integrated Care* 2010;10:1-9.

4. **Hellesø R, Melby L.** Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I: Melby L, Tjora A. (red). Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjons og teknologi i helsetjenesten. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2013.

5. **Oltsen RM.** Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter. [Doktoravhandling]. Kopieringen Mittuniversitetet, Sundsvall. 2013

6. **Tingvoll WA, Sæterstrand T, Fredriksen ST.** Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden* 2010; 30:29-33.

7. **Danielsen BV, Fjær S.** Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning* 2010; 5:1:28-34.

8. **Groene RO, Orrego C, Sunol R, Barach P, Groene O.** «It's like two worlds apart»: an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ quality & safety*. 2012;21 Suppl 1:67-75.

9. **Debesay J, Harslof I, Rechet B, Vike H.** Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational con-

text. *Social science & medicine*. 2014; 119:74-80.

10. **Orvik A.** Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. Cappelen Damm Akademisk. Oslo. 2014.

11. **Helsedirektoratet.** Samhandlingsavtaler mellom kommuner og helseforetak (10.02.2015). <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>

12. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 18.11.2011.

13. **Helsedirektoratet.** Samhandlingsstatistikk 2013-2014. (07.05.2015) <http://www.helsedirektoratet.no>

14. **Hermansen Å, Grødem AS.** Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning* 2015; 10:24-32.

15. **Kassah BLL\*, Tingvoll WA\*, Dreyer Fredriksen ST.** Samhandling – sykepleieledere og bestiller-utførerenhet. *Geriatrisk sykepleie* 2014; 3:26-33.

16. **Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A.** Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. *IRIS Rapport* 382/2014. (07.05.2015) <http://www.iris.no/forskning/samfunn/politisk-organisering-og-styring/helse-og-omsorg-samhandlingsreformen>

17. **Grimsmo, A.** Hvordan har kommunene løst utfordringene med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning* 2013; 8:148-155.

18. **Norheim KH, Thoresen L.** Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning* 2015; 10:14-22.

19. **Kassah BLL, Tingvoll W-A, Tønnesen S.** Samhandlingsreformen – utfordringer, løsninger og implikasjoner. I: Kassah, BLL, Tingvoll WA, Kassah AK (red). Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt

i helse- og omsorgstjenestene. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen. 2014.

20. **Gautun H, Syse A.** Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Rapport nr. 8/13. NOVA. 2013.

21. **Sæterstrand TM, Holm SG, Brinchmann BS.** Hjemmesykepleiepraksis: Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje* 2015;29:1:4-16.

22. **Patton MQ.** Qualitative research and evaluation methods. Sage Publications. Thousand Oaks. Calif. 2002.

23. **Kvale, S.** InterViews. An introduction to qualitative research interviewing. Sage pub. Inc. Thousand Oaks. Calif. 1997.

24. **Hernes, G.** Makt og avmakt. Universitetsforlaget. Oslo. 1975/1997.

25. **Englestad, F.** Hva er makt. Universitetsforlaget. Oslo. 2009.

26. **Kassah BLL, Jenssen GM, Tingvoll WA.** Informasjonsflyt i omsorgstjenesten – bruk av elektronisk pasientjournal. I: Kassah, BLL, Tingvoll WA, Kassah AK (red). Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen. 2014.

27. **Album D, Westin S.** Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social science and medicine* 2008;66:1: 182-188.

28. **St.meld. 26.** Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014-2015). Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo. 2015.



# Samhandling krever forståelse

› Større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver vil gjøre samarbeidet mellom sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleien bedre.



**Heidi Hobbestad**

Spesialsykepleier i geriatri, Hjemmesykepleien, Drammen kommune.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Jeg syntes artikkelen til Tønnessen og medforfattere gir et godt bilde av virkeligheten sånn jeg kjenner den fra hjemmesykepleien. Studien dokumenterer samhandlingen mellom sykehus og kommunen, og bekrefter mine egne erfaringer på området. Samhandlingen for kreftpasienter fungerer stort sett veldig bra. For andre pasientgrupper som blir sendt hjem fra sykehuset, er det mer tilfeldig om det fungerer eller ikke.

Samhandlingsreformen skal sikre alle pasienter et mer helhetlig pasientforløp, men som artikkelen viser er dette fortsatt ikke tilfelle i praksis. Ulikhetene i perspektivet hos sykepleiere på sykehus og i hjemmesykepleien er fortsatt altfor stor. Fra mitt perspektiv virker det som om sykepleierne på sykehuset kun er opptatt av å håndtere problemet pasienten ble innlagt med. Dette kan skyldes bedriftstankegangen sykehusene driftes etter. Det kan også være fordi, slik artikkelen viser, maktforholdet er skjevt. Et annet problem

er at sykehuset skal «tømme» avdelingene før helgen. Dette er ofte et dårlig utgangspunkt for samhandling fordi mye skal skje på kort tid. En tredje faktor kan være dårlig kommunikasjon fra kommunens side om hvordan forholdene er i hjemmet, slik at sykehuset glemmer å ta hensyn til de utfordringene dette innebærer. Med elektronisk meldingsutveksling er samhandlingen blitt noe bedre. Det at ikke datasystemene er samkjørte, og gamle systemer som stadig henger, byr imidlertid på utfordringer. Det at tildelingskontoret, som svarer på meldingene i ukedagene, ikke kjenner pasienten noe særlig gjør at det fortsatt er mye å jobbe med.

Jeg mener artikkelen er relevant for alle som jobber med samhandlingen mellom sykehus og kommune. Sykehusykepleiere kan bli flinkere til å se hele pasienten og tenke på hvordan de skal kunne klare seg hjemme uten å love for mye. Som artikkelen viser, kan det virke som sykepleierne på sykehuset tror hjemmesykepleien har et lager

av medisiner og medisinteknisk utstyr, eller kan skaffe det på rappen. Kommunesykepleierne må bli flinkere til å bruke de elektroniske meldingsutvekslingssystemene. Bedre og bredere rapporter til sykehuset vil øke deres forståelse for situasjonen i kommunehelsetjenesten.

Derimot viser artikkelen at det meste fungerer i kreftomsorgen. Dette ser jeg også i mitt daglige arbeid. Kreftsykepleierne og palliativ enhet på sykehuset fungerer fordi de ser hele pasienten og tenker bredt på hvilke forhold det er i hjemmet. Medisiner og utstyr som det kan bli bruk for blir bestilt, og er lette å få tak i om det skulle være noe.

Artikkelen viser at økt forståelse for hverandres arbeidssituasjon kunne gjort samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bedre, og medføre at pasienten opplever en mer sømløs tjeneste. Dette må vi jobbe videre med.

Les artikkelen på side 14





Illustrasjonsfoto: Emk. M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Utskriving fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste er en sårbar situasjon for pasienter. Bruk av PLO-meldinger skal sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon overføres ved pasientoverganger mellom sykehus og hjemmetjeneste. Sykepleiernes erfaringer med PLO-meldinger i utskrivningsprosessen er per i dag et lite utforsket område.

**Hensikt:** Å utforske sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste.

**Metode:** Kvalitativ studie med intervjuer av 41 helsearbeidere ved ett universitetssykehus og i tre kommuner.

**Resultat:** Bruk av PLO-meldinger bidro til raskere avklaring og tilgang til informasjon ved utskrivningsplanlegging og selve utskrivelsen av pasienter. Sykepleierne benyttet likevel supplerende informasjonskilder for å sikre overføring av tilstrekkelig informasjon mellom sykehus og hjemmetjeneste. Årsaken til dette var uforutsigbarhet knyttet til pasientens utreisedato, inkonsistens mellom

pasientens legemiddelliste i kommuner og i sykehus, manglende informasjon i meldinger og forskjeller i faglig tilnærming mellom nivåene.

**Konklusjon:** PLO-meldinger er et nyttig kommunikasjonsverktøy. Det må likevel kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuitet ved utskrivningsplanlegging og utskrivning av pasienter fra sykehus til hjemmetjeneste. Videre tiltak bør rettes mot hvordan informasjonsinnholdet i meldingenes fritekstfelter bør fremstå.

## ENGLISH SUMMARY

### Electronic message exchange for patients discharged from hospital

**Background:** Discharge from hospital to community care services represents a particularly vulnerable situation for patients. Electronic messaging, with the use of «PLO»-messages, has been introduced to ensure effective and safe information exchange in patient transitions between hospitals and community care services. As of today, little is known about the nurses' experiences with the use of «PLO»-messages during discharge.

**Objective:** To explore nurses' experiences with «PLO»-messages

that support patient transitions from hospital to community care services.

**Material and methods:** A qualitative study with semi-structured interviews with 41 employees at a university hospital and three community care services.

**Results:** «PLO»-messages facilitated easy access to shared information during discharge planning as well as in the actual patient discharge. However, the use of supplementary communication channels was necessary to ensure informational continuity. The major reasons were unpre-

dictable discharge dates, inconsistency in respective medication lists in community care service and hospital, lacking content in the messages' free text fields and cultural differences in nursing practice.

**Conclusion:** Whereas «PLO»-messages serve as a beneficial communication tool, they have to be supplemented with oral communication and meetings to ensure informational continuity in the discharge planning and discharge. Further efforts should be directed towards improving the content of the free text fields of the messages.

# » Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune

Forfattere: Berit J. Brattheim, Ragnhild Hellesø og Line Melby

## NØKKELORD

- Samhandling
- Eldreomsorg
- Kommunehelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste

## INTRODUKSJON

Samhandlingsreformen slår fast at kommunikasjon mellom helsepersonell fortrinnsvis skal være elektronisk (1). Målet er at alle sykehus og kommuner skal ha tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2015 (2). Hovedhensikten er at elektronisk kommunikasjon skal bidra til en mer effektiv og sikker samhandling om pasienter som forflyttes mellom sykehus og kommune (1).

Samhandlingsutfordringer i kontaktflaten mellom sykehus og kommune er godt dokumentert. Pasienter som skrives ut fra sykehus til kommunal helse- og omsorgstjeneste representerer en spesiell sårbar situasjon (1, 3): De blir liggende på sykehus og vente på kommunale omsorgstilbud (4), det er ufullstendig eller uklart innhold i informasjonen som utveksles (5–7), og informasjonsflyten er mangelfull og preges av ineffektive kommunikasjonslinjer (8–10).

Organisatoriske faktorer som dårlig planlegging av pasientoverføring og liten kjennskap til pasientens tilstand skaper også utfordringer i kommunikasjonen mellom sykehus og kommune (11). Det samme gjelder kulturelle faktorer som ulik faglig tilnærming og forståelse av pasientens behov hos sykepleierne ved henholdsvis sykehus og kommune (12,13). Videre viser både nasjonal og internasjonal litteratur at det ligger et potensial i det å kunne bruke informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT) til å utveksle samhandlingsinformasjon (14–17).

Mangler i informasjonsutveksling og kommunikasjon mellom sykehus og kommune er alvorlig da dette kan føre til at pasientene ikke får den behandling og pleie de har behov for (18–20). For å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon overføres ved pasientovergang mellom sykehus og kommune, er pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) innført som redskap for å bedre denne samhandlingen. PLO-meldinger omfatter et sett av flere standardiserte meldingstyper som understøtter fasene innleggelse, utredning/behandling og utskrivning ved et sykehus-

opphold. I tillegg finnes det dialogmeldinger for mer løpende, interaktiv samhandling (se tabell 1) (21, 22). Per 1. januar 2015 hadde 99 prosent av alle kommuner (422/428) tatt i bruk PLO-meldinger i samhandling med sykehus. Dette er en sterk økning fra fire kommuner i mai 2012 (23).

Det er begrenset med dokumentasjon av effekter av ulike samhandlingstiltak generelt (24), og for erfaringer med elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste spesielt. Tilbakemeldinger fra bruk av elektronisk meldingsutveksling fra andre områder i helsesektoren rapporterer om gevinster som økt tilgjengelighet

### Hva tilfører artikkelen?

Studiens overordnede funn viser at informantene var fornøyd med å kommunisere ved hjelp av PLO-meldinger.

### Mer om forfatterne:

Berit J. Brattheim, førsteamanuensis, fakultet for helse- og sosialvitenskap, NTNU. Ragnhild Hellesø, professor, Universitetet i Oslo, Avd for sykepleievitenskap. Line Melby, seniorforsker, Sintef. Kontaktperson: Berit.Brattheim@hist.no.

til nødvendig helseinformasjon, samt bedre kvalitet på informasjon som utveksles (23,25,26). Alt i alt er det få studier som har sett direkte på hvordan samspillet mellom sykepleiere ved bruk av PLO-meldinger fungerer ved utskrivelse av pasienter fra sykehus til kommune.

Hensikten med denne studien er å utforske sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunal hjemmetjeneste. Studien tar utgangspunkt i begrepet informasjonskontinuitet slik det defineres av Haggerty et al. og Reid et al. (27,28): Her knyttes informasjonskontinuitet til overføring av «relevant og tilstrekkelig informasjon» mellom helsearbeidere i en kjede. Det vil si personlig informasjon om pasienten, helsestilstand og tidligere behandling, slik at videre tjenester kan gis i samsvar med

pasientens behov for hjelp til rett tid.

## MATERIALE OG METODE

Vi benyttet et eksplorerende, kvalitativt design med semi-strukturerte individuelle intervjuer og gruppeintervjuer (8/14). Studien ble utført ved et universitetssykehus og i den kommunale hjemmetjenesten i tre kommuner i sykehusets opptaksområde. Strategisk utvalg ble benyttet for inklusjon av sykehus og en kommune, da disse var av de første som tok i bruk elektronisk meldingsutveksling. De to andre kommunene ble tilfeldig utvalgt.

Intervjuene ble gjennomført i perioden februar–november, 2014 og omfattet 41 ansatte. De fleste hadde vært ansatt ved nåværende enhet siden før samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. For å utvide vår forståelse for kompleksiteten i samhandlingskjeden, inkluderte

vi helsepersonell i ulike roller. Ved sykehuset utgjorde dette 15 sykepleiere og to sosionomer ved ulike sengeposter fordelt på tre divisjoner. I kommunene intervjuet vi 24 ansatte: Tolv var utøvende sykepleiere i hjemmetjenesten, ti var sykepleiere i henholdsvis koordinator–bestiller- eller virksomhetslederrollen, mens to var IT-ansvarlige. Hvert intervju varte i 40–50 minutter, ble tatt opp på bånd og transkribert. Intervjuguiden var utformet for å få frem helsepersonells synspunkter, vurderinger og erfaringer med bruk av PLO-meldinger, herunder type, hyppighet, deling av informasjon, om de fikk nok informasjon til å gi forsvarlig helsehjelp samt hvilke andre kommunikasjonsformer de benyttet. Alle forfatterne deltok i datainnsamlingen for å sikre nøyaktighet og konsistens i gjennomføringen.

I analysen benyttet vi en induktiv tilnærming (29). Alle tre forfatterne gikk først igjennom materialet og identifiserte overordnede temaer. Her fant vi at kommunikasjon og samarbeid i utskrivningsprosessen var et sentralt tema for informanter både i sykehus og i hjemmetjeneste, og vi besluttet å forfølge dette videre. Vi arbeidet med meningsfortetting og koding (30) for så å kategorisere materialet ut fra tre faser i et sykehusopphold: Innleggelse, utredning/behandling og selve utskrivelsen. Disse fasene representerte ulike kommunikasjons- og samarbeidsutfordringer. Til slutt gjennomgikk vi kategoriene i hver av de tre fasene og samlet dem under tre analytiske temaer. Disse danner strukturen i resultatkapitlet.

Prosjektet ble meldt til NSD og til helseforetakets personvernombud. Informantene ble rekruttert via sine ledere med skriftlig informasjon om prosjektet. Vi

**Tabell 1:** PLO-meldingsportefølje i utskrivningsprosessen (basert på (38 og 40))

Sykehuset benytter følgende PLO-meldinger:

### Helseopplysning ved søknad («Tidlig melding»):

Sendes innen 24 timer etter innleggelse. Den skal også sendes hvis pasienten vil ha behov for nye eller endrede tjenester fra kommunen. Meldingstypen skal inneholde beskrivelse av pasientens status, antatt forløp, forventet utreisedato og kontaktopplysninger. Den kan inneholde foreløpige medisinske opplysninger, for eksempel diagnose og kliniske funn, kritisk informasjon for eksempel allergier, opplysninger om pasientens egensøknad, foreløpige sykepleiefaglige opplysninger, for eksempel pleieplan og tiltak.

### Helseopplysninger- oppdatering

#### Utskrivningsklar pasient:

Skal sendes når dette er avklart. Kommunen skal gi tilbakemelding på mottak av utskrivningsklar pasient.

#### Avmelding om utskrivningsklar pasient:

Sendes dersom pasienten likevel ikke er utskrivningsklar

#### Melding om utskrevet pasient:

Sendes med en gang pasienten er utskrevet

#### Sykepleierapport:

Tilsvarende dokumentet sykepleiesammenfatning. Skal sendes til kommunen ved utskrivelse.

#### Dialogmeldinger:

Benyttes ved mer løpende, interaktiv kommunikasjon som forespørsel og svar på forespørsel.

innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakerne i studien.

### HOVEDFUNN

Overordnede funn viser at informantene var fornøyde med å kommunisere ved hjelp av PLO-meldinger, både generelt og spesielt i tilknytning til planlegging av utskrivningsprosessen. Bruken av PLO-meldinger var godt innarbeidet i sykepleiernes arbeidshverdag og bidro til tettere samhandling på tvers av sykehus og kommuner. «Tidsbesparelse» var et begrep som gikk igjen i intervjuene.

Analysen viste at hver fase i et sykehusopphold innebærer ulike utfordringer for sykepleiere når de skal kommunisere og samarbeide om planlegging og gjennomføring av utskrivelsen. Allerede ved innleggelse skal helsepersonell anslå utskrivelsesdato, dette har vi kalt «å varsle det uforutsigbare». Under fasen utredning og behandling må sykepleierne i sykehus, og særlig i kommunen, holde seg oppdatert om pasientens progresjon. Samtidig må de starte planleggingen av hjelpetilbud til pasienten etter utskrivelse. Dette tar vi for oss i avsnittet «å holde i tråden». På utskrivningsdagen skal mye informasjon kommuniseres fra sykehus til kommune, og kommunen skal ha et egnet tilbud klart til pasienten. Vi kan betrakte det som «å samle trådene» som tas opp sist i resultatkapitlet.

#### Å varsle det uforutsigbare

Informasjon fra sykehus til kommunen om pasientens helsetilstand, hjelpebehov og forventet utreisetidspunkt skal skje innen 24 timer etter innleggelse. Her benyttet sykepleierne meldingstypen «Helseopplysninger ved søknad» («Tidligmelding»)

til kommunen. Det å angi forventet utreisedito var en utfordring for sykepleierne. Flere fortalte at det var sykepleierne selv, og ikke legen, som fastsatte datoen. Som oftest var dette basert på erfaring med hvor lang behandlingstid en spesifikk sykdomstilstand hadde. Det hendte også at pasientens tilstand var så dårlig at det var umulig å angi utreisedito. Sykepleierne informerte da kommunen om at estimert

trakk frem eksempler på at det å sende oppdaterte helseopplysningsskjemaer underveis i sykehusoppholdet, var godt innarbeidet i deres arbeidspraksis. Vi fant imidlertid at disse endringene og oppdateringene ikke alltid var tilstrekkelige for kommunen til å treffe beslutninger. For å innhente opplysninger de savnet, eller som måtte avklares nærmere med hensyn til pasientens helsetilstand og funksjonsnivå, kontaktet kommunen

” Bruken av PLO-meldinger var godt innarbeidet i sykepleiernes arbeidshverdag.

utreisetidspunkt ville bli kommunisert underveis i pasientens sykehusopphold.

Det varierte hvordan kommunene forholdt seg til «Tidligmeldingen»; alt fra at ingen tiltak ble iverksatt til det å benytte meldingen som grunnlag for vedtaksbeslutninger. Det er uklart hva variasjonen skyldtes. En mulig forklaring kan være at det var tydelige individuelle forskjeller i hvordan sykepleierne fylte ut helseopplysningsskjemaet. Et par av sykehusets sykepleiere beskrev det slik: «Det er vel individuelt ... jeg ble opplært til at man bruker (pasientens) behandlingsplan. Her står det om (pasientens) kommunikasjonssans, aktivitetsnivå og så videre, og så fyller du ut hva som er aktuelt». Og: «Men jeg ser at det er mange hos oss som sender av gårde bare en linje, for eksempel at pasienten er innlagt for intravenøs antibiotikabehandling». Altså varierte både innhold og detaljeringsgrad i meldingene som ble oversendt til kommunen.

#### Å holde tråden

Sykepleierne på begge nivåer

sykehuset via dialogmeldinger. Noen ganger hadde kommunen telefonsamtaler med sykehuset i tillegg. Som en informant uttrykte det: «Det er jo noen opplysninger som mangler – det er jo derfor vi ringer. Og – det er noe med «hva tenker man videre (for denne pasienten)?» Og med å komme litt under huden når det bare er noen få ord som er skrevet ned (i Helseopplysningsskjemaet)». Andre ganger benyttet kommunen vurderingsbesøk på sykehuset, men her varierte praksisen mellom kommunene. Informantene fremhevet at et vurderingsbesøk kunne avdekke uoverensstemmelser mellom sykehusets og kommunens beskrivelse av pasientens hjelpebehov. Dette hadde konsekvenser for hvilke omsorgstilbud pasienten skulle få etter utskrivning: «Da har vi dem (pasientene) som vi er usikre på, eller dem som er nye for oss, eller dem som de beskriver at har et stort pleie- og omsorgsbehov: Det er ikke alltid at det er det (riktige hjelpebehovet) som meldes. Så når vi er i beit og ingen har sett denne personen før, da reiser

vi (på vurderingsbesøk) ... For det første, så blir hele saksbehandlingsbiten enklere for vår del ... og en annen ting er at vi har jo flere ganger endt opp med et helt annet tilbud (til pasienten) enn hva sykehuset melder» (Kommunen).

Vi fant at sykepleiere i både sykehus og kommune hadde behov for å vite at meldinger var mottatt av samhandlende helsepersonell. Imidlertid

systemet: «Men da er egentlig den lista veldig fin. For da har du hele tiden i minne hvem du egentlig skal etterlyse, eller lese om pasienten har kommet hjem (...) Ja – det er sånt skyggeregnskap». Tilsvarende fant vi eksempel på at sykehuset benyttet denne typen lister til å holde oversikter over pasienter inn og ut av en sengepost, eller for å identifisere behov for sykepleiefaglig støtte fra sykehuset for pasienter som

sykepleier uttrykte. Sykepleierne hadde en mal å gå etter, men de syntes at punktene i malen var overlappende. Noen opplevde det også som dobbeltarbeid siden utskrivningsrapporten var tilnærmet identisk med Helseopplysnings skjemaet, selv om de kunne gjenbruke tekst med klipp-og-lim-metoden.

Utøvende sykepleiere i kommunens hjemmetjeneste ble gjerne først involvert på selve utskrivningsdagen, ved mottak av meldingen Utskrivningsklar pasient. De fortalte at de innimellom opplevde at for kjente brukere kom meldingen med Utskrivningsrapporten fra sykehuset først et par dager etter brukerens hjemkomst. Dette var en utfordring de løste ved å ta kopi av papirversjonen brukeren hadde fått med seg fra sykehuset. For kommuner som ikke fikk overført pasientens legemiddelliste elektronisk, representerte papirversjonen som fulgte pasienten en ekstra utfordring. For eksempel opplevde sykepleierne ofte uoverensstemmelse mellom medbrakt legemiddelliste og de legemiddellene pasienten sto på før innleggelse. Dette krevde ekstra arbeidsinnsats; fastlegen måtte kontaktes enten via elektroniske meldinger eller per telefon for å få bekreftet medisinendringer. Likeså måtte de bruke tid på å legge inn medisinendringene manuelt i journalen: «Så hender det jo at den listen (legemiddellista) ikke stemmer helt overens (med legemiddelliste før innleggelse), eller at det er piller som var på den gamle som vi tror han (pasienten) skal fortsette med. Så da må vi, når det blir hverdag, konferere med fastlegen om den [medisinen] virkelig skal seponeres eller...» (Kommunen). Det var ikke tilsva-

## ” Det å angi forventet utreisedato var en utfordring for sykepleierne.

antydte sykehusets sykepleiere at det var ulike oppfatninger om i hvilken grad sykepleierne var forpliktet til å bekrefte mottak av PLO-meldinger: «Vi tenkte at det kanskje er et krav at kommunen må svare at PLO-meldingen er mottatt. Men noen kommuner sier: «nei, vi har ikke fått beskjed om at det er et krav». Vi kan se at meldingen har gått, men vi kan ikke se de (kommunen) har lest den» (Sykehuset). For sykehuset var tilbakemeldinger en forutsetning for god planlegging av pasientens utreise. Det var viktig for å kunne orientere pasienten om hvilket tjenestetilbud vedkommende skulle skrives ut til, og for bestilling av ambulanse for transport av pasienten.

Både sykehus og kommune benyttet PLO-meldingene til å holde oversikt over pasientstrømmer. Mer spesifikt, sykepleierne brukte innholdet i meldingene som grunnlag for å utarbeide egne manuelle lister, enten i papir eller elektronisk. Kommunen benyttet disse listene til å holde tråden i utskrivningsklare pasienter over tid. På den måten sikret de at ingen pasienter falt ut av

ble skrevet ut til hjemmetjenesten: «Hvis pasienten skal hjem med CVK (sentralt venekateter), så trenger kommunen opplæring. Da må vi engasjere ambulerende team».

### Å samle trådene

Selve utskrivningssituasjonen startet med at sykehusets sykepleiere sendte «Melding om utskrivningsklar pasient» til kommunen. I tillegg fylte sykepleierne ut og oversendte meldingstypen «Utskrivningsrapport». Enkelte sykepleiere fortalte at de også sendte med pasienten en papirutskrift av utskrivningsrapporten. En typisk situasjon var når pasienten ble skrevet ut på fredags ettermiddag: «Det er ikke alltid at pasienten kommer hjem i kontortiden slik at de (kommunen) som skal ta imot pasienten har tilgjengelig informasjon» (Sykehuset). I tillegg fikk pasienten med seg legemiddelliste og epikrisen, hvis denne var ferdigstilt, i papirformat.

Sykepleierne på sykehuset rapporterte at det kunne være vanskelig å fylle ut Utskrivningsrapporten. Dette skyldtes selve utformingen av meldingen. Den er «litt krøkkete», som en

rende utsagn der elektronisk legemiddelliste var tatt i bruk.

## DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å utforske sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. Et hovedfunn var at sykepleierne var fornøyd med å kunne kommunisere og utveksle informasjon elektronisk. Bruken av PLO-meldinger var godt integrert i arbeidshverdagen. Imidlertid erfarte sykepleierne at PLO-meldingene ikke understøttet alle aspekter ved deres kommunikasjonsbehov. De brukte derfor supplerende kommunikasjonskanaler for å sikre informasjonskontinuitet. Dermed unngikk de uheldige konsekvenser for pasienten. Dette utfordrer samhandlingsformens målsetting om at elektronisk kommunikasjon skal være den foretrukne måten å kommunisere på mellom helsepersonell (1).

Elektronisk meldingsutveksling måtte suppleres med muntlig tale og møter for å avklare og utdype tvetydigheter, og/eller innhente tilleggsinformasjon. Årsaken til dette omfattet uforsutsigbarhet knyttet til pasientens utreisedato, inkonsistens mellom pasientens legemiddelliste i kommunen og i sykehus, manglende informasjon i meldinger og forskjeller i faglig tilnærming mellom nivåene. På denne måten nyanserer studiens funn bildet av tidligere rapporterte gevinster med elektronisk meldingsutveksling. Disse forteller om økt tilgjengelighet til nødvendig helseinformasjon og bedre kvalitet på innholdet i informasjonen som overføres (26). Funnene er likevel i tråd med annen forskning

som konstaterer at elektroniske kommunikasjonsløsninger i helsetjenesten ofte må suppleres med andre kommunikasjonskanaler (31–34).

Behovet for å supplere med andre kommunikasjonskanaler (telefon og vurderingsbesøk) for å innhente tilstrekkelig og relevant informasjon om pasienten var spesielt uttalt blant sykepleierne i kommunen. De måtte ofte gå utenom meldingssystemet for å sikre pasientbehandlingen. Dette skyldtes inkonsistens mellom pasientens medbrakte legemiddelliste (i papirformat) fra sykehuset og den legemiddellista pasienten stod på før innleggelse. I samsvar med eksempler fra litteraturen viser denne studien at manuell informasjonsutveksling om legemidler kunne representere en trussel for pasientsikkerheten (35,36). Dette gjenspeilte seg ikke der elektronisk legemiddelliste var tatt i bruk (25,37).

Behovet for bruk av supplerende kommunikasjonskanaler var også knyttet til informasjonsinnholdet i oversendte meldinger fra sykehus til kommune, for eksempel «Tidligmeldingen» som initierte utskrivningsforløpet. I samsvar med funn fra

ling. Kommunens sykepleiere hadde på sin side behov for å motta informasjon om pasientens helhetlige funksjonsnivå, hjelpebehov og preferanser. Slik informasjon var nødvendig for å kunne prioritere de sykeste for videre helsehjelp ved et sykehjem. Dette var også nødvendig for å tilrettelegge for helsehjelp og hjelpemidler før pasientens hjemkomst, og dermed unngå utsettelse av pasientbehandling og oppfølging (18). Behovet for muntlige avklaringer og tilleggsinformasjon var ekstra tydelig for pasienter som ikke tidligere hadde vært brukere av kommunale tjenester, den såkalte «0-brukeren».

Standardiserte PLO-meldinger er basert på standard innholdselementer med muligheter for å skrive fritekst. Våre funn viser at sykepleierne opplevde bruken av fritekst i PLO-meldingene som utfordrende. Selv om sykehusets sykepleiere kunne høste tekstinnehold fra elektronisk pasientjournal, så rapporterte de om individuelle forskjeller i hvordan de fylte ut meldingene. Dette gjaldt for eksempel hvor rik tekstbeskrivelsen var og hvilke felter de benyttet. Samtidig viser resul-

” Våre funn viser at sykepleierne opplevde bruken av fritekst i PLO-meldingene som utfordrende.

studier fra før meldingssystemet ble innført (12,13) hadde sykepleierne i sykehus og kommune fortsatt ulik faglig tilnærming til pasientens helsetilstand. Sykehusets sykepleiere knyttet meldingsinformasjonen til diagnose og behandling, for eksempel at pasienten var innlagt med lungebetennelse og skulle ha intravenøs antibiotikabehand-

latene fra en nylig publisert artikkel at det å skrive meldinger som blir lagret i journal-systemet, gjør at sykepleierne blir mer bevisste på hvordan de uttrykker seg skriftlig (38).

Bruk av fritekst med individuelle ordvalg og formuleringer gjorde at sykehusets dokumentasjon av helsehjelp og pasientens funksjonsnivå kunne fremstå

som noe ufullstendig for mottakeren, kommunen. En mulig forklaring var at journalen gir rom for ustrukturert dokumentasjon og at det var overlappende arbeid på grunn av likheten mellom «Helseopplysningskjemaet» og «Utskrivningsrapporten». Men nyere litteratur peker også på forklaringsfaktorer som at det er ulike journalsystemer ved sykehus og kommune, og at profesjonen mangler en standardisert nasjonal modell for sykepleiernes journalføring (22). Det at helse-

mottatt melding, eventuelt hvor kjent denne er innenfor en organisasjon (25). For sykepleierne ved begge nivåer var det viktig å få beskjed om at meldingene var mottatt og lest.

### Studiens begrensninger

Utvalget av ett sykehus og tre kommuner er for lite til at vi kan trekke generelle konklusjoner om sykepleiernes erfaringer med bruk av PLO-meldinger ved utskrivning av pasienter fra sykehus til hjemmetjeneste.

” Sykepleiere i både sykehus og kommune hadde behov for å vite at meldinger var mottatt av samhandlende helsepersonell.

personell kommuniserer på et omforent fagspråk, semantisk interoperabilitet (22), er en viktig forutsetning for utveksling og deling av informasjon på tvers av nivåer.

Teknologien kan åpne opp for nye måter å jobbe på (39). Et noe overraskende funn i denne studien var at sykepleiere ved både sykehus og kommune benyttet PLO-meldingene til å holde oversikt over pasientstrømmer. Dette gjorde de selv om praksis variert innad og mellom nivåer. En mulig forklaring kan tilskrives uforutsigbarheten rundt pasientens forventede utreisedato fra sykehuset. Kommunene erfarte for eksempel å få mange endringsmeldinger rundt pasienters utreisedato. Dette kompliserte deres oversikt over egne brukere. De måtte passe på at pasientene ikke ramlet ut av systemet så vel som å tilpasse planlegging av tjenestetilbud og ressurser. En annen forklaring kan knyttes til hvorvidt PLO-meldingssystemet har en funksjon for tilbakemeldinger på

Vi har heller ikke tatt hensyn til organisatoriske faktorer eller hvor lenge PLO-meldingene har vært i bruk ved de ulike enheter. Studiens gyldighet støttes imidlertid ved at funnene drøftes opp mot tidligere forskning.

### KONKLUSJON

PLO-meldinger er et nyttig kommunikasjonsverktøy i utskrivningsprosessen. Men det må kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuitet ved utskrivningsplanlegging og utskrivning av pasienter fra sykehus til hjemmetjeneste. For å styrke meldingsutvekslingssystemets rolle som kommunikasjonsredskap, er det nødvendig å arbeide videre med innholdet i meldingenes fritekstfelter. Det er også en forutsetning å få til en felles forståelse for informasjonsbehovet på tvers av helsetjenestenivåer.

*Studien er støttet av Norges Forskningsråd, NFR prosjekt nr. 229623-SIKT (EVASAM-programmet).*

### REFERANSER

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD); 2012.
2. **Norsk helsenett årsrapport 2013.** Norsk Helsenett; Tilgjengelig fra: <https://www.nhn.no/om-oss/Documents/arsrapport-NHN-2013.pdf>. Nedlastet 21-10-2015.
3. **Bauer M, Fitzgerald L, Haester E, Manfrin M.** Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing.* 2009;18(18):2539–46.
4. **KS FOU-prosjekt nr. 124005.** Utskrivningsklare pasienter – endrer praksis seg. Oslo: Rambøll Management Consulting, 2012. Tilgjengelig fra: [http://www.ks.no/contentassets/dfac809f5934f4bbf69c8348c5c47ec/124005\\_rapport-utskrivningsklare-pasienter.pdf](http://www.ks.no/contentassets/dfac809f5934f4bbf69c8348c5c47ec/124005_rapport-utskrivningsklare-pasienter.pdf). Nedlastet 21-10-2015.
5. **Olsen RM, Hellzén O, Enmarker I.** Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care,* mars 2013. ISSN 1568–4156. Tilgjengelig fra: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/879>. Nedlastet 21-10-2015.
6. **Olsen RM, Hellzén O, Skotnes LH, Enmarker I.** Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: a case study. *International Journal of Integrated Care,* mai 2014. ISSN 1568–4156. Tilgjengelig fra: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1525>. Nedlastet 21-10-2015.
7. **Storm M, Siemsen IMD, Laugaland KA, Dyrstad DN, Aase K.** Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care,* mai 2014. ISSN 1568–4156. Tilgjengelig fra: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANB%3ANL%3AUJ%3A10-1-114780>. Nedlastet 21-10-2015.
8. **Danielsen B, Fjær S.** Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning.* 2010;5(1):28–34.
9. **Hellesø R, Lorensen M, Sorensen L.** Challenging the information gap – the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics.* 2004;73(7-8):569–80.
10. **Innspill til Helse- og omsorgsministerens arbeid med samhandlingsreformen.** Statens helsetilsyn, 2008. Tilgjengelig fra: <https://helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/>



Brev-hoeringsuttalelser/Utvalgte brev-og-hoeringsuttalelser-tidligere-ar/Innspill-samhandlingsreformen/. Nedlastet: 21-10-2015.

11. **Shah F, Burack O, Boockvar KS.** Perceived Barriers to Communication Between Hospital and Nursing Home at Time of Patient Transfer. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2010;11(4):239–45.

12. **Hellesø R, Fagermoen MS.** Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care.* Feb 2010. ISSN 1568-4156. Tilgjengelig fra: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/508>. Nedlastet: 21-10-2015.

13. **Valaker I.** Et helhetlig behandlingsforløp - om samhandling rundt pasienter. I: Bukve O, Kvåle G (red). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner.* Oslo: Universitetsforlaget AS; 2014.

14. **Naustdal A-G, Netteland G.** Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning.* 2012;7(3): 270–7.

15. **Heimly V, Hygen J.** The Norwegian Coordination Reform and the Role of Electronic Collaboration. *Electronic Journals of Health Informatics.* 2011;6(4). Tilgjengelig fra: <http://www.ejhi.net/ojs/index.php/ejhi/article/view/176>. Nedlastet: 21-10-2015.

16. **Marcotte L, Kirtane J, Lynn J, McKethan A.** Integrating Health Information Technology to Achieve Seamless Care Transitions. *Journal of Patient Safety.* 2015. Tilgjengelig fra: [http://journals.lww.com/journal-patientsafety/Fulltext/publishahead/Integrating\\_Health\\_Information\\_Technology\\_to.99789.aspx](http://journals.lww.com/journal-patientsafety/Fulltext/publishahead/Integrating_Health_Information_Technology_to.99789.aspx). Nedlastet: 21-10-2015.

17. **Hewner S, Seo JY.** Informatics' Role in Integrating Population and Patient-centered Knowledge to Improve Care Transitions in Complex Chronic Disease. *Online Journal of Nursing Informatics.* 2014;18(2). Tilgjengelig fra: <http://www.himss.org/resourcelibrary/TopicList.aspx?MetaDataID=3055>. Nedlastet: 21-10-2015.

18. **Netteland G, Naustdal A-G.** Risikofaktorer ved overgang. I: Bukve O, Kvåle G (red). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner.* Oslo: Universitetsforlaget AS; 2014.

19. **Dunnion ME, Kelly B.** All referrals completed? The issues of liaison and documentation when discharging older people from an emergency department to home. *Journal of Clinical Nursing.* 2008;17(18):2471–9.

20. **Berntsen G, Høyem A, Gammon D.** Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted. Tromsø: Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Universi-

tetspsykehuset Nord-Norge; 2014. NST-rapport 07-2014.

21. **Helsedirektoratet.** Veiviser – Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen. IS-1920. Oslo 2011. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veiviser-hvordan-komme-i-gang-med-elektronisk-meldingsutveksling-i-kommunen>. (Nedlastet: 21-10-2015).

22. **Svanes M, Nyhus VÅ, Hagen O, Bømark SR, Vabo G, Holen-Rabbersvik E.** Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ (v. 5.0). Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for e-helse, 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2481424/10503/Ny-veileder-for-klinisk-dokumentasjon-sykepleie>. Nedlastet: 08-10-2015.

23. **Slagsvold H.** Meldingsutbredelse i kommunehelsetjenesten. *Norsk Helsenett SF.* 2015. Tilgjengelig fra: <https://nhn.no/aktuelt/Documents/vedlegg/KomUT-sluttrapport.pdf>. (Nedlastet: 21-10-2015).

24. **Holte H, Lidal I, Gundersen M.** Utskriving av pasienter med kronisk sykdom: effekt av ulike former for samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Rapport fra Kunnskapssenteret – Systematisk oversikt. 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utskriving-av-pasienter-med-kronisk-sykdom-effekt-av-ulike-former-for-samhandling-mellom-sykehus-og-kommunehelsetjeneste>. (Nedlastet: 25-05-2015).

25. **Borgen K, Melby L, Hellesø R, Steinsbekk A.** Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien Forskning.* 2015;10(1):42–8.

26. **PricewaterhouseCoopers.** Gode modeller for elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren. Kostnader og gevinster for små kommuner. På oppdrag fra KS og Norsk Helsenett, 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/fou-elektroniske-meldinger-gevinster-for-sma-kommuner/>. (Nedlastet: 21-10-2015).

27. **Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R.** Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219.

28. **Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R.** Defusing the confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. *Canadian Health Services Research Foundation;* 2002. Tilgjengelig fra: <http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>. nedlastet: 15-10-2015.

29. **Tjora AH.** Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.

30. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.

31. **Paulsen B, Romøren TI, Grimsmo A.** A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care.* Mars 2013. ISSN 1568-4156. Tilgjengelig fra: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AU%3A10-1-114285>. Nedlastet: 11-05-2015.

32. **Brattheim BJ, Toussaint PJ, Faxvaag A.** When Information Sharing is not Enough. *Stud Health Technol Inform.* 2011;169:359–63.

33. **Mäenpää T, Suominen T, Asikainen P, Maass M, Rostila I.** The outcomes of regional healthcare information systems in health care: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics.* 2009;78(11):757–71.

34. **Nordberg M.** Elektronisk sykepleierapport utfordrer sykepleiekontinuiteten. *Sykepleien Fag.* 2015(02):50–3.

35. **Frydenberg K, Brekke M.** Poor communication on patients' medication across health care levels leads to potentially harmful medication errors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2012;30(4):234–40.

36. **Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS.** *To err is human: building a safer health system.* Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.

37. **Lyngstad M, Melby L, Grimsmo A, Hellesø R.** Toward Increased Patient Safety? *Electronic Communication of Medication Information Between Nurses in Home Health Care and General Practitioners.* *Home Health Care Management & Practice.* 2013; 25(5): 203–211.

38. **Melby L, Brattheim BJ, Hellesø R.** Patients in transition – improving hospital – home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing.* 2015 Sep 15. doi: 10.1111/jocn.12991. [Epub ahead of print].

39. **Vimarlund V, Olve N-g, Scandurra I, Koch S.** Organizational effects of information and communication technology (ICT) in elderly home care: a case study. *Health Informatics Journal.* 2008;14(3):195–210.

40. **Vestlandshettet.** Veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet. Tilgjengelig fra: [https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00152/Veilederen\\_p\\_bokm\\_\\_152543a.pdf](https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00152/Veilederen_p_bokm__152543a.pdf). Nedlastet: 21-10-2015.

# PLO-meldinger gir nyttig informasjon

› Utskrivningsprosessen er sårbar og bør foregå så smidig og sikkert som mulig.



**Mona Carlsen**

Pasientkoordinator, Halden kommune.

Studien til Brattheim og medforfattere gir nyttig informasjon om hvilke erfaringer sykepleiere har med å bruke pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) i utskrivningsprosessen fra sykehus til kommunalhelsetjeneste. Studien har, som forfatterne beskriver, noen begrensninger med bakgrunn i utvalget: Ett universitetssykehus og tre kommuner. Likevel mener jeg studien belyser hovedlinjene i den elektroniske informasjonsutvekslingen mellom kommune og sykehus.

Jeg savner en beskrivelse av hele kjeden av informasjonsdeling ved bruk av PLO-meldinger. Samhandlingen skal starte med «Melding om innlagt pasient», dersom pasienten på innleggelsestidspunkt mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal da sende innleggesrapport til sykehuset. En slik rapport kan inneholde viktig og eventuelt kritisk informasjon. I tillegg kan den inneholde

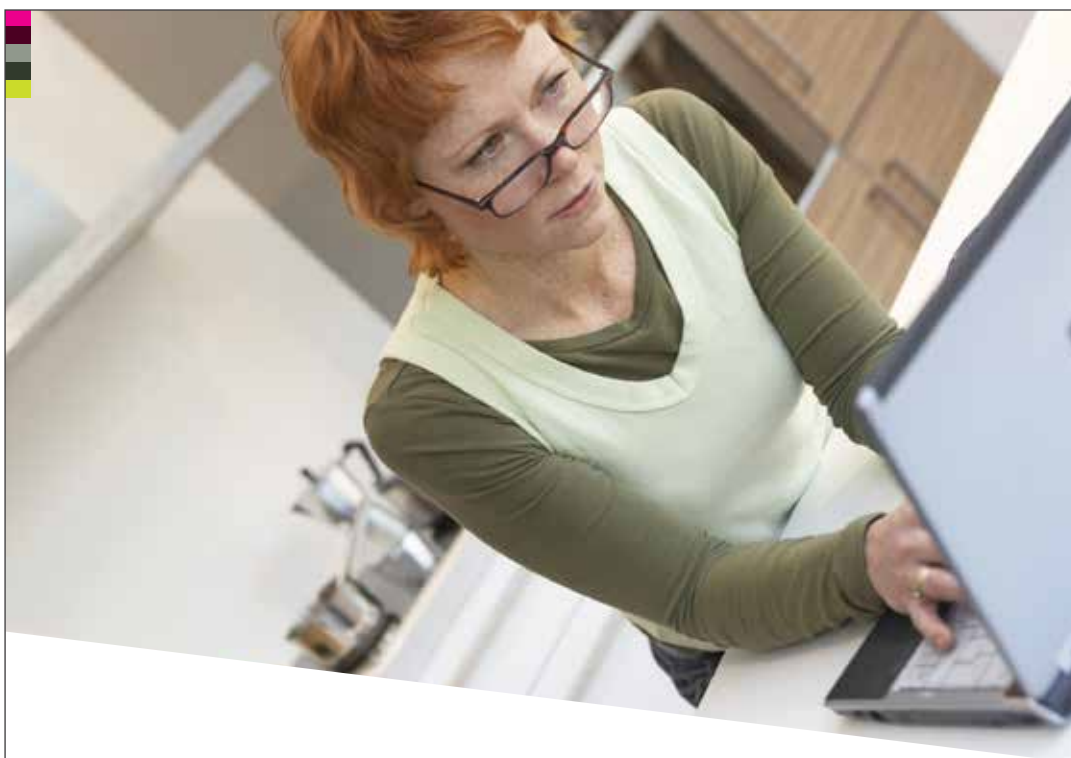
informasjon om pasientens funksjonsnivå, hvilket tjenestetilbud pasienten mottar, samt informasjon om den aktuelle bakgrunnen for innleggelsen. Denne informasjonen bør og kan være et viktig bidrag til å ta beslutninger i den videre planprosessen, med tanke på hvilke bistandsbehov pasienten vil ha. Viktig informasjon tilbake til kommunen er da endret bistandsbehov, eller andre behov ved utskrivelsen.

Min erfaring er at det er behov for samtale per telefon, eller vurderingsbesøk hos et fåtall av pasientene. Telefonsamtaler angående innleggende pasienter er redusert med 95 prosent etter innføring av PLO-meldinger. De samtaler man nå tar er for å avklare praktiske ting i forbindelse med overføringen til kommunen, eller hvis man er uenige om bistandsbehov. Dette er kommunikasjon som ikke hører inn i PLO-meldinger, og skal således ikke inn i pasientens journal.

Utskrivningsprosessen er, som artikkelen nevner, en sårbar situasjon for pasientene. Det er viktig at denne foregår på en smidig og sikker måte, både for pasient og helsepersonell. Min erfaring er at pasientene som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene har mer komplekse og sammensatte medisinske problemstillinger enn tidligere. Tilgang på korrekt og oppdatert informasjon om pasientens status, samt videre behandling ved overføring mellom forvaltningsnivåene, er helt avgjørende. Dette sikrer pasientbehandlingen i neste ledd i behandlingsskjeden. Min erfaring er at mange kommuner benytter PLO-meldinger som beslutningsstøtte for logistikkplaner internt i kommunen.

Les artikkelen på side 26



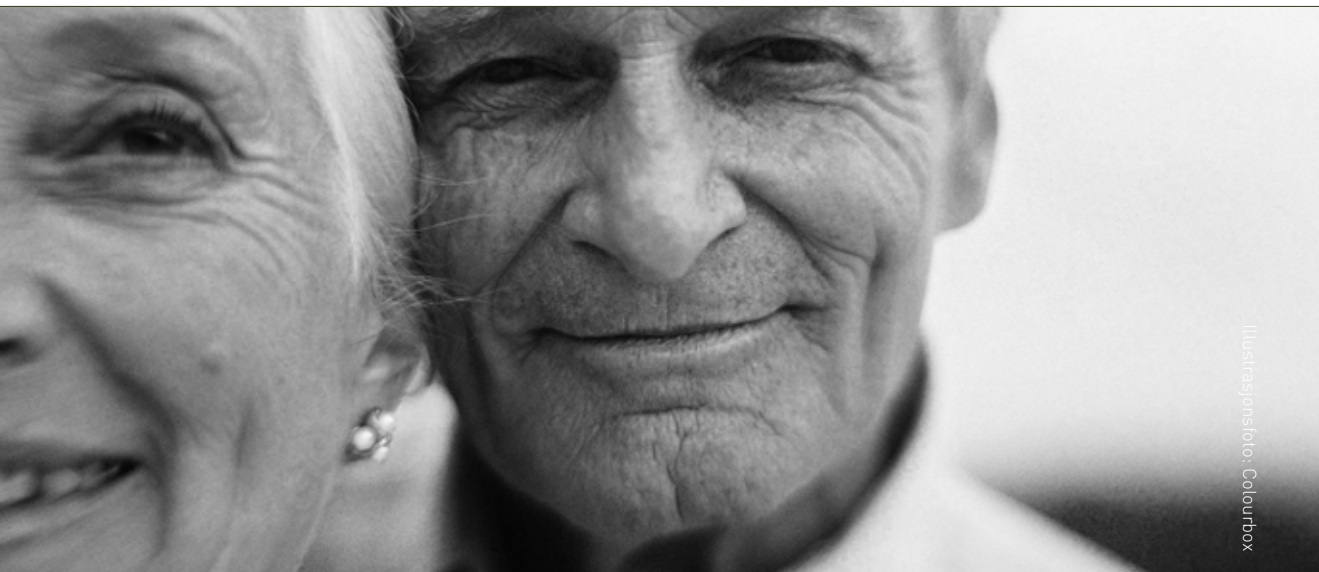


## Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

Vi publiserer nyttestoff som hjelper deg å komme i gang. Sjekk skrive tipsene under nyttestoff på nettsiden til Sykepleien forskning. Her finner du informasjon om hvordan en vitenskapelig artikkel er bygget opp og hva de enkelte delene bør inneholde.

Eksempler på tema:

- Tittel og nøkkelord
- Innledningen
- Resultatkapitlet
- Sammendraget
- Metodekapitlet
- Diskusjonskapitlet



Illustrasjonsfoto: Colourbox

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** I Norge er det årlig cirka 15 000 sykehusinnleggelses på grunn av hjerneslag. Utenlandske studier har vist at flere kvinner enn menn rapporterer dårligere helse og funksjonsevne etter hjerneslag, men dette er lite undersøkt i Norge.

**Hensikt:** Undersøke om det er forskjell i kvinner og menns vurdering av helse, funksjonsevne, evne til å ivareta dagliglivets aktiviteter, og bruk av helsetjenester etter hjerneslag.

**Metode:** Tverrsnittstudie fra Hel-seundersøkelsen i Nord-Trøndelag

(HUNT 3) innsamlet fra 2006–2008. Studien inkluderer 1190 personer som har hatt hjerneslag, 572 (48,1 prosent) kvinner og 618 (51,9 prosent) menn.

**Resultat:** 71,5 prosent kvinner og 73 prosent menn hadde kommet seg helt etter siste hjerneslag. Kun 6,2 prosent hadde svært alvorlig, alvorlig eller moderat funksjonssvikt. Kvinner ble sjeldnere innlagt på sykehus enn menn ( $p < 0,001$ ). Signifikant flere menn vurderte helsen som god etter hjerneslaget. Flere kvinner over 70 år brukte hjemmehjelp og hjemmesykepleie det

siste året ( $p < 0,001$ ). Færre kvinner hadde venner som kan hjelpe dem ( $p = 0,001$ ).

**Konklusjon:** Det er ingen forskjell i funksjonssvikt mellom kvinner og menn etter hjerneslag. De fleste klarer seg uten hjelp til å vaske seg, dusje, kle på seg, legge seg, stå opp og spise. Flere kvinner vasker klær og lager mat, mens flere menn kjører bil. Kvinnene bor oftere alene, bruker hjemmehjelp og hjemmesykepleie. En viktig implikasjon for sykepleiepraksis er å tilrettelegge individuell tilpasset behandling og opp trening.

## ENGLISH SUMMARY

### Women and mens evaluation of health and functional ability in HUNT 3 after stroke

**Background:** There are around 15000 hospital admissions in Norway each year, due to stroke. International studies have shown that more women than men report worse health and reduced functional ability after a stroke. There are few Norwegian studies on this topic.

**Objective:** To examine possible differences between women's and men's evaluation of health, functional ability, ability to perform activities of daily living, and use of health services, after suffering a stroke.

**Method:** A cross-sectional study based on data from the Health Survey in Nord-Trøndelag (HUNT 3) collected from 2006 to 2008. The study includes 1190 persons who reported they had a stroke; 572 (48.1%) women and 618 (51.9%) men.

**Results:** 71.5 % of the women and 73 % of the men had fully recovered after their last stroke. Only 6.2 % had very serious, severe, or moderate functional disability. Women were more seldom admitted to hospital than men were ( $p < 0.001$ ). Significantly more men evaluated their health after their stroke as good. Significantly more women than men over 70 years of age had used home care and home nursing during the last 12 months ( $p < 0.001$ ).

Fewer women had friends who could help them ( $p = 0.001$ ).

**Conclusion:** There is no difference in functional disability between women and men after having a stroke. The majority manage to wash themselves, take a shower, dress themselves, go to bed, get out of bed and eat meals without help. More women than men wash clothes and prepare meals, while more men drive cars. Women more frequently live alone, use home care and home nursing. An important implication for nursing practice is to facilitate individually adapted treatment and rehabilitation.

**Keywords:** Stroke, health, functional ability, gender, cross-sectional study

# » Kvinner og menns vurdering av helse og funksjonsevne i HUNT 3 etter hjerneslag

Forfattere: **Borghild Løyland, Line Todal og Randi Andenæs**

## NØKKELORD

- Hjerneslag
- Helse
- Funksjonsevne
- Kjønn
- Tverrsnittstudie

## INTRODUKSJON

I 2012 var det ifølge Hjerteregisteret 19 211 episoder med hoveddiagnose akutt hjerneslag i Norge (1). Dette førte til 4262 polikliniske konsultasjoner, 14 949 sykehusinnleggelses og 12 387 sykehusopphold fordelt på 10 672 pasienter (1). Av disse pasientene var 5632 menn og 5040 kvinner. Etter 28 dager var 10,9 prosent av mennene og 16,4 prosent av kvinnene døde (1). Dødeligheten etter hjerneslag var i 2012 lavere i Nord-Trøndelag enn i de fleste andre fylker og var høyere blant kvinner enn menn (2).

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken etter koronarsykdom og kreft (3) og den viktigste årsak til alvorlig funksjonshemming (4). Norsk hjerneslagsregister som i 2013 omfatter 53 sykehus i landet (cirka 76 prosent av pasientene), rapporterer at to av fem har kommet seg helt tre måne-

der etter hjerneslaget (5). Ifølge WHO får cirka 15 millioner mennesker hjerneslag ellers i verden, hvorav en tredjedel dør og en tredjedel får alvorlig funksjonssvikt (6). Dødeligheten i Norge har gått ned de siste ti årene. Man antar at økt fokusering på hjerneslag både i det medisinske miljøet og i media, samt hurtig akuttbehandling kan være viktige årsaker til denne reduksjonen (7,8). Til tross for økt vekt på forebygging de senere årene, har ikke antall hjerneslag per år gått ned (3,9). Andelen forventes å øke siden levealderen øker (10). Anslagsvis lever det 55 000 personer i Norge som har hatt hjerneslag (3).

Risikofaktorene for å få hjerneslag er mange, de fleste like for kvinner og menn, og høyt blodtrykk er den viktigste (5,11). Risikoen er høyere for menn enn for kvinner både i Norge og i andre skandinaviske land (3). I gjennomsnitt er menn yngre enn kvinner når de rammes av sitt første hjerneslag; 75 år mot 78 år hos kvinner. Antallet menn og kvinner som lever med hjerneslag er omtrent like stort, fordi det er flere kvinner i den eldre delen av befolkningen (3,7).

De mest typiske funksjons-

utfallene etter hjerneslag er halvsidig lammelse i ekstremitetene eller i ansikt, følelsetap, svelg og talevansker, synsutfall, svekket balanse, neglekt, bevissthetsendringer, psykiske plager, smerter samt blære- og tarmforstyrrelser (4). Andre konsekvenser som kan påvirke funksjonsevne er fatigue, depresjon, angst og søvnforstyrrelser (12,13). Imidlertid ble det nylig publisert en longitudinell studie som undersøkte funksjonsevne og grad av funksjonsuavhengighet etter hjerneblødning hos pasienter på Sørlandet sykehus. Studien viste at to av tre ikke

### Hva tilfører studien?

Studien viser ingen forskjell i funksjonssvikt mellom kvinner og menn etter hjerneslag, men det kan likevel synes som om hjerneslag påvirker kvinners helse mer negativt.

### Mer om forfatterne:

Borghild Løyland er førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Line Todal er intensivsykepleier og fagutviklingssykepleier ved Akershus universitetssykehus. Begge er førsteforfattere. Randi Andenæs er førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Kontaktinfo: line.todal@ahus.no og borghild.loyl@hioa.no.

trengte hjelp i dagliglivets aktiviteter etter cirka fire år (14).

Hjerneslaget i seg selv, og hvordan kroppen fungerer etter et hjerneslag vil påvirke helsen til dem som rammes, noe som

forklare kvinnenes dårligere helse og funksjonsevne etter hjerneslag (27).

En norsk studie fra 1997 konkluderer med at det kan se ut som om kvinner har mer

instrumentet SF-36, og er ofte brukt ved vurdering av egen helsestatus (29).

## ” Risikofaktorene for å få hjerneslag er mange, de fleste like for kvinner og menn.

igjen kan øke behovet for helsetjenester. Tidligere studier har vist at kvinner har flere fysiske utfall og begrensninger i dagliglivets aktiviteter enn menn (15). En europeisk studie med pasienter som hadde hatt hjerneslag og vært innlagt på sykehus, viste at kvinner oftere hadde nedsatt funksjonsevne, og mer uførhet tre måneder etter hjerneslaget enn menn (16). To svenske studier har vist at kvinner har dårligere helse enn menn i opp til tre måneder etter hjerneslaget (17,18).

Studier fra Amerika, Asia og Europa bekrefter at å være kvinne kan være en viktig faktor for utfallet og funksjonsevne både umiddelbart etter, og lang tid etter et hjerneslag (16,19,20). Selv om tidligere studier kan tyde på at kvinner har dårligere funksjonsevne enn menn, er funnene ikke entydige. Flere studier har vist at det ikke er signifikante forskjeller i funksjonsevne mellom kvinner og menn etter hjerneslag når det kontrolleres for alder, slagalvorlighet og funksjonsevne før hjerneslaget (17,21,22). Norske forskere har vist at kvinner syntes det var vanskelig å mestre praktiske oppgaver og å ivareta de ulike kvinneverkene i etterkant av hjerneslaget (23-26). Dette er i tråd med en amerikansk studie som viser at sosiokulturelle faktorer som kjønnsroller, sosial støtte, ressurstilgang og depresjon kunne

svakket funksjonsevne etter hjerneslag enn menn (28). Etter denne studien er det vanskelig å finne tilsvarende norske studier som har undersøkt kjønnsforskjeller i helse, funksjonsevne og bruk av helsetjenester etter hjerneslag. Det er viktig med mer og ny kunnskap om dette temaet i en norsk populasjon. Hensikten med denne studien er derfor å undersøke om kvinner og menn vurderer sin helse og funksjonsevne forskjellig etter hjerneslag, og om det er forskjell mellom kvinner og menn i bruk av helsetjenester etter et hjerneslag.

### METODE

Studien baserer seg på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT 3. Alle innbyggerne i de 24 kommunene i fylket ble invitert til å delta. Studien foregikk fra oktober 2006 til juni 2008 (8). Cirka 93 860 personer var kvalifisert til å delta og 54,1 prosent deltok i HUNT 3.

Utvalget i denne studien er 1190 personer som hadde hatt hjerneslag eller hjerneblødning. Sosiodemografiske variabler: Kjønn, alder, sivilstand, bor alene og yrkesaktivitet.

For å kartlegge egenvurdert helse stilte vi spørsmålet: «Hvordan er helsa di nå?». Spørsmålet hadde fire svaralternativer; «dårlig», «ikke helt god», «god» og «svært god». Spørsmålet er hentet fra det godt validerte

### Funksjonssvikt

HUNT's versjon av Modifisert Rankin skala (mRS) er brukt som funksjonsvurdering etter hjerneslag (30). Første spørsmål er: «Har du kommet deg helt etter ditt siste hjerneslag?», med svaralternativene ja eller nei. På spørsmålet: «Hvis du har hatt hjerneslag, hvordan påvirker det i dag din funksjonsevne og din evne til å utføre vanlige daglige gjøremål?» var det seks svaralternativer fra: 0) Ingen symptomer og ingen funksjonssvikt, 1) Ingen nevneverdig funksjonssvikt, med forklaringen «har noen symptomer, men klarer å utføre alle oppgaver og aktiviteter som før hjerneslaget», 2) Lett funksjonssvikt, 3) Moderat funksjonssvikt, 4) Alvorlig funksjonssvikt, og 5) Svært alvorlig funksjonssvikt. En mRS skår på 0-2 tilsvarer ingen til lett funksjonssvikt og blir definert som uavhengighet (14,19). Moderat til svært alvorlig funksjonssvikt (mRS 3-5) defineres som avhengighet. mRS er funnet å være valid og reliabel både i Norge og internasjonalt (4,31). Grunnet få respondenter med mRS skåre 4 og 5 ble disse kategoriene slått sammen. Spørsmål om hvilke gjøremål de selv klarer uten hjelp av andre i det daglige ble stilt til personer over 70 år og eldre.

### Bruk av helsetjenester

Spørsmålene omfatter om de hadde vært innlagt i sykehus i løpet av de siste 12 månedene, vært hos fastlege/allmennlege, vært hos annen spesialist utenfor sykehus, til konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk poliklinikk, til konsultasjon uten

innleggelse ved annen poliklinikk i sykehus, hos kiropraktorer eller alternativ behandler. De ble også spurt om de hadde vært innlagt i sykehus i forbindelse med hjernslaget. Kvinner og menn på 70 år og eldre ble spurt om de hadde brukt hjemmehjelp, hjemmesykepleie eller vært innlagt på sykehjem i løpet av de siste 12 månedene. Variabelen «har du nære venner som kan hjelpe deg når du trenger det», er også inkludert. Svaralternativene på alle de ovennevnte spørsmålene var ja eller nei.

### Andre variabler

Spørsmål om de hadde brukt blodtrykksmedisin, hatt hjerteinfarkt, angina pectoris, hjertesvikt, annen hjertesykdom, hjerteflimmer (atrieflimmer) eller diabetes, og ett spørsmål om de hadde hatt smerter med varighet over 6 måneder ble inkludert. Svaralternativene var ja eller nei. Overvekt er en variabel laget av oppgitt kroppsmasseindeks (BMI). BMI er en kontinuerlig variabel som er omkodet til dikotom variabel. BMI under 29,9 fikk verdien 0, og BMI >

30 blir regnet som overvekt, og fikk verdien 1. Spørsmålet «Hvor ofte driver du mosjon» hadde svaralternativene «aldri», «mindre enn en gang i uka», «en gang i uka», «2–3 ganger i uka», «omtrent hver dag».

### Statistiske analyser

Det er gjort beskrivende dataanalyser. Kontinuerlige variabler ble analysert med *t*-test og presentert ved gjennomsnitt og standardavvik. Ordinal og kategoriske data ble analysert ved kji-kvadrattest og signifikansnivået satt til  $p < 0,05$ . Der spørsmålene hadde flere enn en verdi og kji-kvadrattesten indikerte statistisk signifikans ble det foretatt post hoc test Bonferroni. Det innebærer at om det for eksempel er seks mulige hypoteser, (det vil si 0,05/6), må *p*-verdien være  $< 0,008$  for at den enkelte hypotesen blir betraktet som statistisk signifikant. Beskrivende statistikk er presentert i frekvenstabeller, figurer og beskrevet i teksten. Data ble analysert ved bruk av statistikkprogrammet SPSS versjon 22.

### Etikk

Denne studien er vurdert og godkjent av den regionale forskningsetiske komité for medisin (REK sør øst C, nr. 2012/2261), av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste i 2013, og fikk godkjenning til datamateriale fra HUNT forskningssenter i 2013.

### RESULTATER

Tabell 1 viser utvalget på 1190 respondenter, med 572 (48,1 prosent) kvinner og 618 (51,9 prosent) menn. Gjennomsnittsalderen var 68 år, og post hoc tester viste at det det ikke var signifikante forskjeller i alder mellom kvinner og menn. Den

**Tabell 1:** Faktorer som kan påvirke kvinner og menns egenvurdering av helse, funksjonsevne og bruk av helsetjenester. Resultatene presenteres i absolutte tall og valid prosent i parentes.

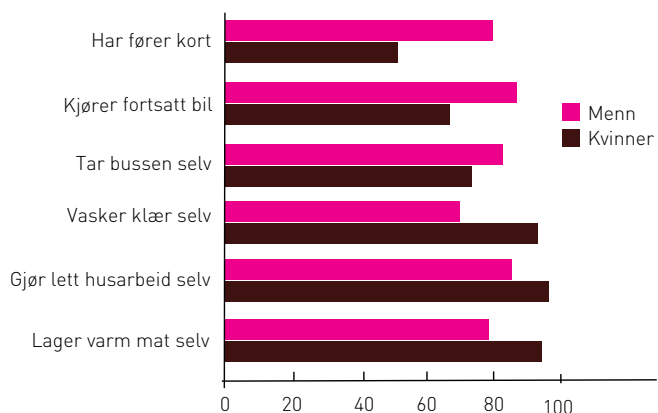
Variabel	Totale utvalgt n (%)	Kvinner n (%)	Menn n (%)	P-verdi
<b>Kjønn</b>	1190 (100)	572 (48,1)	618 (51,9)	0,336
<b>Gjennomsnittsalder</b>				0,686
+/- SD år	68 +/- 11,6	68,2 +/- 12,1	67,9 +/- 11,1	
<b>Alder, år</b>	1190 (100)	572 (48,1)	618 (51,9)	0,033*
27–44	48 (4)	27 (4,7)	21 (3,4)	
45–66	480 (40,3)	227 (39,7)	253 (40,9)	
67–79	470 (39,5)	210 (36,7)	260 (42,1)	
80 og over	192 (16,2)	108 (18,9)	84 (13,6)	
<b>Sivilstand</b>	1190 (100)	572 (48,1)	618 (51,9)	<0,001
Ugift	89 (7,5)	37 (6,5)	52 (8,4)	
Gift/samboere	781 (65,6)	320 (55,9)	461 (74,6)	
Enke (mann)	202 (17)	156 (27,3)	46 (7,4)	
Skilt/separert	118 (9,9)	59 (10,3)	59 (9,6)	
<b>Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?</b>	1152 (100)	547 (47,5)	605 (52,5)	0,001
Ja	1050 (91,1)	482 (88,1)	568 (93,9)	
Nei	102 (8,9)	65 (11,9)	37 (6,1)	
<b>Yrkesaktiv</b>	1189 (100)	572 (48,1)	617 (51,9)	0,221
Ja	272 (22,9)	122 (21,3)	150 (24,3)	
Nei	917 (77,1)	450 (78,7)	467 (75,7)	

\*Post hoc test Bonferroni viste ingen signifikant forskjell

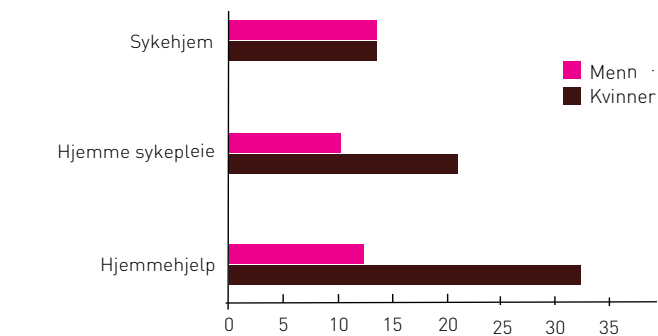
**Tabell 2:** Egenvurdert helse hos kvinner og menn etter hjerneslag. Resultatene presenteres i absolutt antall og valid prosent i parentes.

Variabel	Totale utvalg n (%)	Kvinner n (%)	Menn n (%)	P-verdi
<b>Egenvurdert helse</b>	1148 (100)	548 (47,7)	600 (52,3)	0,009
Dårlig	63 (5,5)	33 (6,0)	30 (5,0)	
Ikke helt god	583 (50,8)	298 (54,4)	285 (47,5)	
God	471 (41,0)	198 (36,1)	273 (45,5)	
Svært god	31 (2,7)	19 (3,5)	12 (2,0)	

**Figur 1:** Daglige oppgaver hvor det er signifikante forskjeller i selvstendighet mellom kvinner og menn i alderen 70 år og eldre etter hjerneslag (n = 550, 267 kvinner og 283 menn) Resultatene presenteres i valid prosent (%).



**Figur 2:** Bruk av hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjemsiste 12 måneder av personer på 70 år og eldre. (n = 550, 267 kvinner og 283 menn) N= 550. Resultatene presenteres i valid prosent (%).



eldste kvinnen var 95 år og den eldste mannen 88 år. Flere menn var gift eller levde i samboerforhold (80,9 prosent,  $p < 0,001$ ) mens flere kvinner var enker ( $p < 0,001$ ) eller bodde alene ( $p < 0,001$ ).

Gjennomsnittsalderen ved første hjerneslag var 58 år (SD 14,4), og medianen var 60 år. Tidligst rapporterte hjerneslag både for kvinner og menn i utvalget var før fylte 1 år. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i antall hjerneslag ( $p = 0,682$ ); hele 79,9 prosent har kun hatt hjerneslag én gang. De fleste var innlagt på sykehus i forbindelse med sitt siste hjerneslag men kvinnene ble sjeldnere innlagt enn menn, henholdsvis 77,8 prosent kvinner og 85,9 prosent menn ( $p < 0,001$ ). Det var ingen forskjell mellom kvinner og menn i bruk av blodtrykksmedisin ( $p = 0,450$ ), forekomst av atrieflimmer ( $p = 0,757$ ), diabetes ( $p = 0,135$ ), eller BMI ( $p = 0,890$ ). Omtrent 30 prosent hadde BMI over 30. En femtedel (20,5 prosent) rapporterte at de drev mosjon omtrent daglig og 10 prosent svarte at de aldri mosjonerte. Her var det ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn. Flere menn har hatt hjerteinfarkt, hjertesvikt og angina pectoris ( $p < 0,001$ ). Flere kvinner har hatt langvarige smerter over seks måneder sammenliknet med menn, henholdsvis 60,1 prosent og 42,7 prosent ( $p < 0,001$ ).

Tabell 2 viser hvordan kvinner og menn vurderte sin egen helse og post hoc test viste at en signifikant høyere andel menn rapporterte at de hadde god helse sammenliknet med kvinner.

Tabell 3 viser at nesten 3/4 av det totale utvalget hadde kommet seg helt etter siste hjerneslag



(72,3 prosent) og det er ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn ( $p= 0,595$ ). Kun 6,2 prosent rapporterte moderat til svært alvorlig funksjonssvikt og det var ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn.

Figur 1 viser signifikante forskjeller i evne til å ivareta gjøremål i dagliglivet mellom kvinner og menn >70 år.

Mer enn 90 prosent av både kvinner og menn svarte at de selv uten hjelp klarte å gå innendørs i samme etasje, gå på toalettet, vaske seg på kroppen, bade eller dusje, kle på seg selv, legge seg og stå opp og spise selv. Det var ingen signifikante forskjeller.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i bruk av helsetjenester i løpet av de siste tolv månedene, med unntak av at kvinner oftere oppsøkte alternativ behandler ( $p<0,001$ ) og annen legespesialist ( $p<0,014$ ). Figur 2 viser at signifikant flere kvinner i alderen 70 år og eldre brukte hjemmehjelp (31,2 prosent kvinner og 12,4 prosent menn,  $p<0,001$ ) og hjemmesykepleie (20,8 prosent kvinner og 10 prosent menn,  $p<0,001$ ) i løpet av de siste tolv månedene.

## DISKUSJON

Dette er en av få norske studier som har undersøkt om kvinner og menn vurderer helse og funksjonsevne forskjellig etter hjerneslag, og om det er forskjell i bruk av helsetjenester. Et viktig funn er at hele 72 prosent rapporterer at de har kommet seg helt etter hjerneslaget, og det er bra. Både kvinner og menn oppgir at de har lite funksjonssvikt; 92 prosent av kvinnene og 96 prosent av mennene rapporterer ingen til lett funksjonssvikt. Dette funnet

**Tabell 3:** Egenrapportert grad av funksjonssvikt hos kvinner og menn og om de har kommet seg helt etter siste hjerneslag. Resultatene presenteres i absolutte tall og valid prosent i parentes

Variabel	Totale utvalg n (%)	Kvinner n (%)	Menn n (%)	P-verdi
<b>Har du kommet deg helt etter siste hjerneslag?</b>	1134 (100)	534 (47,1)	600 (52,9)	0,595
Ja	820 (72,3)	382 (71,5)	438 (73)	
Nei	314 (27,7)	152 (28,5)	162 (27)	
<b>Egenrapportert grad av funksjonssvikt.</b>	1020 (100)	456 (45,6)	555 (54,5)	0,046*
<b>Ingen symptomer og ingen funksjonssvikt.</b> Samme tilstand som før hjerneslaget.	556 (54,5)	265 (55,1)	300 (54,1)	
<b>Ingen nevneverdig funksjonssvikt.</b> Har symptomer, men klarer å utføre alle oppgaver og aktiviteter som før hjerneslaget.	235 (23)	92 (19,8)	143 (25,8)	
<b>Lett funksjonssvikt.</b> Klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før hjerneslaget, men klarer de vanlige gjøremål uten hjelp.	166 (16,3)	78 (16,8)	88 (15,9)	
<b>Moderat funksjonssvikt.</b> Trenger litt hjelp i daglige gjøremål, men klarer å gå uten hjelp av en annen person.	47 (4,6)	28 (6,0)	19 (3,4)	
<b>Alvorlig / Svært alvorlig funksjonssvikt.</b> Klarer ikke å gå uten hjelp av en annen person. Klarer ikke vanlige daglige gjøremål uten hjelp fra andre / Trenger konstant tilsyn og hjelp fra andre.	16 (1,6)	11 (2,3)	5 (0,9)	

\*Post hoc test Bonferroni viste ingen signifikant forskjell

er uventet fordi tidligere forskning fra Norge og andre land kommet seg helt, tre måneder etter hjerneslaget (5), noe som

” Både kvinner og menn oppgir at de har lite funksjonssvikt.

har funnet at omtrent hver tredje som får hjerneslag får ulik grad av funksjonssvikt (4,6,32). Nye tall fra Norsk hjerneslagregister viser at i 2013 hadde to av fem

kan tyde på støtte for funnene i denne studien. En forklaring på at så mange rapporterer at funksjonsevnen i liten grad er nedsatt kan være at helseun-

dersøkelsen i Nord-Trøndelag i hovedsak omfatter hjemmeboende. Tidligere studier har ofte vært basert på pasienter innlagt i sykehus etter hjerneslag, eller på sykehjemsbeboere. Det finnes også andre måter å tolke disse funnene på. I HUNT 3 var gjennomsnittsalderen ved første hjerneslag 58 år, mens gjennomsnittsalderen var 68 år da de deltok i studien. Forskning har vist at funksjonsutfall kan være milde (33) og noen kan bli borte etter som tiden går

ning om kvinners helse generelt og spesielt etter hjerneslag, rapporterer kvinnene i denne studien dårligere helse enn menn (17,18,39–43). Det er rimelig å anta at noen faktorer er en direkte følge av sykdommens utfall. Slike konsekvenser kan være smerteproblematikk (4), som et flertall av kvinnene i denne studien rapporterer. Vi har ikke grunnlag for å si at det er sammenheng mellom smertene og hjerneslaget, men det er viktig at helsepersonell

klær, gjøre lett husarbeid og lage varm mat og at flere menn hadde førerkort, kjørte bil og tok bussen selv. Dette er i tråd med funn om at sosiokulturelle faktorer som kjønnsroller og sosial støtte kunne forklare kvinnenes dårligere helse og funksjonsevne etter hjerneslag (27). Man kan spekulere på om nettopp ulike kjønnsroller, og forventninger om ulike kjønnsroller, også kan tenkes å ha en innvirkning på hvordan kvinner og menn vurderer sin helse etter hjerneslag. Det er likevel viktig å få fram at i spørsmål om selvstendighet i dagliglivets aktiviteter og gjøremål, som for eksempel å vaske seg, kle på seg, spise, gjøre innkjøp og komme seg ut, finner man ingen forskjell mellom kvinner og menn i denne studien.

” Kvinner og menn lever noe forskjellige liv som kan virke inn på hvordan de vurderer sin egen helse.

(34,35). Mange vil også kunne ha tilpasset seg eventuelle følger av hjerneslaget (36), og kanskje derfor ikke lenger legger vekt på små utfall etter slaget. Underreportering er også en mulighet. Man kan også spekulere i om «skjulte og usynlige utfall» etter hjerneslaget slik som for eksempel depresjon, angst, lettere konsentrasjonsvansker og søvnforstyrrelser muligens ikke fanges opp i HUNT's versjon av mRS. HUNT har foretatt en endring fra det opprinnelige instrumentet ved å utelate en konkretisering av svaralternativene med eksempler.

I denne studien er funksjonssvikten hos kvinner og menn ikke nevneverdig forskjellig. Dette står i motsetning til funn i tidligere forskning som viser at kvinner har høyere grad av funksjonssvikt enn menn (19,21,37,38) også etter justeringer for alvorlighetsgrad av slaget (37). Kjønn alene er imidlertid ikke en avgjørende faktor for grad av funksjonssvikt etter hjerneslag.

I likhet med tidligere forsk-

avklarer slike problemstillinger i møte med den enkelte pasient. I denne studien bor en større andel kvinner alene, er ugifte og færre kvinner enn menn har venner som kan gi dem hjelp når de trenger det. Dette er psykososiale faktorer som kan være med på å forklare hvorfor kvinner og menn vurderer helsen sin ulikt. Tidligere studier har antatt at dette er faktorer som påvirker kvinner og menns helse forskjellig (3,43).

Et annet viktig funn er at flere kvinner enn menn over 70 år er avhengig av hjelp til gjøremål i det daglige etter et hjerne-slag, og bruker mer hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Det kan være mange potensielle forklaringer til dette. Færre kvinner enn menn har venner som kan gi dem hjelp når de trenger og flere kvinner var enker og bodde alene. Dette kan være med på å forklare mer bruk av hjemmetjenester hos kvinnene.

I et kjønnsrolleperspektiv er det ikke spesielt overraskende at flere kvinner enn menn rapporterte at de mestret å vaske

### Styrker og begrensninger

En styrke ved denne studien er at HUNT 3 har populasjonsdata som inkluderte et stort utvalg personer med hjerneslag. Det er brukt valide spørreskjemaer og dataene er kvalitets-sikret. Analysene bygger på disse styrkene, og stiller forskningsspørsmål som har klinisk betydning og implikasjoner. Det er enkelte begrensninger ved studien som må diskuteres. I denne tverrsnittsstudien er det stor variasjon i tiden siden siste hjerneslag. Opplysninger som forutsetter at du skal huske hvor lenge siden denne hendelsen skjedde, er dessuten beheftet med stor grad av usikkerhet. Derfor er det ikke gjort analyser for å beskrive konsekvenser etter for eksempel ett, to eller ti år. Det forutsetter longitudinelle design. Selv om HUNT 3 har relativt høy svarprosent (54 prosent) (44), indikerer analyse av ikke-deltakere at disse generelt

hadde svakere økonomi, høyere dødelighet og flere kroniske sykdommer, inkludert hjerneslag (44). Videre vurderte flere av ikke-deltakerne sin helse som dårligere, og de hadde oftere vært innlagt på sykehus i løpet av de siste tolv månedene (44). Dette innebærer at de sykeste hjerneslagpasienter og de med lavest sosialøkonomisk status ikke er inkludert i vår studie. Funnene kan derfor ikke regnes som representative for alle med hjerneslag. Vi antar at funnene med forsiktighet kan generaliseres til de friskeste, hjemmeboende personene, med en brukbar økonomi som har hatt hjerneslag. Nord-Trøndelag fylke har en demografi som regnes å være rimelig lik den øvrige norske befolkningen (8). En begrensning er imidlertid at dette er selvrapporterte resultater, og det kan tenkes at mindre utfall vil kunne vært oppdaget ved medisinsk testing av pasientene.

## KONKLUSJON

Denne studien viser ingen for-

skjell i funksjonssvikt mellom kvinner og menn etter hjerneslag, men det kan likevel synes som om hjerneslag påvirker kvinners helse mer negativt. Det

som kan virke inn på hvordan de vurderer sin egen helse, og hvilken rehabilitering og hjelp de trenger etter et hjerneslag. En viktig implikasjon for syke-

## Flere kvinner enn menn mottar hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

er verdt å merke seg at selv om de fleste ble innlagt på sykehus i forbindelse med siste hjerneslag, ble kvinner sjeldnere innlagt på sykehus enn menn. Flere kvinner enn menn mottar hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Videre forskning bør undersøke om det er kjønnsmessige, psykososiale eller biologiske årsaker til de forskjellene som er vist. Økonomi og antall kroniske sykdommer har trolig betydning, og bør inkluderes i framtidige studier. Kvalitative studier vil kunne bidra til dypere innsikt i denne problematikken. Det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på at kvinner og menn lever noe forskjellige liv

pleiepraksis er å tilrettelegge for individuelt tilpasset behandling og opptrening. Særlig bør man ivareta kvinner, som oftere lever lenger og alene, slik at de lettere kan lære å mestre dagliglivets aktiviteter og gjøremål etter et hjerneslag.

*Data er hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) som er et samarbeidsprosjekt mellom HUNT forskningssenter (Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU), Nord-Trøndelag fylkeskommune, Helse Midt Norge og Nasjonalt folkehelseinstitutt.*

## REFERANSER

1. Duerr A, Ellingsen CL, Egeland G, Tell G, Seliussen I, Iglund J, et al. Hjerte- og karregisteret. Rapport for 2012. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2014. 42 s.
2. Norgeshelsa.no. Statistikkbanken. Dødsårsaker nøkkeltall hjerneslag kvinner, alle aldre 2012, per 100 000. [Nedlastet 20150826]. Tilgjengelig fra: <http://norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
3. Ellekjær H, Selmer R. Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007;127:740-3.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved

hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. 196 s.

5. Indravik B. En kort presentasjon og utdrag fra årsrapporten 2013: Kvalitetsregistre.no; 2014 [Nedlastet 20150825]. Tilgjengelig fra: [http://www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/Bilder/Offentliggj%C3%B8ring%202014/141215%20Indredavik\\_\\_Norsk%20Hjerneslagregister.pdf](http://www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/Bilder/Offentliggj%C3%B8ring%202014/141215%20Indredavik__Norsk%20Hjerneslagregister.pdf)

6. World Health Organization. Global burden of stroke. Genève: World Health Organization; 2004. [Nedlastet 20150825]. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_15\\_burden\\_stroke.pdf?ua=1](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1)

7. Folkehelseinstituttet. Hjerneslag – årsaker og forebygging. Folkehelseinstituttet; 2012 [Nedlastet 20151030]. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=42974>

8. Krokstad S, Knudsen MS. Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord – Trøndelag. HUNT 1 (1984-86), HUNT 2 (1995-97), HUNT 3 (2006-08). Levanger: HUNT forskningssenter; 2011. 213 s.

9. Kirkevoold M. Hjerneslag. I: Kirkevoold M, Brodtkorb K, Randoff AH, red. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010 (s.407-17).

10. Engstad TT, Viitanen M, Ellekjær H.

Epidemiology of stroke in the elderly in the Nordic countries. Incidence, survival, prevalence and risk factors. *Nor Epidemiol.* 2012;22:121-6.

11. **Kvalitetsregistre.no.** Hjerneslag (Nedlastet 20150825). Tilgjengelig fra: <http://www.kvalitetsregistre.no/resultater/hjerte-og-kar/norsk-hjerneslag-register/>

12. **Bakken LN, Kim H, Finset A, Lerdal A.** Stroke patients functions in personal activities of daily living in relation to sleep and socio-demographic and clinical variables in the acute phase after first-time stroke and at six months of follow-up. *J Clin Nurs.* 2012;21:1886-95.

13. **Kouwenhoven S, Kirkevoold M.** Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien Forskning.* 2013;4:334-42.

14. **Tveiten A, Ljostad U, Mygland A, Naess H.** Functioning of long term survivors of first-ever intracerebral hemorrhage. *Acta Neurol Scand.* 2014;129:269-75.

15. **Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G, et al.** Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol.* 2008;7:915-26.

16. **Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Pracucci G, Basile AM, Wolfe CD, et al.** Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry. *Stroke.* 2003;34:1114-9.

17. **Eriksson M, Glader EL, Norrving B, Terént A, Stegmayr B.** Sex differences in stroke care and outcome in the Swedish national quality register for stroke care. *Stroke.* 2009;40:909-14.

18. **Glader EL, Stegmayr B, Norrving B, Terént A, Hulter-Asberg K, Wester PO, et al.** Sex differences in management and outcome after stroke: a Swedish national perspective. *Stroke.* 2003;34:1970-5.

19. **Kim J, Lee K, Roh H, Ahn M, Hwang H.** Gender differences in the functional recovery after acute stroke. *J Clin Neurol.* 2010;6:183-8.

20. **Petrea RE, Beiser AS, Seshadri S, Kelly-Heyes M, Kase CS, Wolf PA.** Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. *Stroke.* 2009;40:1032-7.

21. **Feigin VL, Barker-Collo S, Parag V, Senior H, Lawes CMM, Ratnasabapathy Y, et al.** Auckland Stroke Outcomes Study. Part 1: Gender, stroke types, ethnicity, and functional outcomes 5 years poststroke. *Neurology.* 2010;75:1597-607

22. **Naess H, Nyland HI, Thomassen L, Aarseth J, Myhr KM.** Etiology of and risk factors for cerebral infarction in young adults in western Norway: a population-based case-control study. *Eur J Neurol.* 2004;11:25-30.

23. **Eilertsen G.** Forståelse av pasientens livsprosjekt – en nøkkel i slagrehabilitering? *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2015;1:27-37.

24. **Eilertsen G.** «Alt er som før, men ingenting er som det var»: gamle kvinners opplevelse av livet etter hjerneslag. [Doktoravhandling]. Universitetet i Oslo. Oslo. 2005.

25. **Vigne K, Kirkevoold M, Gjengedal E.** Fighting back-struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care Women Int.* 2004;25:370-87.

26. **Kvigne K, Kirkevoold M.** Living with bodily strangeness: Women's experiences and their changing and unpredictable body following a stroke. *Qual Health Res.* 2003; 18:1291-310.

27. **Turtzo LC, McCullough LD.** Sex differences in stroke. *Cerebrovasc Dis* 2008;26:462-74.

28. **Wyller T, Sødning K, Sveen U, Ljunggren A, Bautz-Holter E.** Are there gender differences in functional outcome after stroke? *Clin Rehabil.* 1997;11:171-9.

29. **Bowling A.** Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:342-5.

30. **HUNT 3.** MRS Modified Rankin Scale 2015 (Nedlastet 20150825). Tilgjengelig fra: <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/#variab3611>.

31. **Goldstein LB.** Use and utility of stroke scales and grading systems. UpToDate. [Oppdatert 20150305; nedlastet 20150825]. Tilgjengelig fra: [http://www.uptodate.com/contents/use-and-utility-of-stroke-scales-and-grading-systems?source=search\\_result&search=modified+rankin+scale&selectedTitle=1%7E40-H20964997](http://www.uptodate.com/contents/use-and-utility-of-stroke-scales-and-grading-systems?source=search_result&search=modified+rankin+scale&selectedTitle=1%7E40-H20964997).

32. **Fjærtøft H, Indredavik B.** Kostnads-vurderinger ved hjerneslag. *Tidsskr Nor*

*Laegeforen.* 2007;127:744-7.

33. **Kristensen H, Post A, Poulsen T, Jones D, Rosenbek Minet L.** Subjective experiences of occupational performance of activities of daily living in patients with mild stroke. *Int J Ther Rehabil.* 2014;21:118-25.

34. **Tveiten A.** Intracerebral Hemorrhage In Southern Norway. A study of incidence and outcome. [Doktoravhandling]. Universitetet i Bergen, Bergen. 2013.

35. **Kjork E, Blomstrand C, Carlsson G, Lundgren-Nilsson A, GC.** Daily life consequences, cognitive impairment, and fatigue after transient ischemic attack. *Acta Neurol Scand* 2015.

36. **Brunborg B, Ytrehus S.** Sense of well-being 10 years after stroke. *J Clin Nurs.* 2014;23:1055-63.

37. **Lisabeth L, Reeves M, Baek J, Skolarus L, Brown DL, Zahuranec D, et al.** Factors influencing sex differences in poststroke functional outcome. *Stroke.* 2015;46:860-3.

38. **Gall SL, Tran PL, Martin K, Blizzard L, Srikanth V.** Sex differences in long-term outcomes after stroke: functional outcomes, handicap, and quality of life. *Stroke.* 2012;43:1982-7.

39. **Kuhlmann E, Annandale E.** The palgrave handbook of Gender and healthcare. Hampshire UK: Palgrave Macmillan;2010.

40. **Sosial- og helsedepartementet.** Kvinners helse i Norge. Oslo. Statens forvaltningstjeneste. NOU 1999:13.

41. **Schei B, Sundby J.** Kjønn og helse – begreper og modeller. I: Bakketeig LS, Schei B, red. *Kvinner lider – menn dør: Folkehelse i et kjønnspektiv.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2007 [s. 33-49].

42. **World Health Organization.** Women and Health. Today's Evidence, Tomorrow's Agendas (Internett). Geneva: World Health Organization; 2009.7s.

43. **Appelros P, Stegmayr B, Terént A.** A review on sex differences in stroke treatment and outcome. *Acta Neurol Scand.* 2010;121:359-69.

44. **Langhammer A, Krokstad S, Romundstad P, Heggland J, Holmen J.** The HUNT study: participation is associated with survival and depends on socioeconomic status, disease and symptoms. *BMC Med Res Methodol.* 2012;12:1-14.

# En helt ny leseopplevelse

LES SYKEPLEIEN  
UANSETT HVOR  
DU ER!

## SYKEPLEIEN – NÅ OGSÅ PÅ NETTBRETT

Opplev Sykepleien på en helt ny måte! Magasinet er nå tilgjengelig som spesialutviklet utgave for nettbrett. Den interaktive utgaven er spekket med flotte bilde-serier som gir en ekstra dimensjon til artiklene fra den trykte utgaven. Last ned Sykepleien på ditt nettbrett, og du kan lese magasinet «offline» uansett hvor du er.

**Last ned appen i dag!**  
**GRATIS** for medlemmer i NSF



Appen er tilgjengelig både for iPad og Android.  
Les mer om hvordan du kommer i gang på sykepleien.no.



**Sykepleien**



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Intensivpasienter med sentralt venekateter (SVK) er utsatt for å få mikroorganismer i blodbanen ved daglig stell og bruk av SVK. Blodbaneinfeksjoner kan gi forlenget opphold i intensivavdeling, med påfølgende økt mortalitet. Med de personlige belastninger og samfunnsmessige kostnadene dette kan gi, er det et område som bør kvalitetssikres.

**Hensikt:** Studien har til hensikt å kartlegge intensivsykepleiers praksis tilknyttet stell og bruk av SVK,

med vekt på forebygging av blodbaneinfeksjoner. Selvrappertert praksis vil sammenliknes med Center for Disease Control's (CDC) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.

**Metode:** En kvantitativ tverrsnitt studie med deskriptivt design ble benyttet. Data ble innsamlet ved hjelp av et strukturert spørreskjema som ble sendt ut til 390 sykepleiere ved seks intensivavdelinger i Norge. Svarresponsen ble 52,4 prosent.

**Resultat:** Det var to områder som i stor grad viste seg å være i tråd med CDC's retningslinje; frekvens på bytte av infusjonssett ved kontinuerlig infusjon av parenteral ernæring og type bandasje som benyttes på SVK's innstikkssted. Utover dette viste selvrappertert praksis seg å være sprikende.

**Konklusjon:** Studien viste at praksis tilknyttet stell og bruk av SVK er uensartet og i varierende grad i tråd med CDC's retningslinje.

ENGLISH SUMMARY

**Survey - Care and use of central venous catheters in intensive care**

**Background:** Patients who are admitted to the intensive care unit (ICU) with central venous catheter (CVC) are at risk for catheter-related infections. Bloodstream infections through CVC may extend the duration of the ICU stay, with subsequent increase in risk of mortality and also result in additional health care costs.

**Objective:** The aim of the study was to investigate current practices associated with the nurses' care and maintenance of CVC. Self-reported

practice is compared to the CDC's Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.

**Method:** A cross-sectional study with descriptive design was used, and data was collected through a self-developed questionnaire. The questionnaire was distributed to 390 nurses in six ICUs in Norway. The response rate was 52.4%.

**Results:** There were two areas that proved to be consistent with the CDC's guidelines. The first area consisted of replacement of the administration set within 24 hours, for parenteral nutrition. The second

was the type of dressing used at the insertion site. Self-reported practice shows a wide variation in practice regarding the duration of administration set use for standard and propofol, administration set connection technique and dressing frequency.

**Conclusion:** The study shows that practices associated with the care and use of CVCs are diverse and aligned to varying extents with CDC's guidelines.

**Key words:** Nursing, central venous catheter, guideline, survey, intensive care unit

# » Stell og bruk av sentralt venekateter i intensivavdeling

Forfattere: **Wenche Mentzoni og Inger Schou Bredal**

## NØKKELORD

- Sykepleie
- Sentralt venekateter
- Retningslinje
- Intensivavdeling

## INNLEDNING

Sentralt venekateter (SVK) er nødvendig for hemodynamisk monitorering, tilgang for medikamenter, væsker og ernæring hos kritisk syke pasienter i intensivavdeling. Ved innsetting av SVK blir hudens naturlige barriere mot mikroorganismer brutt og det gir en økt risiko for infeksjon. Blodbaneinfeksjoner påført via SVK utgjør en stor andel av sykehusinfeksjoner (1). En rapport utarbeidet av helsemyndighetene i USA viste at antall infeksjoner i intensivavdelinger lå mellom 1,6 til 6,8 per 1000 kateterdager (2). Videre fant en belgisk studie et gjennomsnitt på 5,3 infeksjoner per 1000 kateterdager i intensivavdeling (3). SVK-blodbaneinfeksjon kan føre til forlenget intensivopphold, økt mortalitet og økte kostnader for helsetjenesten (3–7).

I Norge finnes det, ifølge Pasientsikkerhetsprogrammet, ikke statistikk på antall blodbaneinfeksjoner tilknyttet SVK.

Det betyr at vi ikke har noe å måle vår praksis opp mot. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» har forebygging av infeksjon ved SVK, som ett av sine satsingsområder. Forskning har vist at ved å innføre de tiltak som Pasientsikkerhetsprogrammet jobber for, kan antall infeksjoner reduseres betydelig (6–8).

Internasjonalt er det utført flere studier i forhold til intensivsykepleiers kunnskap og praksis tilknyttet stell og bruk av SVK (9–12). En europeisk studie samlet inn 3405 spørreskjemaer fra 26 europeiske land, hvorav 16 skjemaer var fra norske respondenter (9). Resultat fra denne studien samt andre studier viste at kunnskap eller praksis var mangelfull, og at det er viktig å fokusere på å forebygge infeksjon ved daglig stell og bruk av SVK (8–12). Ved å kvalitetssikre hele forløpet fra innleggelse av SVK til det seponeres, kan man redusere antall blodbaneinfeksjoner ned mot 0 per 1000 kateterdager (8,13).

Denne studien hadde til hensikt å kartlegge dagens praksis tilknyttet stell og bruk av SVK i intensivavdelinger i Norge, med vekt på å forebygge blodbaneinfeksjoner. Studien vil kunne gi økt oppmerksomhet rundt sykepleiers rutiner ved stell og bruk

av SVK, samt at resultatene fra studien vil kunne bidra til økt vektlegging av kunnskapsbasert praksis. Det er tidligere ikke utført noe studie i Norge for å kartlegge intensivsykepleiers praksis tilknyttet SVK.

## METODE

### Design

En kvantitativ tverrsnittstudie med deskriptiv design ble benyttet. En tverrsnittstudie er godt egnet for å beskrive praksis med ulike variabler innen et begrenset tidsrom og vise sammenhenger mellom ulike variabler (14).

### Utvalg

Sju intensivavdelinger ble kontaktet per telefon og seks av disse var villige til å delta. Ved de seks

### Hva tilfører artikkelen?

Studien tyder på at praksis ved stell og bruk av sentralt venekateter er sprikende og i for liten grad kunnskapsbasert.

**Mer om forfatterne:** Wenche Mentzoni er intensivsykepleier med mastergrad i sykepleievitenskap, ansatt ved Akuttmottaket ved Sykehuset i Vestfold. Inger Schou Bredal er førsteamanuensis ved Avdeling for sykepleievitenskap, UiO. Kontaktperson: wenche.mentzoni@siv.no og menw@sfjbb.net.

intensivavdelingene var det totalt 390 sykepleiere som mottok spørreskjema.

### Spørreskjema

Ingen validerte spørreskjemaer som passet til å kartlegge intensiv-

utvikling av spørreskjemaer er det nyttig å se på relevante skjemaer som er benyttet tidligere. Ved å bruke spørsmål som er benyttet i tidligere studier, vil man ha mulighet til å sammenlikne sine resultater med tidligere funn

hud, fordi Klorhexidin 2 prosent ikke er tilgjengelig i Norge. I innledningen av spørreskjemaet ble det presisert at respondenten skulle besvare alle spørsmål ut fra en normal situasjon og ikke en akutt situasjon. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om håndhygiene, aseptisk teknikk, hyppighet av SVK-stell og frekvens på bytte av infusjonssett i forhold til forskjellige typer kontinuerlige infusjoner. En likertskala fra 1–5 ble brukt for de fleste spørsmål: 1=alltid, 2=som oftest, 3=av og til, 4=sjelden, 5=aldri. Når det gjaldt hyppighet av SVK-stell i form av at det skiftes helt inn til kateterkoblingen var svaralternativene: 1=daglig, 2=hver andre

**” Nærmere 88 prosent av respondentene oppga at man vektlegger aseptisk teknikk i avdelingen.**

sykepleiers praksis tilknyttet stell og bruk av SVK ble funnet. Det ble derfor utviklet et strukturert spørreskjema med utgangspunkt i CDC's «Guidelines for The Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011» (4). Ved

(15). I spørreskjemaet ble det stilt spørsmål som var relevante for norske forhold. For eksempel ble det ikke stilt noe spørsmål om man vasket pasienten daglig med Klorhexidin 2 prosent for å redusere bakteriefloraen på pasientens

**Tabell 1:** Aktuelle anbefalinger fra CDC's guidelines 2011 (O>Grady et al)

	Evidenskategori
Utfør håndhygiene, enten ved håndvask med vann og såpe, eller ved å benytte desinfeksjonsmiddel. Håndhygiene skal gjennomføres før og etter...til og fra koblinger eller ved bytte av bandasje på innstikkstedet på intravaskulære katetre. S 12	Kat IB
Sikre aseptisk teknikk ved innleggelse og stell av intravaskulære katetre. S 12	Kat IB
Benytt enten steril gaskompress, eller steril gjennomsiktig semipermeabel bandasje til å dekke kateterets innstikksted. S 13	Kat IA
Hvis pasienten svetter mye eller det er blødning eller sekresjon bør det brukes gasbandasje inntil problemet er løst. S 13	Kat II
Skift bandasje på innstikkstedet om bandasjen blir fuktig, løsner eller er synlig tilsølt. S 13	Kat IB
Ved bruk av steril gasbandasje på SVK's innstikksted skal denne byttes annenhver dag. S 14	Kat II
Ved bruk av gjennomsiktig semipermeabel bandasje på innstikkstedet skal denne skiftes minst hver sjuende dag. S 14	Kat IB
Erstatt administrasjonssett, inkludert sekundærsett og tilkoblingssett ikke oftere enn hver 96. time og ikke sjeldnere enn hvert sjuende døgn når det ikke er infusjon av blod eller blodprodukter, fettemulsjoner eller TPN S 19	Kat IA
Bytt slanger benyttet til administrasjon av...fettemulsjoner (de som er kombinert med aminosyrer og glukose i blanding eller infundert separat) innen 24 timer etter oppstart av infusjonen. S 19	Kat IB
Bytt slanger benyttet til infusjon av propofol hver 6–12 time, eller når hetteglasset byttes, ifølge produsentens anbefalinger. S 19	Kat IA
Skift nålefri koblinger minst like ofte som administrasjonssett. Det er ingen vinning i å bytte disse oftere enn hver 72. time. S 19	Kat II
Minimer kontamineringsrisiko ved å desinfisere porten med et egnet desinfeksjonsmiddel og benytt kun sterilt utstyr ved tilkobling til porten. S 20	Kat IA
<b>Vaske pasientens hud daglig med Klorhexidin 2% for å redusere antall blodbaneinfeksjoner. S 15</b>	<b>Kat II</b>

Kategori IA: Sterkt anbefalt for implementering og støttet av gode eksperimentelle, kliniske eller epidemiologiske studier

Kategori IB: Sterkt anbefalt for implementering og støttet av noen eksperimentelle kliniske eller epidemiologiske studier, og et sterkt teoretisk rasjonale (feks. aseptisk teknikk)

Kategori IC: Påkrevet i henhold til statlige eller føderale bestemmelser, regler eller standarder (USA)

Kategori II: Foreslått implementert og støttet av kliniske eller epidemiologiske data som antyder at tiltaket har effekt, eller støttet av teoretisk rasjonale



dag, 3=hver tredje dag, 4=hver fjerde dag, 5=hver sjuende dag og 6=annet. Demografiske eller bakgrunnsspørsmålene omfattet alder, kjønn, utdannelse, års erfaring fra intensivavdeling, stillingsbrøk og arbeidsplass. Spørsmål i et spørreskjema skal være lett forståelige og det bør ikke være rom for misforståelser. Et spørreskjema bør testes ut av noen som er i samme målgruppe som de spørreskjemaet er laget for (14,15). Spørreskjemaet ble gjennomgått av fem intensivsykepleiere. Hver enkelt sykepleier leste gjennom spørreskjemaet og svarte på spørsmålene. Forfatter stilte deretter spørsmål om forståeligheten av spørsmålene og om det var noe som kunne misforstås. Etter tilbakemeldinger ble enkelte spørsmål endret for å kvalitetssikre skjemaet. Aktuelle anbefalinger fra CDC's guidelines 2011 er vist i tabell 1.

### Datainnsamling

Spørreskjemaene ble sendt ut via nettskjemadatabasen ved universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) i Oslo høsten 2012. Kun 59 sykepleiere returnerte skjema via USIT, samt at flere rapporterte at de hadde vanskeligheter med å logge seg inn på nettskjemaet. For å unngå vanskelighetene med nettskjema og i et forsøk på å øke responsraten, besluttet vi å konvertere til papirskjema. For å sikre at alle fikk papirskjema med frankerte returkonvolutter, leverte vi disse personlig ved alle seks intensivavdelinger. Siden de innkomne nettskjemaene ikke kunne knyttes til respondentene, ble det ved utlevering av papirskjema presentert at de som hadde sendt inn nettskjema ikke skulle fylle ut papirskjema. Det ble sendt ut to påminnelser i løpet av datainnsamlingsperioden på to måneder.

**Tabell 2:** Demografiske data; N=204

Kjønn	% (N)	Mean / SD	Min/maks
K	90,2 (184)		
M	9,8 (20)		
Alder (N= 198)		44 / ± 9,1	23/65
Intensivsykepleiere	93,1 (190)		
Sykepleiere	4,9 (10)		
Sykepleiere under videreutdanning i intensivsykepleie	2 (4)		
<b>Erfaring i år fra intensivavdeling (N=203)</b>		<b>12,8 / ±7,8</b>	0,1/38
<b>Stillingsbrøk (N= 201)</b>			
100 %	64,7 (132)		
75-90 %	29,9 (61)		
Mindre eller lik 60%	3,9 (8)		
<b>Antall respondenter</b>			
Universitetssykehus (N=2)	32,8 (67)		
Lokal/regionale sykehus (N=4)	67,2 (137)		

Det kom inn 145 papirskjema, totalt 204 besvarelser som gir en svarrespons på 52,4 prosent.

### Analyse

For analyse brukte vi IBM SPSS, versjon 20. Dataene ble lagt inn i SPSS manuelt og sjekket for tastefeil to ganger. Vi utførte deskriptiv analyse med frekvens og prosentandeler for kartlegging av selvrapportert praksis. Krysstabeller med kjiqvadrat test ble benyttet for å teste forskjeller mellom grupper på dikotome data, som kjønn, spesialutdanning og type sykehus. Alder ble også gjort om til dikotom variabel, ved å skille over og under 45 år. Resultatene av kontinuerlige variabler blir presentert i gjennomsnitt og standard avvik.

Dikotome variabler blir presentert i antall og prosent. Statistisk signifikansnivå ble satt til  $p = 0,05$ .

### Manglende data

Det var lite manglende data i materialet (<10 prosent). I det demografiske materialet var det seks som ikke oppga alder og tre som ikke oppga stillingsprosent.

### Etiske hensyn

Denne studien faller utenfor helseforskningslovens virkeområde fordi man ikke skulle innhente personlige data. Tillatelse ble innhentet hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Dette var nødvendig fordi e-postadresser til ansatte ved de aktuelle intensivavdelinger skulle

**Tabell 3:** Hyppighet av SVK-stell

	Daglig % (N)	2.dag % (N)	3.dag % (N)	4.dag % (N)	5.dag % (N)	7.dag % (N)	Annet % (N)
<b>Skifte helt inn til SVKs kateterkobling (N=203)</b>							
Ansatt ved universitetssykehus	0 (0)	0 (0)	31,8 (21)	3,0 (2)		59,1 (39)	6,1 (4)
Ansatt ved lokal-/regionalsykehus	33,6 (46)	2,9 (4)	29,2 (40)	8,8 (12)		2,9 (4)	22,6 (31)
<b>Bandasje på SVKs innstikksted skiftes*</b>							
<b>Transparent bandasje ** (N=194)</b>	<b>Daglig</b>	<b>2.dag</b>	<b>3.dag</b>	<b>4.dag</b>	<b>5.dag</b>	<b>7.dag</b>	<b>Annet</b>
	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>
Ansatt ved universitetssykehus	1,6 (1)	3,1 (2)			0 (0)	85,9 (55)	9,4 (6)
Ansatt ved lokal-/regionalsykehus	11,8 (16)	9,6 (13)			44,1 (60)	12,5 (17)	17,6 (24)
<b>Steril gassbandasje ** (N=28) ***</b>	6,9 (14)	1,5 (3)			3 (6)	0,5 (1)	2 (4)

\* Alle svaralternativer hadde med: «eller hyppigere ved indikasjon (f.eks løs bandasje, siving etc.)»

\*\* Her kunne man krysse av for begge typer bandasje. Transparent bandasje er førstevalg, gasbandasje er anbefalt ved siving av blod og mye svette, inntil problemet er løst

\*\*\* Her mangler data for respondenes arbeids plass

innhentes. E-postadressene var ikke mulig å koble til de besvarte spørreskjemaene. Dette ble ivaretatt av USIT. Når det gjaldt papirskjemaene var disse uten id-nummer og ikke sporbare. Ved utsendelse av spørreskjema, sendte vi med et informasjonsbrev om studien. Her ble det presisert at undersøkelsen var helt anonym og at samtykke ble ansatt som innhentet ved retur av utfylt spørreskjema.

## RESULTATER

Svarresponsen varierte fra 38 prosent til 73 prosent ved de seks intensivavdelingene og ble totalt 52,4 prosent. Det var ingen signifikant forskjell i svarrespons ut fra om man jobbet på universitetssykehus eller lokal/regionalt sykehus. Av respondene var nesten alle (93 prosent) intensivsykepleiere og de fleste jobbet full stilling. Ytterligere informasjon om demografiske/bakgrunnsdata finnes i tabell 2.

## Håndhygiene, aseptisk teknikk

Studien viste at 34 prosent «alltid» utfører håndhygiene før de skal koble til en infusjon eller gi et medikament med en sprøyte i SVK. Når spørsmålet om håndhygiene ble stilt i sammenheng med teknikker som benyttes for å jobbe aseptisk, var det 54 prosent som oppga at de har rene hender når de skal koble til en infusjon. Nærmere 88 prosent av respondentene oppga at man vektlegger aseptisk teknikk i avdelingen, men bare 37,7 prosent oppga å benytte aseptisk non-touch teknikk ved manipulering av koblinger på SVK. Ved manipulering av koblinger og treveiskraner på SVK, oppga 46,8 prosent at de bruker en kompress med Klorhexidinsprit og 22 prosent oppga å bruke kompress med desinfeksjonssprit 70 prosent. Det var signifikant flere i aldersgruppen over 45 år (62 prosent) som benyttet kompress med Klorhexidinsprit enn

de under 45 år (33 prosent). På spørsmål om man setter på ny steril propp etter å ha koblet fra en infusjon eller gitt et medikament i SVK, svarte 70 prosent «alltid». En av avdelingene brukte toveiskobling og der var propp uaktuelt, den gruppen utgjorde 8,8 prosent av respondentene.

## Hyppighet av SVK-stell

Det var stor spredning i praksis i forhold til hvor ofte SVK-stell blir gjennomført i form av å skifte helt inn til kateterkoblingen, fra daglig til hver sjuende dag. Ved universitetssykehusene var det 32 prosent som skiftet hver tredje dag og nær 60 prosent som oppga å skifte helt inn hver sjuende dag, mens de som jobbet ved lokal- eller regionsykehus hadde en større spredning i sin praksis ( $p < 0,05$ ), se figur 1.

86 prosent av de ansatte ved universitetssykehusene oppga at bandasje på SVK-innstikkssted

**Tabell 4:** Skiftfrekvens av infusjonssett ved kontinuerlig infusjon i SVK (N=204)

	Hver 6.time % (N)	Hver 12.time % (N)	Hver 24.time % (N)	Hver 48.time % (N)	Hver 72.time % (N)	Hver 96.time % (N)
Medikamenter uten lipid		1,5 (3)	59,3 (121)	0,5 (1)	38,2 (78)	0,5 (1)
Medikamenter med lipid (Propofol)	3,9 (8)	51 (104)	42,6 (87)		1,5 (3)	
Parenteral ernæring		4,9 (10)	94,1 (192)		0,5(1)	

ble skiftet hver sjuende dag eller tidligere ved indikasjon. Svarene fra ansatte ved lokal- eller regionsykehusene viste derimot en større spredning i praksis ( $p < 0,05$ ). For ytterligere info, se tabell 3.

#### Bytte av infusjonssett ved kontinuerlig infusjon

Praksis ved bytte av infusjonssett ved kontinuerlig infusjon varierte (tabell 4). Ved infusjon av medikament uten lipid var det 82 prosent av dem som jobbet ved lokalsykehus som byttet infusjonssett hver 24. time og 85 prosent av dem som jobbet ved universitetssykehus byttet hver 72. time. Ved infusjon av parenteral ernæring skiftet 94 prosent infusjonssett hver 24. time. Ved infusjon av Propofol® skiftet 55 prosent infusjonssett med seks til tolv timers mellomrom. Når det gjaldt tilhørende treveiskran var det kun 32 prosent som byttet den hver sjetten til tolvte time. For ytterligere informasjon angående bytte av infusjonssett, se tabell 4.

#### DISKUSJON

##### Områder som var i tråd med CDC's guidelines

Det var to områder som i stor grad var i overensstemmelse med CDC's guidelines. Det ene var hvor ofte infusjonssett byttes ved kontinuerlig infusjon av parenteral ernæring. Det at 94 prosent skifter infusjonssett med

anbefalt frekvens, kan bety at man har fokusert mye på faren for kontaminering og oppvekst av bakterier i parenteral ernæring. Det var mye forskning på dette temaet på 70- og 80-tallet (16,17). Det er grunn til å tro at resultatene fra disse studiene har ført til økt oppmerksomhet på området. Det andre området var type bandasje som benyttes på SVK's innstikkssted, 95,6 prosent oppga å bruke transparent bandasje. CDC's guidelines anbefaler transparent semipermeabel bandasje som førstevalg. Denne gir mulighet til å inspisere innstikksstedet via den gjennomsiktige bandasjen, og den må ikke byttes så ofte som gasbandasjen. Gasbandasje anbefales imidlertid ved siving av blod og mye svette. De innsamlete data tyder på at gasbandasje i liten grad anses som et alternativ. Det var kun 28 respondenter som oppga gasbandasje som et alternativ, og av

nifkant forskjell i antall infeksjoner (18). Utover de to nevnte områdene viste kartlagt praksis i varierende grad å være i tråd med CDC's guidelines. Det er i overensstemmelse med sammenliknbare studier utført i andre land (9–12).

##### Håndhygiene, aseptisk teknikk

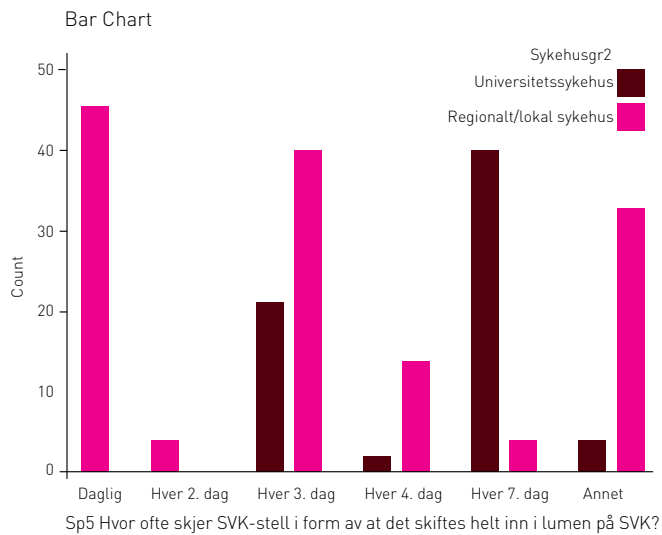
Det at kun 34 prosent oppga å alltid utføre håndhygiene før de skal koble til en infusjon eller sette et medikament fra en sprøyte i SVK, er ikke i tråd med forventet standard. I en intensivavdeling kan ting skje fort, og om man må gi legemiddeldosen manuelt, kan det føre til at man ikke rekker å desinfisere hender før man handler. Det ble imidlertid opplyst på spørreskjemaet, at det skulle fylles ut med tanke på en normal situasjon og ikke en akutt situasjon. Det skal være tilrettelagt med god tilgang med dispensere med hånddesinfeksjonsmiddel rundt

” ” Ved infusjon av parenteral ernæring skiftet 94 prosent infusjonssett hver 24. time.

disse var det 9 som oppga gasbandasje som eneste alternativ. Dette kan tyde på at det ikke er kjent i Norge at gasbandasje er anbefalt til bruk på innstikkssted ved siving av blod og mye svette inntil problemet er løst (tabell 1). Forskning som er gjort i forhold til disse to typene bandasjer har ikke gitt noen sig-

pasientsengene slik at retningslinje i forhold til håndhygiene skal være enkel å etterleve (19). Når spørsmålet om håndhygiene ble stilt på en litt annen måte, var det 54 prosent som oppga å ha rene hender ved manipulering av koblinger og kraner på SVK. En mulig forklaring kan være at mange sykepleiere (66 prosent)

Figur 1:



ikke ser behovet for rene hender ved tilkopling av infusjon. At 54 prosent av sykepleierne hadde rene hender ved manipulering av koblinger og kraner er i tråd med undersøkelser som Folkehelseinstituttet viser til (19). Dette kan i så måte være representativt. Håndhygiene skal utføres både før og etter at man er i kontakt med koblinger og kraner, og ved skifte av bandasje på innstikkssted (tabell 1). Den mest vanlige årsaken til SVK-blodbaneinfeksjon er forurensning av koblinger og kraner på SVK. Dette skjer ved at mikroorganismer fra sykepleierens hender eller pasientens hud kommer i kontakt med inngangsporter, eller at koplingen på sprøyte eller infusjonsslange blir kontaminert (20). Skal man arbeide aseptisk må man benytte aseptisk non-touch teknikk og sterilt utstyr (21–23). God håndhygiene kombinert med aseptisk teknikk er enkle og effektive tiltak i forhold til å forebygge SVK-blodbaneinfeksjoner (4,24).

Studier har vist at ved å innføre standardisering av aseptisk non-touch teknikk reduseres risikoen for å bli påført infeksjon (24–26). De innsamlede dataene fra seks intensivavdelinger tyder på at standarden tilknyttet håndhygiene, aseptisk non-touch teknikk og desinfisering av nøkkelpunkter bør styrkes.

#### Hyppighet av SVK-stell

Det ble avdekket stor spredning i praksis i forhold til hvor ofte SVK-stell ble gjennomført i form av å skifte helt inn til kateterkoblingen (tabell 3). Studien viser at en stor andel av dem som jobbet ved universitetssykehus skiftet helt inn til kateterkoblingen hver sjuende dag. CDC's guidelines anbefaler å bytte inn til kateteret ikke oftere enn hver 96. time og ikke sjeldnere enn hver sjuende dag. Hver sjuende dag anbefales imidlertid kun om man benytter SVK som er innsatt med antimikrobielle midler (27). Det ble ikke spurt om hvilke SVK som benyttes, men det er grunn til å

tro at det er vanlige kateter uten bakteriehemmende middel som benyttes i Norge.

Når det gjaldt bytte av bandasje på innstikksstedet oppga de fleste respondentene ved universitetssykehusene hver sjuende dag eller hyppigere ved indikasjon. Respondentene ved de andre sykehusene skiftet bandasje langt hyppigere. Her var praksis ved universitetssykehusene i stor grad i tråd med CDC's retningslinje.

#### Bytte av infusjonssett ved kontinuerlig infusjon

Resultatene fra selvrapportert praksis viser at infusjonssett i for stor grad byttes hver 24. time uavhengig av hva som infunderes. Intensivsykepleiere ved lokal- eller regionsykehus byttet hyppigere infusjonssett enn intensivsykepleiere ved universitetssykehus. Studier som viser at det ikke ble påvist flere SVK-blodbaneinfeksjoner ved bytte av infusjonssett og tilhørende kraner eller koblinger hver sjuende dag, er utført på katetre med antimikrobielle midler (27). Det betyr at ved bruk av et vanlig SVK så er CDC's anbefaling ikke oftere enn hver 96. time.

Når det gjaldt bytte av infusjonssett ved kontinuerlig infusjon av Propofol®, var det cirka halvparten som skiftet sett i henhold til anbefalt frekvens. Propofol® er en fettemulsjon uten konserveringsmidler, og mikrober som kommer i kontakt med dette legemiddelet har gode vekstforhold (28–29). Ut fra de innsamlede data kan det se ut som man ikke har fokusert tilstrekkelig på at infusjonssett, treveiskraner og koblinger, skal byttes hyppigere ved infusjon av lipidholdige medikamenter. I CDC's guidelines står det at man skal bytte infusjonssett og

tilhørende kraner hver sjette til tolvte time ved infusjon av Pro-pofol®.

### Oppsummering

Prosedyren rundt stell av SVK krever mye tid og ressurser. Denne studien viser at en stor del av respondentene utførte prosedyren hyppigere enn CDC's guidelines anbefaler. Dette gjaldt både bytte av infusjonssett, treveiskraner eller toveiskoblinger og bandasje på innstikkssted. Hyppig manipulering av treveiskraner og koblinger, øker faren for at mikroorganismer får tilgang til kateterets innside og blodbane (4,20). Det kan være at mange sykepleiere ikke er oppmerksom på risikoen for å påføre pasienten en SVK-blodbaneinfeksjon.

Denne studien tyder på at praksis tilknyttet stell og bruk av SVK er sprikende og i for liten grad kunnskapsbasert. Som beskrevet har intensivsykepleiere ved universitetssykehusene i større grad en praksis i tråd med CDC's guidelines, enn intensivsykepleiere ved lokal- eller regionsykehus. Forklaringen på dette kan være at universitetssykehus har større tilgang på ressurser knyttet opp mot forskning, fagutvikling og undervisning.

Det bør settes inn ressurser i forhold til undervisning og økt oppmerksomhet på områdene vi har tatt opp i denne artikkelen. Det er utført flere studier i forhold til effekten av å innføre undervisning, trening og vektlegging over tid i forhold til å forebygge SVK-blodbaneinfeksjoner. Disse studiene viser at antall infeksjoner synker signifikant og holder seg på et lavt nivå over tid om man fortsetter å fokusere på disse tiltakene i avdelingen (1,20,24,30–33).

Ved å følge CDC's anbefalinger som er grunnlagt på massiv forskning, kan man redusere antall SVK-blodbaneinfeksjoner. Man vil frigi tid til andre formål ved at tidkrevende pro-

” Håndhygiene skal utføres både før og etter at man er i kontakt med koblinger og kraner, og ved skifte av bandasje på innstikkssted.

sedyrer ikke utføres så hyppig, og man vil spare ressurser og miljø i form av redusert forbruk av utstyr.

### Metodekritikk

Utvalget ble tatt ut fra et hensiktsmessig ståsted for at avdelingene skulle kunne nå fysisk av forfatter. Denne studien har et begrenset utvalg og funnene kan dermed ikke generaliseres til å gjelde ved alle intensivavdelinger i Norge. Tidligere sammenliknbare studier har imidlertid liknende resultat (9–12) og dette kan styrke den ytre validiteten av funnene.

En svarprosent på 52,4 prosent er lavt, men ikke uvanlig ved spørreskjemaundersøkelser. Det er omdiskutert hva som er tilstrekkelig responsrate. Noen mener at alt under 70 prosent er uakseptabelt (14), mens andre kan akseptere 50 prosent eller lavere (34). Ved lav svarrespons vil analysene basert på surveydata være beheftet med risiko for vurderingsskjevhet (14). En høyere svarrespons vil kunne ha gitt et annet resultat. Vi vet ikke noe om de sykepleierne som svarte er de mest engasjerte, men om det var tilfelle kunne en høyere svarrespons gitt en enda større spredning i kartlagt praksis. Det kan også være at avdelinger med en praksis som i større grad er i overensstemmelse med CDC's

guidelines, ikke er inkludert i denne studien.

Ved utfylling av spørreskjemaer kan det være at respondentene ikke oppfatter spørsmålene slik som det var

ment ved utvikling av spørreskjemaet. Begrepet aseptisk non-touch teknikk er muligens et ukjent begrep og det kan tenkes at flere hadde svart positivt på spørsmålet om det hadde stått aseptisk teknikk. Diskrepansen i forhold til hvor mange som svarte positivt på at det var fokus på aseptisk teknikk i avdelingen, og som svarte negativt på spørsmål om de benyttet non-touch teknikk, kan tyde på det.

### KONKLUSJON

Praksis rundt stell og bruk av SVK var i varierende grad i overensstemmelse med CDC's guidelines. Praksis var sprikende både innad i avdelingene og mellom sykehusene. En nasjonal retningslinje kan være et hensiktsmessig arbeidsredskap for å oppnå og sikre ensartet praksis ved sykehusene i Norge. Det er behov for videre forskning innen dette feltet for å følge utviklingen i praksis.

### REFERANSER

1. Eggimann P. Prevention of intravascular catheter infection. *Curr Opin Infect Dis.* 2007; 20:360–9.
2. Edwards JR, Peterson KD, Andrus ML, Tolson JS, Goulding JS, Dudeck MA, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2006, issued June 2007. *Am J Infect Control.* 2007; 35:290–301.
3. Warren DK, Quadir WW, Hollenbeak CS, Elward AM, Cox MJ, Fraser VJ. Attributable cost of catheter-associated bloodstream infections among

- intensive care patients in a nonteaching hospital. *Crit Care Med.* 2006; 34:2084-9.
4. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control.* 2011; 39:S1-34.
5. Dimick JB, Pelz RK, Consunji R, Swoboda SM, Hendrix CW, Lipsitt PA. Increased resource use associated with catheter-related bloodstream infection in the surgical intensive care unit. *Arch Surg.* 2001; 136:229-34.
6. Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsitt PA, Hobson D, Earsing K, Farley JE, et al. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2004; 32:2014-2020.
7. Blot SI, Depuydt P, Annemanns L, et al. Clinical and economic outcomes in critically ill patients with nosocomial catheter related bloodstream infections. *Clin Infect Dis* 2005; 41:1591-1598
8. Pronovost PJ, Goeschel CA, Colantoni E, Watson S, Lubomski LH, Berenholtz SM, et al. Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study. *BMJ.* 2010;340:c309.
9. Labeau SO, Labeau SO, Vandijck DM, Rello J, Adam S, Rosa A, et al. Centers for Disease Control and Prevention guidelines for preventing central venous catheter-related infection: results of a knowledge test among 3405 European intensive care nurses. *Crit Care Med.* 2009; 37:320-323.
10. Rickard CM, Courtney M, Webster J. Central venous catheters: a survey of ICU practices. *J Adv Nurs.* 2004; 48:247-256.
11. Labeau S, Labeau S, Vereecke A, Vandijck DM, Claes B, Blot SI. Critical care nurses' knowledge of evidence-based guidelines for preventing infections associated with central venous catheters: an evaluation questionnaire. *Am J Crit Care.* 2008; 17:65-72.
12. Koutzavekiaris I, Vouloumanou EK, Gourni M, Rafailidis PI, Michalopoulos A, Falagas ME. Knowledge and practices regarding prevention of infections associated with central venous catheters: a survey of intensive care unit medical and nursing staff. *Am J Infect Control.* 2011; 39:542-547.
13. Gastmeier P, Geffers C. Prevention of catheter-related bloodstream infections: analysis of studies published between 2002 and 2005. *The Journal of hospital infection.* 2006; 64:326-335.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research. 9th ed. ed. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012. XIV 802 p.
15. Bradburn N, Seymour S, Wansink B. Asking Questions. The definitive Guide to Questionnaire Design. Jossey-Bass; 2004
16. Melly M, Meng HC, Schaffner W. Microbial Growth in Lipid Emulsions Used in Parenteral Nutrition. *Arch Surg.* 1975; 110:1479-1481.
17. Gilbert M, Gallagher C, Eads M, Elmore M. Microbial Growth Patterns in a Total Parenteral Nutrition Formulation Containing Lipid Emulsion. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition.* 1985; 10:494-497.
18. Webster J, Gillies D, O'Riordan E, Sherriff KL, Rickard CM. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011
19. Nasjonal veileder for håndhygiene. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2004.
20. Vandijck DM, Labeau SO, Secanell M, Rello J, Blot SI. The role of nurses working in emergency and critical care environments in the prevention of intravascular catheter-related bloodstream infections. *Int Emerg Nurs.* 2009; 17:60-8.
21. Rowley S, Rowley S. Aseptic non-touch technique. *Nurs Times.* 2001; 15-21; 97:VI-VIII.
22. Rowley S, Clare S. ANTT: a standard approach to aseptic technique. *Nurs Times.* 2011; 13-19;107:12-14.
23. Godfrey K, Godfrey K. Implement the ANTT national standard today. *Nurs Times.* 2011; 13-19;107:11.
24. Coopersmith CM, Coopersmith CM, Rebmann TL, Zack JE, Ward MR, Corcoran RM, et al. Effect of an education program on decreasing catheter-related bloodstream infections in the surgical intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002; 30:59-64.
25. Rowley S, Rowley S, Clare S. Improving standards of aseptic practice through an ANTT trust-wide implementation process: a matter of prioritisation and care. *J Infect Prev.* 2009; 10:18-23.
26. Eggimann P, Harbarth S, Constantin MN, Touveneau S, Chevrolet JC, Pittet D. Impact of a prevention strategy targeted at vascular-access care on incidence of infections acquired in intensive care. *Lancet.* 2000; 27;355:1864-1868.
27. Rickard CM, Lipman J, Courtney M, Siversen R, Daley P. Routine changing of intravenous administration sets does not reduce colonization or infection in central venous catheters. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004; 25:650-655.
28. Muller AE, Huisman I, Roos PJ, Rietveld AP, Klein J, Harbers JB, et al. Outbreak of severe sepsis due to contaminated propofol: lessons to learn. *The Journal of hospital infection.* 2010; 76:225-230.
29. Haddad S, Tamim H, Memish ZA, Arabi Y. Association of preservative-free propofol use and outcome in critically ill patients. *Am J Infect Control.* 2011; 39:141-147.
30. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006; 28;355:2725-2732.
31. Dumont C, Dumont C, Nesselrodt D. Preventing CLABSI central line-associated bloodstream infections. *Nursing.* 2012; 42:41-47.
32. Helder OK, Latour JM. Reduction of catheter related bloodstream infections in intensive care: one for all, all for one? *Nurs Crit Care.* 2009; 14:107-108.
33. Warren DK, Zack JE, Mayfield JL, Chen A, Prentice D, Fraser VJ, et al. The effect of an education program on the incidence of central venous catheter-associated bloodstream infection in a medical ICU. *Chest.* 2004; 126:1612-1618.
34. Lund T, Haugen R, Fønne B. Forskningsprosessen. [Oslo]: Unipub; 2006. IV 188 p



# Kunnskapstørst?

---

Som sykepleier tilhører du en profesjonell yrkesgruppe som tar faget sitt alvorlig. Mange sykepleiere ønsker å holde seg faglig oppdatert, blant annet ved å lese internasjonale forskningsartikler og kunnskapsbaserte nyheter.

Gjennom Sykepleien Forskning får du tilgang til denne typen innhold – på norsk – samt oversikt over andre aktuelle temaer innen faget ditt. Sjekk også ut våre nye nettsider med ny avansert søkefunksjon og gratis tilgang til alt stoff vi publiserer.

Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som formidler forskning og nyttestoff relevant for sykepleiere i praksis, sykepleierstudenter og vitenskapelige ansatte som jobber innen sykepleie- og helsefagutdanninger.

sykepleien

forskning



Illustrasjonsfoto: Marit Fonn

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** I Norge tilbyr halvparten av utdanningsstedene spesialutdanning på masternivå i anestesi- og intensivsykepleie (AI), noen få i operasjonssykepleie (O), ingen i kreftsykepleie (K). Diskusjonen i Norge preges av argumenter for og imot akademisering av spesialutdanningene. Det er lite forskning på hva akademisering medfører.

**Hensikt:** Få innsikt i hvordan spesialsykepleiere med veiledningsansvar for studenter i AIO- og kreftsykepleierutdanning betrakter

akademisering av profesjonene og tilrettelegging for masterutviklingen i praksisfeltet.

**Metode:** Kvalitativt design med innholdsanalyse av tekster fra praksisveiledere i AIOK-utdanningene og gruppediskusjon basert på temaer fra tekstanalysen.

**Resultat:** Akademisering av videreutdanningene betraktes som en naturlig utvikling i samfunnet og forutsetning for rekruttering at all høyere utdanning må være i stigen bachelor, master og ph.d. Noen er

bekymret for at masterutdanning gir lavere handlingskompetanse og at korte videreutdanningstilbud forsvinner.

**Konklusjon:** For praksisveilederne er akademisering av videreutdanning nødvendig for fag, tjeneste og rekruttering. Korte videreutdanningstilbud bør bestå, men gi uttelling i mastermoduloppbygging. Utdannings- og praksisfelt må samarbeide tett, misoppfatninger om masterutdanning må oppklares og masteroppgaver må være nyttige for fag og tjeneste.

## ENGLISH SUMMARY

**Specialist nurse mentors' reflections on the academicisation of nurse specialist education programmes**

**Background:** There are currently few European countries offering nurse education at bachelor, master and doctoral levels. In Norway, half of the universities and university colleges offer a post-registration Master's degree programme in anaesthesia (A) and intensive care nursing education (I), a few programmes for theatre nurses (O) and none for oncology nurses (K). At both national and local level, there is a debate in Norway for and against academicization of these post-registration programmes. There is however, a lack of research into the effects of this process.

**Objectives:** To explore how academicization of the nursing profession and facilitating the development of master's degree programmes in clinical practice is regarded by the AIOK specialist nurses responsible for mentoring the student specialist nurses during their practical training.

**Method:** Qualitative design, content analysis of data from texts written by AIOK specialist nurse mentors and a follow-up group discussion based on an analysis of these texts.

**Results:** Academicization of the post-registration non-degree supplementary programmes is generally regarded as a natural societal development, while a framework providing bachelor, master and doctoral

qualifications is essential for recruitment to higher education. Some are concerned that a master's degree programme will lead to poorer levels of practical competence, and that shorter non-degree supplementary programmes may disappear.

**Conclusion:** Specialist nurse mentors regard academicization as essential for professional development, practice and recruitment. Shorter non-degree education programmes should continue to be available and count towards a master's degree. Educational institutions need to collaborate with clinical practitioners in resolving misconceptions about master's degree programmes, so that master's theses are seen as beneficial for professional development and practice.



# » Praksisveileders refleksjoner om akademisering av spesialutdanningene

Forfatter: **Bente Skogsås**

## NØKKELORD

- Omstilling
- Kvalitativ studie
- Mastergradutdanning
- Videreutdanning

## INTRODUKSJON

En undersøkelse om mastergradsutviklingen i intensivsykepleie i Norge (1) beskriver noen utfordringer utdanningsinstitusjonene har i å imøtekomme både spesialisthelsetjenestens behov for handlingskompetente intensivsykepleiere, og en akademisering slik mastergradsforskriften og kvalifikasjonsrammeverket stiller krav om (2–4). Det samme kan gjelde for videreutdanninger i anestesio og operasjonssykepleie da disse har en mangeårig samarbeidstradisjon med parallell utvikling. Erfaringsmessig er det kun et fåtall spesialsykepleiere med masterutdanning i klinikken og det foreligger ingen publisert kartlegging av praksisveileders kompetanse til å ta imot de nye masterstudentene. Intensjonen med denne undersøkelsen har vært å få innblikk i hva erfarne praksisveiledere for studenter i anesthesi-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (AIOK) ved Høgskolen i Vestfold og Buskerud mener om mastergradsutviklingen: Om akademiseringens betydning for fag og tjeneste og hva som bør reflekteres i samarbeidet mellom utdannings- og praksisfeltet for å få en god masterutvikling videre.

Den pågående samfunnsdebatten om akademisering av spesialutdanningene i sykepleie kan beskrives som ambivalent (1). Innstillingene til mastergrad er generelt positive, i det man mener mastergrad vil bidra til økt kompetanse og er en reell karrierevei. Mange betrakter mastergradskompetanse som nødvendig for å møte kompetanseutfordringer som følge av medisinskteknologisk utvikling, helsetjenesteutvikling, endringer i demografiske forhold i samfunnet, befolkningens sykdomsbilde og organisering av helsetjenester (5–7). Men man er også bekymret for at masterutviklingen vil føre til færre utdannede spesialsykepleiere, at gode praktikere ikke blir tatt opp, og at utdanningen tar for lang tid og blir for dyrt for samfunnet (1). Det er rimelig å anta at praksisveiledere som mastergradsstudenter møter i kliniske studier har en tilsvarende holdning. Med dette som bakteppe startet Høgskolen

## BAKGRUNN

i Buskerud og Vestfold et kompetansehevingsprogram for praksisveiledere i spesialisthelsetjenesten knyttet til fagområdene AIOK for å forberede og videreutvikle samarbeidet (8). Utvikling av spesialutdanningene AIOK (se figur 1) har gått fra å være sykehusintern utdanning til videreutdanning ved høyskoler eller universiteter (9–12). AIO-utdanningene har tradisjonelt vært heltidsstudier med 90 studiepoeng, mens utdanning i kreftsykepleie gjerne har vært organisert som deltidsstudium med 60 studiepoeng. Fra høsten 2015 vil sju av totalt 15 utdanningsinstitusjoner for spesialutdanninger i sykepleie tilby fagspesifikk mastergradsutdanning i intensiv- og anes-

ti Buskerud og Vestfold et kompetansehevingsprogram for praksisveiledere i spesialisthelsetjenesten knyttet til fagområdene AIOK for å forberede og videreutvikle samarbeidet (8).

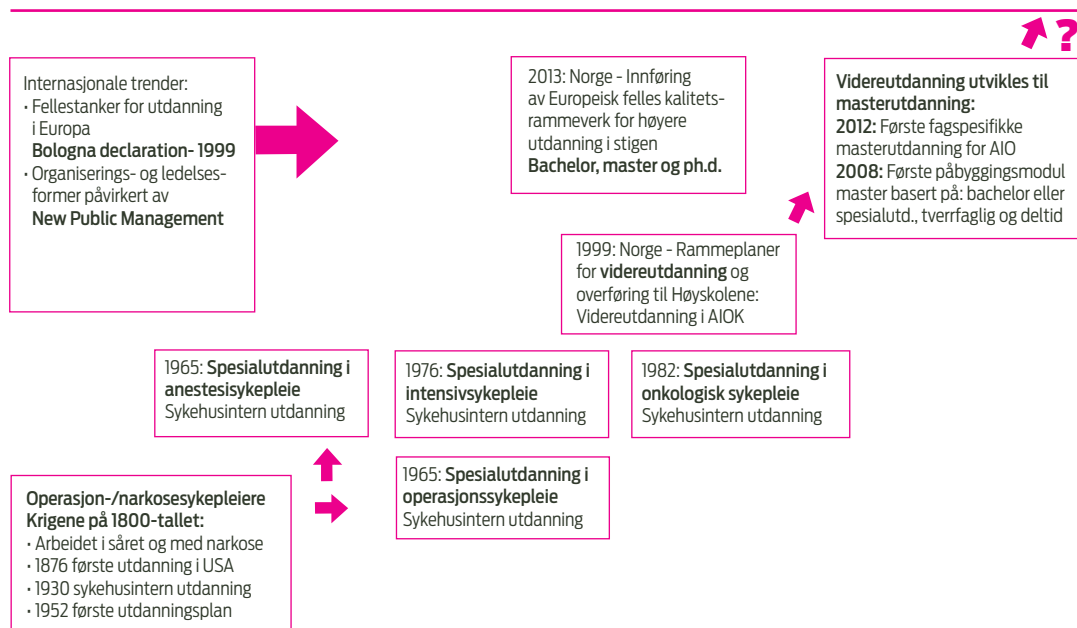
Utvikling av spesialutdanningene AIOK (se figur 1) har gått fra å være sykehusintern utdanning til videreutdanning ved høyskoler eller universiteter (9–12). AIO-utdanningene har tradisjonelt vært heltidsstudier med 90 studiepoeng, mens utdanning i kreftsykepleie gjerne har vært organisert som deltidsstudium med 60 studiepoeng. Fra høsten 2015 vil sju av totalt 15 utdanningsinstitusjoner for spesialutdanninger i sykepleie tilby fagspesifikk mastergradsutdanning i intensiv- og anes-

### Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at praksisveilederne ser på akademisering av spesialutdanningene i sykepleie som en naturlig følge av samfunnsutviklingen og en forutsetning for fremtidig rekruttering.

### Mer om forfatterne:

Bente Skogsås er førsteamanuensis og studiekoordinator for master i intensivsykepleie ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Kontaktperson: bente.skogsas@hbv.no.

**Figur1:** Oversikt over utdanningsutviklingen av AIOK-utdanningene

tesisykepleie i Norge (1). Med fagspesifikk menes monofaglig og skreddersydde emner tilpasset fagområdet. Tre utdanningsinstitusjoner tilbyr masterutdanning i operasjonssykepleie. Det foreligger ikke masterutdanning i kreftsykepleie, og det er ikke kjent om det planlegges oppstart i nær fremtid.

Samtidig med masterutviklingen pågår en utvikling som knyttes til samme nivå under betegnelsen «advanced practice

Bolognadeklarasjonen har som intensjon (18). Bologna-prosessen omtales som en stille revolusjon i sykepleierutdanningens tre nivåer, særlig master og ph.d. (syklus 2 og 3) med langsom utvikling og få vitenskapelige studier (17,18). Omlegging av videreutdanningene AIO til mastergrad med 120 studiepoeng er muligens den som har kommet lengst i Norge (1, 15). Island har etablert spesialutdanning i anestesisykepleie som kan

meningsfull akademisk læring både i utdannings- og praksisfeltet (21). Med det menes at metodekunnskapen er lite tilpasset fagfeltets egenart, manglende konsensus om pedagogisk plattform hos lærerne og ledere i praksisfeltet nyttiggjør seg lite av den akademiske kompetansen (21). Vi har funnet lite annen forskning nasjonalt og internasjonalt, om hva akademisering innebærer over tid for AIOK-utdanning, -fag og -tjeneste.

” Hverdagen vil være mer spennende om det er flere med master der.

nurse» (APN) med utvidet selvstendighet (1,13,14). I Norden er grunnutdanning i sykepleie etablert på bachelornivå (syklus 1), mens flere land i Europa har et stykke å gå (15–19). Med store variasjoner i studiepoeng og læringsutbytte er utdanningene lite sammenliknbare slik

innpasses og bygges videre til masterstudium (20). Sverige har en lignende modell hvor spesialutdanning med 60 studiepoeng kan utgjøre en del av eller en vei mot mastergrad (20,21). Akademisering av spesialsykepleierutdanning i Sverige beskrives som mangelfullt tilrettelagt for

## METODE

Artikkelen har et kvalitativt design med tekstanalyse og gruppediskusjon. Data er innsamlet februar 2015 i tilknytning til kompetansehevingprogram for praksisveiledere til studenter i AIOK-videreutdanningene ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold med 18 deltakere: sju operasjonssykepleiere, to anestesisykepleiere, fem intensivsykepleiere og fire

kreftsykepleiere. Praksisveilederne har mange års erfaring og arbeider hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten i Vestfold og Telemark. En har masterutdanning, en annen er i ferd med å ta det.

Ett av arbeidskravene i kompetansehevingsprogrammet har vært å skrive en tekst (600 ord) i smågrupper (faglig inndelt i seks grupper). Ett av tre temaer har vært «akademiseringens betydning for fag og tjeneste» og er innlevert som kortfattede, punktvis tekster. Tekstmaterialet er lite, men fungerer godt som grunnlag for gruppediskusjon. I en tekstanalyse (22) er det utledet tre hovedkategorier i form av spørsmål som er presentert anonymt for deltakerne:

- Trenger tjenesten spesialsykepleiere med vitenskapelig kompetanse?
- Vil en mastergrad endre rolle og funksjoner i praksis?
- Hva er forutsetninger for en god masterutvikling for spesialutdanningene videre?

Gruppediskusjonen ble gjennomført over 60 minutter med lydopptak og artikkelforfatteren som fasilitator. Deltakelsen har vært frivillig, informert og med skriftlig samtykke. Det ble presisert for gruppen at ulikheter mellom faggruppene ikke var vektlagt i et så lite materiale, men at det var åpenhet for ulike betraktninger. Intensjonen med gruppediskusjonen har som ved fokusgruppesamtaler vært å få frem meningsforskjeller, ulikheter og utdypende oppfatninger (23,24). I endringsprosesser generelt er det vesentlig at motforestillinger og ambivalens blir uttrykt eller kommer opp. Dette ble også tilstrebet i fasiliteringen av gruppediskusjonen. Å betrakte ambivalens som bekymring og ikke kun som motstand mot endring kan bidra til å

avdekke aspekter som kan være avgjørende for gode og produktive prosesser (25).

Gruppesamtalen er transkribert uten koder for fonetikk og atferd (26). Informantenes språkbruk er vektlagt og småord er utelatt der det ikke endrer mening. Pauser, smålyder og stemmeleie er utelatt. Ytringer er i noen få sammenhenger fremhevet med fet skrift for å få frem informantens egen vektlegging. Ytringer med

meninger med vekt på informantens språkbruk. I forkant av diskusjonen fremførte jeg en forelesning om internasjonale styringstrender bak mastergradsutviklingen (se figur 1).

## RESULTAT

Tekstanalysen av informantenes oppgavetekster ledet ut i tre hovedkategorier: Vitenskapelig kompetanse, roller eller funksjoner og forutsetninger for god

## ” Hvorfor skal ikke spesialsykepleie også være master?

påfølgende nikkning eller hode-risting som viser til enighet eller uenighet er inkludert.

Å være forsker og fasilitator i en sammenheng der jeg også inngår som underviser, men ikke fagansvarlig, har krevd ekstra oppmerksomhet på egen innstilling og språkbruk. Jeg har tilstrebet å være mest mulig nøytral og saklig og tilrettelegge for en åpen og fri utveksling av

masterutvikling videre. Dette blir sammen med gruppesamtaledata kategorisert og presentert under to hovedtemaer:

- Meningslikhet/ulikhet presenteres som: «Argumentasjon for og imot masterkompetanse» (se tabell 1).

Refleksjoner om utviklingen presenteres som: «Forutsetninger for å få til god masterutvikling videre».

**Tabell 1:** Argumenter for og imot masterkompetanse

### Argumenter for masterkompetanse:

Avansert hverdag med stadige nyvinninger

Utviklingen i helsetjenesten krever utøvelse av en vitenskapelig fundert praksis som kommer pasienten til gode.

Stadig vanskeligere etiske dilemmaer som krever kritisk refleksjon og tenking.

Utvikling av kritisk og analytisk tenkning for å ivareta pasienten på en best mulig måte.

Sterke fagfeller og høy kvalitet på tjenesten krever felles språk og kunne argumentere godt og saklig.

Døråpner for faglig interessant hverdag med saklig diskusjon.

Naturlig del av utviklingen i samfunnet at all høyere utdanning er i stigen bachelor, master og ph.d. også i sykepleie.

En forutsetning for å sikre fremtidig rekruttering

### Motforestillinger til mastergradskompetanse:

Mastergrad kan være nyttig for noen videreutdanninger, men kanskje ikke nødvendig hos alle?

Vil korte karriere- og utdanningsmuligheter forsvinne helt?

Vil fokus på utvikling av god kommunikasjon og mellommenneskelige relasjoner bli borte med masterutdanning?

Vil det bli en nedvurdering av praktisk kunnskap og lavere handlingskompetanse?

Det blir dyrere for samfunnet, i alle fall på kort sikt.

Tekstutvalg fra informantenes oppgavetekster presenteres punktvis, mens sitater fra diskusjonen presenteres i anførselstegn.

### Argumenter for og imot masterkompetanse

Det er klar overvekt av argumenter for masterkompetanse. I fem av de sju gruppetekstene kom et behov for vitenskapelig kompetanse eksplisitt til uttrykk:

- Klinisk akademisering er nødvendig i en avansert hverdag med stadige nyvinninger.
- Master gir trening i kritisk og analytisk tenkning for å ivareta pasienten på en best mulig måte. Kunnskap er i dag ferskvare med begrenset holdbarhet.
- Det er stadig vanskeligere dilemmaer som krever kritisk refleksjon og tenkning.

Dette ble utdypet i diskusjonen på flere måter: «Vi utøver en veldig avansert sykepleie. Utdanningen har vært på halvannet år lenge og det puttes stadig inn flere ting i utdanningen. Det i seg sjøl tilsier at det bør være to år og da bør det være master ved avslutningen. Utviklingen gjør at det vokser stadig. Ikke bare

jobber i et helseteknologisk fag som utvikler seg veldig, veldig mye hele tiden. Det er klart at vi også må argumentere for valgene vi gjør; at de hjelper pasienten og kanskje må vi også ta større del av pasientbehandling. Da trenger vi å heve nivået i måten vi tenker på, heve bevisstheten om hvor vi har kunnskapen vår fra, hvor vi søker den, at den er vitenskapelig og at vi gjør det på riktig måte».

Mange nikker samtykkende til behovet for å bruke vitenskapelig fundert kunnskap i argumentasjon og beskriver samarbeidspartnere som sterke fagfeller; at det er viktig med et felles språk. Det samme med følgende argument: «Hverdagen vil være mer spennende om det er flere med master der. At de er med som døråpnere og trekker kunnskaper inn i hverdagen og den daglige refleksjonen».

Langt de fleste uttrykte at det er en naturlig del av utviklingen i samfunnet at utdanningsveien er i en stige: «Tror det er en naturlig del av samfunnet vårt at du tar en bachelor i dag og så gå videre til en master. Det er sånn i andre fag – og hvorfor skal ikke spesialsykepleie også være master?

grunn til at ikke vi skal kunne gjøre det samme!

Stigen bachelor, master og ph.d. betraktes også som viktig med tanke på fremtidig rekruttering: «Masterforløp er viktig med tanke på det å rekruttere. Mine barn, som vokser opp nå, de tenker utdanning og masterløp: Først bachelor og så inn og ta en master. Det tror jeg også er viktig for dem som skal velge sykepleie».

Samtidig med argumenter for masterkompetanse er det særlig to av de sju gruppetekstene som uttrykte motforestillinger, betenkeligheter, bekymringer og antakelser, og som ble presentert som diskusjonsgrunnlag:

Kanskje er det ikke nødvendig at alle videreutdanninger skal bli master?

Går læring av praktiske ferdigheter på bekostning av det nye omfanget med teori?

Blir de med master værende, trives i praksisfeltet? Vil de gå fem år for så å jobbe i tredelt turnus med travle hverdager?

Hva med rollefordelingen fremover?

Det er visse betenkeligheter til mastergradsutviklingen hos noen få, men da knyttet til lengden på utdanningen: «Det er viktig med master, men det må ikke bli slik at man tar bort videreutdanningene helt». Men som en sier: «Hadde kreftsykepleierutdanningen vært på 90 studiepoeng, som videreutdanningene AIO, så ville jeg kanskje ikke tenkt at det var så mye mer ekstra med master».

Med temaet lengde på utdanning på banen beskrev jeg, som fasilitator, hvordan masterutdanningen i anestesio- og intensivsykepleie ved to høyskoler i Norge er organisert slik at studenten kan avslutte etter tre semestre som ved en videreutdanning. Til dette ble det blant annet ytret føl-

” Tror det er en naturlig del av samfunnet vårt at du tar en bachelor i dag og så gå videre til en master.

det praktiske blir mer krevende, men også det med refleksjon. Det kommer stadig flere krevende situasjoner: Den aldrende befolkningen og hva vi kan behandle er det nærmest ikke stopp for lenger. Det stiller høye krav til kritisk og etisk refleksjon, delta og diskutere!»

Informantene sidestiller økt kompetansebehov i helsetjenesten med krav til utøvelse av en vitenskapelig fundert praksis: «Vi

Jeg skjønner det i forhold til det siste halve året med økonomi og sånt, men det er viktig for faget vårt videre».

Og som en annen uttrykte: «Andre faggrupper, for eksempel sivilingeniører, de har master, og det er helt naturlig innenfor deres utdanningssystem. De går jo også ut i praksis etterpå – har med seg i bagasjen at de kan analytisk tenkning, hente inn og bearbeide informasjon. Det er ikke noen

gende: «Slik jeg tenker så vil en spesialsykepleier i fremtiden være en master – det finnes ikke noe annet. Og så er spørsmålet om ville utdanningsinstitusjonene valgt to løp om de kunne valgt sjøl?» Jeg svarte at det er ut fra et overordnet signal i samfunnet om å sikre rekruttering. Samme informant sier: «Ja, utdanningsinstitusjonene kan ikke leve helt sine egne liv, men må sørge for at arbeidsgiver får det de trenger. Jeg håper og tror at dette ikke vil være et spørsmål om noen år. Det er på en måte ingen annen riktigere vei å gå enn å si: Ja vi trenger master!»

Noen få stilte spørsmål som viser behov for kunnskap om hva masterutdanning innebærer. For eksempel: «Vil læring av praktiske ferdigheter gå på bekostning av det nye omfanget med teori». Og: «Det er viktig med god kommunikasjon og mellommenneskelige relasjoner. Er redd dette blir borte med masterutdanning».

Tekstutsagnet om at en mastersykepleier kanskje ikke vil bli værende i eller trives i en vanlig hverdagsjobb blir kommentert: «Sånn fram til nå så er hverdagen sånn at de som har tatt en mastergrad forsvinner til utdanningsinstitusjonene eller til fagutviklingsstillinger. De er jo foreløpig veldig få, men hva skjer når det blir flere og flere?»

En informant brakte spørsmålet om spesialistgodkjenning og autorisasjon på banen: «Vil masterutdanning erstatte autorisasjon og spesialistgodkjenning? Jordmødrene og helsesøstre har autorisasjon, men vi har ikke det. Vi har ingen autorisasjon til å drive selvstendig arbeid. (...) Men så kan man tenke seg: Er spesialistgodkjenning eneste veien til målet? Om det er en del av masteren, vil det da kunne

komme til å bli slik, i fremtiden, at du har din egen selvstendige rolle?»

Det ble nikkert blant informantene og noen sa: «Det er et interessant spørsmål!». I det ordet «selvstendighet» ble brukt spurte jeg om informantene kjente til utviklingen av sykepleieroller med større selvsten-

## ” Masterforløp er viktig med tanke på det å rekruttere.

dighet under tittelen «advanced» og «nurse practitioner». Det ga ingen gjenklang hos informantene, kun spørsmål som: «Mener du det som kommer fra USA?».

Oppsummert har analyse av tekster og ytringer fra gruppediskusjonen fått følgende argumenter for og imot masterkompetanse' (tabell 1):

### Forutsetninger for god masterutvikling for spesialutdanningene videre

Følgende fra informantenes tekster illustrerer betraktninger om forutsetninger og tiltaksområder for god masterutvikling:

- De med mastergrad må ikke bli møtt med janteloven og kompetansen må bli sett.
- Høyskolen må sterkt på banen med informasjon: Hva innebærer en master og fordeler for yrket.
- Konkretisere nytteverdien av master i den enkelte avdeling.
- Masterutdanning bør gi uttelling i lønn. Det blir et fordyrende ledd for avdelingen.

I diskusjonen uttrykte informantene at de tenker på det som krevende å være en blant få med master på arbeidsplassen og at: «I en oppbyggingsperiode må det tilrettelegges fra både utdannings- og praksisfeltet for at det skal bli en god utvikling. Frem til en større andel har master, bør

alle ha en bevisst støttende holdning og innstilling til ansatte med master». Ingen hadde kollegaer med master i spesialiteten: «Vi har jo ikke hatt noen som har master i selve faget. Om vi har noen så er det i andre fag, og det er nok noe annet det å være master i fagområdet enn i administrasjon eller noe sånt».

Lønn ble trukket frem som en problematisk og kostbar konsekvens ved mastergradsutviklingen: «I alle fall på kort sikt», som man sier. Noen stilte spørsmål om det vil bety noe for rekruttering til utdanningen: «Jeg mener at hele yrkeskvaliteten vil heves ved å ta en master, men i forhold til økonomi; det å ta en lengre utdanning og ikke heller få høyere lønn etterpå: Ville jeg ta en master da?»

Diskusjonen om lønn ble avgrenset for å få inn noen avsluttende poenger om samarbeidet mellom skole og praksis. Særlig valg av masteroppgave ble kommentert: «Da tenker jeg at man velger noe som er relevant, og velger noe som det faktisk er bruk for på arbeidsplassen. Når du er ferdig så kan du delta i dette videre på jobben – markedsføre – delta på seminarer. Da ser man kanskje direkte nytten av master!»

### DISKUSJON

Meningsuttalelser fra 18 erfarne praksisveiledere i AIOK-utdanningene kan betraktes som et blikk inn i lokale arbeidsplassdiskurser om akademisering av videreutdanningene i spesialisthelsetjenesten. Kompetansehevsprogrammet kan ha gitt dem større innsikt i akademisk tenkning og innstilling til aka-

demisering kan derfor være noe mer positiv enn hos kollegaer i praksisfeltet.

Informantenes argumenter gjenspeiler mangfoldet som preger den overordnede diskusjonen om masterutdanning i spesialiskepleie (1,27,28), men hovedsakelig ser de den som positiv og naturlig. Informantene har et blikk for samfunnspektivet: At masterutdanning er en kostbar omlegging på kort sikt, men at kunnskapsbasert praksis er nødvendig for å imøtekomme velferdssamfunnets utfordringer i nær fremtid (29–31). Noen uttrykte meninger eller stilte spørsmål som jeg fortolker dels som ambivalens, bekymringer og manglende kunnskap om klinisk mastergradsutdanning. I det følgende diskuterer jeg bekymringer og betraktninger

dyktige praktikere. Utdanningsinstitusjonene er trofaste mot rammeplanen og masterutdanning i spesialiskepleie betraktes som fagspesifikk med et klinisk formål (1,32). Mastergradsutdanning i spesialiskepleie *må* tilfredsstillende krav til rammeplaner og omfanget av kliniske studier må tilsvare videreutdanningen. Parallelt med masterutviklingen utvikler man betydelig kompetanse i simuleringspedagogikk i utdannings- og praksisfeltet; en læringsform som bidrar til effektiv læring av praktiske ferdigheter og samhandling (33–35).

Spørsmålet om hvor vidt alle videreutdanninger må bli master og om masterutviklingen vil begrense karriere- og utviklingsmuligheter, var i gruppediskusjonen hovedsakelig knyttet til lengden på masterutdanning.

er å tilrettelegge slik at metodekunnskap tilpasses fagfeltet (21).

Et aspekt ved rekruttering som ikke ble diskutert i gruppen er at opptakskravet til masterutdanning vil utelukke søkere som har lavere enn gjennomsnittskarakteren C. For informantene er masterutviklingen en forutsetning for fremtidig rekruttering, men utdanningen tar lengre tid og praksisfeltet har store behov for spesialiskepleiere (28). Lengden på masterutdanning kan ikke endres, men med en løsningsorientert innstilling, slik informantene demonstrerte i diskusjonen, kan omstillingen betraktes som en oppbyggingsperiode. Ordet «opp» gir en positiv betoning i språkanalyser og «oppbygging» kan assosieres med en positiv fremtidshorisont (36) med hensiktsmessige overgangsordninger og godt samarbeid mellom utdannings- og praksisfelt. To utdanningsinstitusjoner i Norge (1) har mastermodell med «ja takk begge deler»-løsning. Utdanningen kan avsluttes etter tre semestre som ved videreutdanning, men veien til master er fortsatt åpen. Studenten kan avslutte med vitnemål i emner som kvalifiserer til masterkompetanse og masteroppaven gjennomføres senere. Modellen kan betraktes som en systemdialektisk løsning på mange utfordringer slik de fremstilles i både lokale og nasjonale diskurser (1,26,27).

## ” Går læring av praktiske ferdigheter på bekostning av det nye omfanget med teori?

fra de to datasettene som kan bety noe for utviklingen av masterutdanningene.

Diskusjonen er organisert under to sammensatte temaer som avspeiler motsetninger, men også muligheter: «Mastermodeller, handlingskompetanse og karrieremuligheter» og «Masterutdanning: Meningsfull akademisk læring».

### Handlingskompetanse, mastermodeller og karrieremuligheter

«Går læring av praktiske ferdigheter på bekostning av det nye omfanget med teori?» Bekymringen som ligger i spørsmålet går på om viktig kompetanse vil stå under press i en masterutdanning. Det er liten grunn til å anta at en akademisering vil bidra til mindre funksjons-

Masterutdanning utgjør 120 studiepoeng. AIO-videreutdanningene har 90 studiepoeng (halvannet år) og informantene betrakter et halvt år mer som positivt og nødvendig. Informantene i kreftskepleie har 60 studiepoengs videreutdanning og ga uttrykk for betenkelighet i forhold til økt studielengde. Det er ikke i Bologna-prosessen interesse å redusere eller fjerne utdanningstilbud, men å utvikle sammenliknbare utdanninger og kompetanse innenfor høyere utdanning (16). En samordning nasjonalt og internasjonalt med overordnet struktur for mastermodeller der utdanninger ned til 60 studiepoeng kan inngå som del av masterutdanning vil kunne sikre karrieremuligheter og rekruttering. Sverige har en lignende ordning (21). Poenget

### Masterutdanning: Meningsfull akademisk læring

Praksisfeltene har ingen erfaringer med spesialiskepleiere med fagspesifikke master. Informantene forventer noe annet eller mer fra spesialiskepleiere med fagspesifikk master. Det må «være noe annet å være master i fagområdet enn i administrasjon eller noe sånt». De første

fagspesifikke masterkandidatene ble utdannet i 2014 i Agder og Oslo. Om noen år er det relevant å undersøke hvorvidt spesialiserte sykepleiere med metodekompetanse tilpasset fagfeltet bidrar med *noe annet*. I mellomtiden er det vesentlig at studenter og nyutdannede får meningsfull akademisk læring. Lærerne bør fremstå samlet om en pedagogisk plattform og praksisfeltet støtte opp om og nyttiggjøre seg den akademiske kompetansen (21). Informantene legger vekt på betydningen av kollegastøtte både under utdanning og etterpå slik at ikke janteloven får råde. Samtidig bør samarbeid mellom utdannings- og praksisfelt lede ut i mer grenseovergrepene og involverende samhandling. For eksempel at masteroppgaven må bli noe «det faktisk er bruk for på arbeidsplassen».

Spørsmålet om mastergradsstudium kan koples til oppgaver og funksjoner med større selvstendighet som ved spe-

sialistgodkjenning, ble stående ubesvart, men er et interessant tema. APN-rollen ga lite gjenklang hos informantene, men hva skjer om noen år når det er utdannet to–tre kull med

fortsetter i en uendelighet med «blindveier». Dette må sikres gjennom en nasjonal og internasjonal samordning.

En hensiktsmessig utvikling videre krever et tett sam-

” Det må ikke bli slik at man tar bort videreutdanningene helt.

mastere i AIO i Norge? Vil det da bli mer aktuelt å diskutere utvikling av større selvstendighet med funksjonsendringer og rolleglidning som ved APN og spesialistgodkjenning?

### KONKLUSJON

Oppsummering av praksisveiledernes refleksjoner om akademisering av spesialutdanningene AIOK, er at det er en naturlig utvikling i samfunnet, og at all høyere utdanning er i stigen i bachelor-, master- og ph.d. er en forutsetning for fremtidig rekruttering. Men kanskje bør korte videreutdanningstilbud bestå hvis de tilfredsstiller krav til masterinnpassing og ikke

arbeid mellom utdanningsfelt og klinikk, der studentene får meningsfull akademisk læring og masterkompetansen blir direkte nyttig for faget og tjenesten.

Interessante videre studier vil være om hvordan masterutdanningens opptakskrav og lengde påvirker rekruttering og utdannede spesialiserte sykepleiere. Det er også behov for forskning på hvordan ulike mastermodeller harmonere med praksisfeltets behov, praksisfeltens erfaringer med fagspesifikk masterkompetanse og konsekvenser for fag og tjeneste når det blir flere med fagspesifikke mastere i klinikken.

### REFERANSER

1. Skogsås B & Karlsten M-MW. Fra videreutdanning til mastergradsstudium. *Sykepleien* 2015; 103 (3): 56–9
2. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om krav til mastergrad. Hefte 14, 2005.
3. Kunnskapsdepartementet. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring, 2011.
4. Helsedirektoratet. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2010. Rapport IS-1966, 2012.
5. Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett handling – på rett sted til rett tid. Sosialdepartementet,

2008–2009.

6. Stortingsmelding nr. 13: Utdanning for velferd. Sosialdepartementet, 2011–2012.
7. Hellesø, R. (2014). Utdanning for fremtiden. <http://www.dagsavisen.no/nyemening/14/5-2014>.
8. Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Kompetanseutviklingsprogram for kliniske veiledere innenfor anestesiv-, intensiv-, operasjons- og krefsykepleie ved HBV – Campus Vestfold, 2014.
9. Høpen TS (et al.). Et historisk blikk på anestesisykepleie i Norge. ALNSF, 2011.
10. Stubberud, D-G. Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Kp. 2. I: Gulbrandsen T & Stubberud D-G.

(red.) Intensivsykepleie. Akribe, 2010.

11. Høiland M. Operasjonssykepleie i over 40 år. NSFLQS; 1996.
12. Reitan AM. Krefsykepleie. I: AM. Reitan & TKr. Schjøberg (Red.), *Krefsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Akribe, 2010.
13. Hutchinson M, East L, Stasa H & Jackson D. Deriving Consensus on the Characteristics of Advanced Practice Nursing. *Nursing Research*. 2014; 62(3): SIDETALL MÅNGLER.
14. Fagerström, L. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review*. 2009;56:269–72.

15. Råholm M-B, Hedegaard BL, Löfmark A & Stettebø Å. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66: 2126-37.
16. Collins S & Hewer I. The impact of the Bologna process on nursing higher education in Europe: A review. *The international Journal of Nursing Studies*, 2014; 15: 150-6.
17. Davies R. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today*, 2008; 28(8): 935-42.
18. Palese A et. al. Bologna Process, More or Less: Nursing: Education in the European Economic Area: A discussion Paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2014; 11(1): 1-11.
19. Hansen C & Hamric B. Reflection on the Continuing Evolution of Advanced Practice Nursing. *Nursing Outlook*, 2003; 51:203-2011.
20. Millberg, L. G. Akademisering av specialistsjuksköterskans utbildning i Sverige. *Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Omvårdnad. Karlstad University Studies*, 2012:56.
21. Jeon, Y., Lathinen, P., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H. (2015). Anesthesia nursing education in the Nordic countries: Literature review. *Nurse Education Today*, 35 (2015) 680-88.
22. Graneheim UH & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2003;24,105-12.
23. Morgan DL. *The Focus Group Guidebook*. Sage Publications; 1998.
24. Konsmo, T. (2010). Fokusgruppeintervju. <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/verkt%c3%b8y/fokusgruppeintervju> (12/2-2015).
25. Skogsaas, Bente P. (2011): Conflicts and ambivalences: a case study of clinical pathways in Norway. *Journal of Social Work Practice*, 25:3, 335-49.
26. Lind, Marianne. Diskurstranskribsjon. En elementær innføring i teori og metode. *Norsk skrift*. 1995;85: SIDETALL MANGLER.
27. Mastad, V. (2012). Videreutdanning i ingenmannsland? <http://sykepleien.no/2012/02/videreutdanning-i-ingenmannsland>.
28. NOKUT (2012). En mastergrad er ikke en mastergrad. Mastergrader ved statlige og private høyskoler. Rapport nr. 2012-6.
29. Helsedirektoratet. (2012). Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2010. Rapport IS-1966.
30. Stortingsmelding nr. 13 (2011-2012): Utdanning for velferd. Oslo, Sosialdepartementet.
31. Hellesø, R. (2014). Utdanning for fremtiden. <http://www.dagsavisen.no/nyemeninger/> (24/6-2015).
32. Ballangrud R, Hall-Lord, M.L., Persenius, M. & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* (2014) 30, 179-187.
33. Ballangrud R, Hall-Lord ML, Hedelin B & Persenius M. (2013). Intensive care unit nurses' evaluation of simulation used for team training. *British Association of Critical Care Nurses*. 2013; 19 (4): SIDETALL MANGLER.
34. McGaghie W, Issenberg BS, Petrusa ER & Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Medical Education*. 2010;44:50-63.
35. Lerdal, A. Vi trenger funksjonsorienterte mastergrader. *Sykepleien Forskning*. 2014;9(2):103.
36. Koselleck, Reinhardt (2007): *Erfaringsrom og forventningshorisont-to historiske kategorier*. Kapittel 1, I: Busck, Nevers & Olsen (red): *Begreber, tid og erfaring*. En tekstsamling. Copenhagen.



# Viktig med ulik kompetanse

› Vi må unngå å skape et skille mellom de med og uten master.



**Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen**

Anestesisykepleier, Master i Tverrfaglig Samarbeid, PhD-stipendiat ved Sykehuset Østfold, Redaktør InspirA

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Under diskusjoner i praksis har jeg opplevd skepsis til at videreutdanningene blir master. Mange hevder at man mister de «gode klinikerne», og ser ikke verdien av denne akademiseringen. Artikkelen til Skogsås og medforfattere gir et interessant tilsvar på den kritikken som har vært ytret mot «mastersyken». De beskriver en generelt positiv innstilling blant spesialsykepleiere med veiledningsansvar, når det gjelder akademisering av videreutdanningene og tilrettelegging for masterutviklingen i praksisfeltet. Dette til tross for at 16 av de 18 informantene ikke har tilsvarende akademiske kompetanse.

Tilsynelatende har studien et relativt stort utvalg i kvalitativ sammenheng. Men, når gruppediskusjonen fant sted med alle samlet og kun en time, kan man anta at ikke alles synspunkter kom frem? Ville det vært hen-

siktsmessig å dele opp i mindre grupper, og med bedre tid til hver gruppe, for å gi en dybdeforståelse av temaet? Artikkelen har ikke vektlagt å finne ulikheter mellom gruppene. Likevel tenker jeg det kunne være interessant å vite hvilke grupper som har kommet med de ulike beskrivelsene. Er det for eksempel vedkommende med mastergrad som kommer med uttalelsen? Informantene deltok på et kompetansehevingsprogram, noe som antyder en personlig interesse for fagutvikling. Etter min erfaring er en slik interesse varierende, ikke alle ser nytten av prosjektdeltakelse og forskning. Resultatene fra denne studien må også ses i lys av dette.

Jeg er enig i det informantene påpeker: at tilbudet om et kortere videreutdanningsløp bør bestå, slik at vi også kan rekruttere «praktikere». Det blir spennende å se hvor mange som begynner

på et løp med anledning til å slutte på videreutdanningsnivå som kommer til å gjøre dette, og hvor mange som går for mastergraden. Jeg tenker det er viktig ikke å skape et skille mellom de med og de uten master, og å verdsette ulik kompetanse. Utfordringen i praksis blir å tilby et faglig stimulerende miljø også etter endt masterutdanning. Masteroppgaver må erfares som nyttige for faget og avdelingen, og målet bør være å beholde kompetansen i avdelingen. For, som informantene påpeker; masterutdanning er del av utviklingen i samfunnet, og man bør fokusere på et tett samarbeid mellom praksisfelt og utdanningsinstitusjon. Artikkelen presenterer også flere interessante forslag til oppfølgingsundersøkelser.

Les artikkelen på side 56





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Det forventes at kunnskapsbasert praksis (KBP) ligger til grunn for beslutninger i klinisk praksis. Det krever at utdannede sykepleiere anvender KBP i praksis. Ifølge HelseOmsorg21 svarer dagens utdanninger i for liten grad til de utfordringene helsevesenet står overfor på dette feltet.

**Hensikt:** Å undersøke og beskrive forskningslitteratur om KBP i sykepleierutdanningen.

**Metode:** Modifisert scoping review med systematiske søk (Cochrane

Library, Medline, CINAHL, Embase, Swemed+ og Eric) samt håndzoek. Søket var begrenset til perioden 2000–2014. Alle studier som omhandlet KBP i sykepleierutdanningen ble vurdert. To uavhengige lesere vurderte inklusjon av hver studie.

**Resultater:** Elleve studier, med ulike forskningsspørsmål og design og av varierende kvalitet ble inkludert. Samtlige artikler beskrev at læringsaktiviteter i alle trinnene i KBP måtte inngå i programplanen. Åtte studier hadde inkludert KBP i

kliniske emner. Fem studier undersøkte studentenes læringsutbytte etter systematisk innføring av KBP i programplanen. Funnene antyder at en systematisk opplæring i KBP med interaktive læringsmetoder i samarbeid med praksis kan ha positiv effekt på studentenes læring.

**Konklusjon:** Systematisk opplæring i KBP i samarbeid med praksisfeltet kan ha positiv effekt på studentenes læring. Mer internasjonal og norsk forskning med ulike studiedesign er nødvendig for å øke kunnskapsgrunnlaget.

## ENGLISH SUMMARY

### Evidence-based practice in nursing education - a literature review

**Background:** Evidence-based practice (EBP) is expected to underlie decisions in the healthcare environment. This requires that professional nurses use the EBP process. According to HelseOmsorg21, the Norwegian nursing education only modestly responds to the challenges healthcare faces within this framework.

**Objective:** To examine and describe research literature about EBP in nursing education.

**Methods:** Modified scoping review

with systematic searches (Cochrane Library, Medline, Cinahl, Embase, Swemed +, and Eric) and manual searches. The search covered the period 2000-2014. All studies which addressed EBP in nursing education were considered. Two independent reviewers assessed the eligibility of each study.

**Results:** Eleven studies, with various research questions and designs and of varying quality, were retrieved. All articles described that learning activities in all stages of EBP had to be included in the curriculum. Eight studies had included EBP in clinical topics. Five studies examined students' learning by sys-

tematic introduction of EBP in the curriculum. The findings suggest that a systematic training in EBP with interactive learning strategies in collaboration with practice can have a positive impact on student learning.

**Conclusion:** Systematic training in EBP in cooperation with the practice field can have a positive impact on student learning. More international and Norwegian research with different study designs is necessary to increase the knowledge base.

**Keywords:** Evidence-based practice, nursing education, literature review

# » Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen

Forfattere: Torunn Erichsen, Gro Røkholt og Inger Utne

## NØKKELORD

- Kunnskapsbasert praksis
- Sykepleierutdanningen
- Litteraturgjennomgang

## INNLEDNING

Pasientsikkerhet og kvalitet er prioriterte område i helsetjenesten (1,2) og man forventer at oppdatert kunnskap ligger til grunn for beslutninger i klinisk praksis (1). Ifølge HelseOmsorg21 svarer dagens utdanning i for liten grad til de utfordringer helsevesenet står overfor på dette feltet (3).

Å utøve kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienters ønsker og behov i den gitte situasjon (4, 5). For å jobbe kunnskapsbasert, må sykepleiere ha kompetanse i faglig refleksjon, formulering av kliniske spørsmål, gjennomføring av søk, kritisk vurdering av forskningslitteratur samt anvendelse og presentasjon av forskning (4). Internasjonale studier viser at sykepleiere i praksisfeltet mangler grunnleggende kunnskaper i KBP (6,7) og at mange sykepleiere i praksis er negative

til å anvende forskning (8,9). I en litteraturgjennomgang fra 2011 ble det påpekt at tiltak mot kartlagte barrierer, kompetanseoppbygging og fagutvikling har betydning for å fremme kunnskapsbasert praksis (10).

Det foreligger helsepolitiske føringer om at utdanningsmiljøene skal integrere kunnskapsbaserte arbeidsformer i profesjonsutdanningene (3,11). Internasjonalt tas det til ordet for at KBP må integreres i programplaner i helsefagutdanningene (5,12) og i medisinerutdanningene (13,14). Til tross for økt oppmerksomhet om KBP, vet vi lite om hvordan dette er implementert i sykepleierutdanningene. En norsk studie undersøkte sykepleiestudentenes erfaringer med implementering av KBP i praksisstudiene. Resultatet av den antyder at det kan foreligge kulturelle utfordringer mellom studentenes læringsmål og anvendelse av KBP i praksis (9). En svensk studie (15) viste at det var store forskjeller i hvordan studentene fra forskjellige universiteter i Sverige opplevde at KBP var vektlagt i sykepleierutdanningene.

I Norge ble det uteksaminert 3630 sykepleiere i 2014 (16). Nyutdannete sykepleiere utgjør en stor gruppe og vil dermed ha

en sentral rolle i å arbeide kunnskapsbasert. Her har utdanningsinstitusjonene et stort ansvar. Fra helsepolitisk hold foreslås obligatorisk opplæring i kunnskapsbasert praksis for alle helsefagutdanningene (3). Dersom helsepolitiske mål om kunnskapsbaserte helse tjenester skal nås, må studentene oppnå tilstrekkelig kompetanse om KBP i løpet av utdanningen. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er derfor å identifisere og beskrive forskning om KBP i sykepleierutdanningen.

## METODE

Litteraturgjennomgangen er en modifisert scoping review basert på rammeverket til Arksey og O'Malley (17). Scoping review

### Hva tilfører artikkelen?

Studien antyder at systematiske undervisningsopplegg i kunnskapsbasert praksis gjennom hele utdanningen har positiv innvirkning på studentenes læring.

### Mer om forfatterne:

Torunn Erichsen er førstelektor HiOA. Gro Røkholt er høgskolelektor og faglig ansvarlig for videreutdanning i kunnskapsbasert praksis, HiOA. Inger Utne er førsteamanuensis ved HiOA. Kontaktperson: torunn.erichsen@hioa.no

**Tabell 1:** Oversikt over antall treff, relevante og inkluderte artikler

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
<b>Cochrane Library</b>			
• Cochrane Reviews	3	0	0
• Other Reviews	9	0	0
Embase	3	2	0
Medline	96	25	6
Cinahl	185	24	3
Eric	20	3	0
Swemed +	70	1	1
Hånd søk			1

er benyttet fordi det er en egnet metode for å få oversikt over et forskningsfelt der ulike studiedesign benyttes. Sammenliknet med en systematisk litteraturstudie åpner scoping review for inklusjon av ulike studiedesign (17). Scoping review er valgt som metode fordi forskningsfeltet er begrenset og vi ønsket å inkludere alle relevante artikler. For å sikre god kvalitet i søkeprosessen ble søket planlagt og gjennomført i samarbeid med bibliotekar. Det ble søkt i databasene Cochrane Library, Medline, Cinahl, Embase, Swemed+ og Eric, i perioden fra 1. januar 2000 til 15. desember 2014. Søkene ble begrenset til fag-

schools, health occupations/(or schools, nursing/ or universities/ or education, nursing/ or education, nursing, baccalaureate/ or education, nursing, graduate/ or nursing education research/) and curriculum/ (or faculty, nursing/ or learning). Vi gjennomførte kombinasjonssøk med de samme emneordene som ble tilpasset de ulike databasene. I Medline la vi til «facilitat\*» og «implement\*» for å spisse treffene. Nordiske tidsskrifter er ikke automatisk indeksert i Cinahl og Medline. Det ble derfor søkt i Swemed+ med søkeordene evidence based and nursing education. For de periodene tidsskriftene ikke forelå online, ble det

## ” Mange sykepleiere i praksis er negative å anvende forskning.

felleverderte publikasjoner på engelsk eller skandinavisk språk.

Følgende emneordene ble kombinert; evidence-based practice/(or evidence based or evidence-based or evidencebased or research based or research-based or researchbased or knowledge based, or knowledge-based or knowledgebased) and nursing/(or evidence-based nursing/) and

gjort hånd søk; Norsk tidsskrift for sykepleieforskning (f.o.m. 2000 t.o.m. 2010), Sykepleien forskning (f.o.m. 2006 t.o.m. 2008) og Vård i Norden (f.o.m. 2000 t.o.m. 2004).

Inklusjonskriterier var kvantitative og kvalitative studier som omhandlet organisering av undervisningsopplegg og beskrivelse av læringsaktiviteter

knyttet til KBP i sykepleierutdanningen. Kun studier fra bachelornivå i sykepleie ble inkludert. Studier fra videreutdanninger, masterutdanninger og kommentarartikler ble ikke inkludert.

## RESULTATER

Tabell 1 viser en oversikt over antall treff, databaser og inkluderte studier. En tottrinnsprosess ble benyttet for å gjennomgå treff og utvelgelse av relevante artikler (18). To av forfatterne leste tittel og abstrakt på samtlige treff (386). Trehundreog-trettien artikler ble ekskludert i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier. Den andre delen av prosessen besto av en grundig gjennomlesning av de resterende artiklene (55). To forfattere leste samtlige i fulltekst med tanke på endelig inklusjon ut fra kriteriene. Uoverensstemmelser mellom to av forfatterne ble løst ved diskusjon.

Det ble inkludert elleve studier, hvorav ni fra USA, en fra Italia og en fra Kina. Studiene belyste ulike typer av spørsmål og hadde varierende kvalitet. Forskningsdesignene varierte fra en litteraturgjennomgang (19), to kvasiexperimentelle studier (20,21), en artikkel med aksjonsforskningsdesign (22) en kohortstudie (23), to beskrivende (24,25) og fire casestudier (26–29). Casestudiene, aksjonsforskningsstudiet og en av de beskrivende studiene (25) omhandlet organisering og læringsaktiviteter om KBP i utdanningen og gir innsikt i hvordan dette kan ha positiv innvirkning på enkeltstudenters læring. De kvasiexperimentelle studiene (20, 21), en beskrivende studie (24) og kohortstudien (21) viser effekt av læringsaktiviteter om KBP for grupper av studenter. Tabell 2 viser en oversikt over de inkluderte studiene.

**Tabell 2:** Oversikt over inkluderte studier

Studie (Forfatter, utgivelsesår, land ref.nr.)	Hensikt	Studi- edesign og metode	Utvalg	Målemetode	Resultat
Finotto, m.fl., (2013) Italia (24)	Beskrive nyutdannede sykepleieres oppfatninger om hva de har lært om KBP.	Beskrivende	Ny- utdannede syke- pleiere. (N=300).	Egenutviklet spør- reskjema om bruk og nytteverdi av KBP relatert til bachelo- roppgave, klinisk praksis og fremtidig yrkesutøvelse.	Et gjennomgående program i KBP over 3 år fremmet studen- tens ferdigheter i bruk av KBP. Lærers veilederrolle i KBP ble vurdert positivt. Praksisveileders rolle i å stimu- lere til bruk av KBP for å løse kliniske sykepleieproblemer fikk lavere score. Vanskelig å formulere kliniske spørsmål. Sannsynligvis ville de anvende KBP i praksis.
Zhang m.fl., (2011) Kina (21)	Evaluere effekt av ny undervisnings- strategi om KBP.	Kvasieksp- erimentelt, pre- og posttest.	Studenter fra syv universitet (N=75).	Egenutviklet spørre- skjema med utfalls- mål om kunnskaper, holdninger og atferd om KBP.	Signifikant bedring i studentens kunnskap, holdninger og atferd om KBP. Noe forbedringer når det gjaldt analytiske evner, selvstendig læring, samarbeidsevner, forståelsen av KBP og evne til å lese forskningslitteratur. De fleste oppga at de ville ta aktiv del i videre læring og implementering av KBP. Læringsutbyttet på selvstudie om KBP ble vurdert moderat, og studentene etterspurte mer vei- ledning. Workshop med kritisk vurdering av forskningsartikler ble godt vurdert.
Moch, Cronje & Bradson, (2010) USA (19)	Gi en oversikt over omfang og innhold i undervisning om KBP i bachelor i sykepleie.	Litteratur- gjennom- gang	62 refe- ranser (8 bøker og 54 artikler).		Alle trinnene i KBP måtte inngå i programplanen. Ikke tilstrekke- lig med bare forelesninger om KBP for at læring skulle finne sted. Studentaktive metoder som stimulerte studentenes evne til kritisk tenkning ble trukket frem som sentralt. Betydningen av et forpliktende samarbeid mellom utdanning og praksisfelt ble fremhevet. Når studentene fikk mulighet til å anvende KBP knyttet til rele- vante kliniske problemstillinger, så det ut til å ha positiv betyd- ning for læringsprosessen.
Moch & Cronje, (2010) USA (22)	Beskrive og prøve ut en læringsmodell for å fremme KBP.	Aksjons- forskning	Studenter og syke- pleiere.	Prosessoppsum- meringer og spør- reskjema med åpne spørsmål.	Prosessoppsummeringer viste at både studenter og sykepleiere i praksis var fornøyd med del- tagelsen i kunnskapsgruppene. Det stimulerte til refleksjon og økt faglig engasjement i praksis. Kunnskapsgruppene hadde bidratt til bedret kommuni- kasjon mellom ansatte og studenter og økt interessen for forskning i praksisfeltet. Sykepleierne beskrev at de så på studentene som ressurser og bidragsyttere for å finne aktuell litteratur knyttet til kliniske problemstillinger. ▶

Tabell 2 fortsetter her:

Studie (Forfatter, utgivelsesår, land ref.nr.)	Hensikt	Studi- edesign og metode	Utvalg	Målemetode	Resultat
Kim m.fl., (2009) USA (20)	Evaluere effekt av et interak- tivt under-visnings- opplegg i KBP.	Kvasieksp- erimentelt, pre- og posttest med kon- troll- gruppe.	Studenter i 3. studieår. Eksp.r.g. (N=88). Kontrollgr. (N=120).	Spørreskjema om kunnskaper, hold- ninger og ferdigheter i KBP.	Gruppen som fikk et interaktive undervisningsopplegg scoret signifikant bedre på kunnskaper om og anvendelse av KBP enn gruppen som fikk standardun- dervisning. Det var ingen signifi- kant forskjell mellom gruppene på holdninger til KBP og tanker om fremtidig bruk av KBP.
Krus-zewski, Brough & Killeen, (2009) USA (23)	Undersøke om endring i program- planen gir økt kompetanse i KBP.	Kohort	Studenter (N=24) og praksis- veiledere.	Standardisert spørreskjema med utfallsmål om kunn- skaper, ferdigheter og forståelse for bruk KBP. Skriftlig/muntlig programevaluering. Semistrukturert fokusgruppeintervju med praksisveile- dere.	Studentene scoret høyt på kunn- skap om og forståelse for bruk av KBP og på tro på betydningen av metoden for kvaliteten i praksis. Studentene vurderte egen kom- petanse i å identifisere et pro- blemområde som god. Spørsmål som fikk lavere score var evnen til kritisk vurdering av forskning og til å identifisere elementene i implementering av ny kunnskap i praksis. Studentene vurderte det å arbeide med KBP i samarbeide med praksisfeltet som positivt. Praksisveilederne var fornøyd med studentenes kunnskaper og ferdigheter i KBP. De beskrev at prosjektet ga større ansvar og nærhet til studentenes læringsprosess. De fremhevet at utbyttet for praksisfeltet var stort når det gjaldt å få tilført ny kunnskap relatert til kliniske problemstillinger.
Ross, m.fl., (2009) USA (27)	Beskrive undervisning- opplegg i KBP.	Casestudie			Ny fagplan der KBP ble innført som et gjennomgående emne over tre år. Det er beskrevet detaljerte læringsaktiviteter og innhold med stigende progre- sjon gjennom tre år.
Schmidt & Brown, (2007) USA (28)	Beskrive en under- visnings strategi for å fremme KBP.	Casestudie	Studenter, lærere og praksis- veiledere.	Tilbakemelding om undervisningsstra- tegien fra studenter, lærere og praksis- felt.	Studentene vurderte det å arbeide med praksisnær problemstillin- ger som lærerikt. Pris for beste poster ble vurdert som morsomt og stimulerende. Studentene rapporterte frustra- sjon over gruppekonflikter. Lærerne vurderte modellen som gunstig for studentenes læring om ledelse, kritisk tenkning og kommunikasjon. De vurderte studentenes presentasjoner til å være meget gode. Undervis- ningen fremmet samarbeidet mellom student og lærer. Studentenes arbeidsmengden ble vurdert som realistisk. Praksisfeltet oppga nytteverdi av studentenes fremlegg for å løse kliniske problemstillinger. Utfordringen var mangel på tid for å vurdere kvalitet og innføring av de forslåtte endringene. ▶

Tabell 2 fortsetter her:

Studie (Forfatter, utgivelsesår, land ref.nr.)	Hensikt	Studi- edesign og metode	Utvalg	Målemetode	Resultat
Brancato, (2006) USA (29)	Beskrive og prøve ut en ny lærings- modell i praksis- studier.	Casestudie	Studenter, lærere og praksis- veiledere.	Skriftlig og muntlig evaluering fra alle involverte.	Studentene rapporterte økt forståelse for KBP. De så betydningen av å stille spørsmål til praksis og de hadde fått økt innsikt i hvordan KBP kunne bidra til forbedringer i pasient- behandlingen. Prosjektet førte til at lærere ble utfordret til å integrere KBP som læringsmetode i program- planen. De anså metoden som egnet for å bygge bro mellom utdanning og praksisfelt. Ansatte i praksisfeltet rap- porterte at prosjektet hadde ført til økt oppmerksomhet på forskning og KBP i avdelingen.
Killeen & Barnfather, (2005) USA (26)	Beskrive under- visnings-strategi for å implementere KBP i sykepleie- utdanningen.	Casestudie	Studenter i 3. studieår.	Gradert vurdering av læringsutbytte etter fastlagte kriterier.	Studentene fikk gjennomgå- ende bedre karakterer på presentasjoner i praksis både på innhold og gjennomføring enn før ny emneplan trådte i kraft. Praksisfeltet rapporterte at stu- dentarbeidene hadde bidratt til kvalitetsforbedring på konkrete prosjekter i praksis. Prosjektsamarbeidet bidro til økt rekruttering av nyutdannede sykepleiere til disse praksis- stedene.
Klem & Weiss, (2005) USA (25)	Beskrive hvordan bibliotekar kan involveres i arbeidet med KBP i utdan- ningen.	Beskri- vende			Betydningen av samarbeid med bibliotekar for å planlegge og gjennomføre undervisning om KBP ble vektlagt. Det ble beskrevet hvordan kunnskaps- baserte søk kan utføres og arbeid med kritisk vurdering ble utdypet spesielt. Det ble fremhevet at samarbeid med bibliotekar kunne styrke utdan- ningene i utvikling av planverk og i undervisning og veiledning av studenter.

### Struktur og innhold i programplanen

Samtlige artikler beskrev at læringsaktiviteter i alle trinnene i KBP måtte inngå i programplanen.

Tabell 3 viser en oversikt over studentenes læringsaktiviteter i de inkluderte studiene. Tre studier (22,24,27) beskrev undervisningsopplegg gjennom alle tre år, mens fem studier (20,21,26,28,29) hadde konsentrert læringsaktivitetene mot slutten av utdanningen. I de fleste

oppga studentene at studieopplegget hadde gitt økt innsikt i og forståelse for forskning, spesielt gjennom arbeid med bacheloroppgaven. I første studieår jobbet studentene teoretisk med å beskrive hensikten med KBP og hvordan man skulle gå frem for å jobbe kunnskapsbasert. I påfølgende praksisperiode arbeidet studentene med å formulere kliniske spørsmål og sette opp PICO. I andre studieår gjennomførte studentene søk og kritisk vurdering, mens i tredje år

med et e-læringskurs om KBP og gjennomførte et litteratursøk (se tabell 3). Fasen ble avsluttet med en gruppebasert studierapport der studentene beskrev hvordan de forsto KBP, hvilken betydning KBP har for sykepleievitenskapen og et praktisk eksempel der de anvendt trinnene i KBP. I fase 2 jobbet gruppene med kritisk vurdering av utvalgte forskningsartikler. Hver gruppe fikk tildelt en artikkel de skulle diskutere relatert til forskningsspørsmålet, litteraturgjennomgangen og et teoretisk rammeverk. Videre skulle gruppene reflektere over og vurdere metodiske aspekter ved artikkelen relatert til forskningsdesign, utvalg, datainn-samling metode og analyse. Det ble arrangert tre gruppemøter hvor studentene delte sine vurderinger. Studenter i samme gruppe hadde arbeidet med den samme artikkelen. Lærer og praksisveileder veiledet gruppene og studentene kom frem til en konsensus om styrker og svakheter ved artikkelen. Studien viste signifikant effekt på studentenes kunnskaper om KBP, holdninger og atferd. Videre ble det rapportert om signifikante forbedringer i analytisk evne, problemløsning, evne til å arbeide selvstendig og i samarbeid med andre. Fase 1 med selvstudie fikk lavere skåre enn fase 2 som var veiledet av lærer og praksisveileder.

**Gruppearbeid** Åtte artikler (20–24, 26–28) beskrev at studentene arbeidet i grupper hvorav seks beskrev en gruppestørrelse fra fire til seks deltakere (20–23, 26,28). En av artiklene beskrev gruppesammensetning på tvers av emner og nivåer (22).

**Studieoppgaver** Studieoppgavene varierte i antall og omfang. Noen var omfattende og detaljert beskrevet (20,23,24,26–29) og noen hadde klare læringsut-

## ” KBP fordrer et ulikt sett av ferdigheter som studentene trenger tid for å lære.

artiklene var KBP inkludert i kliniske emner i programplanen (20–24,26,27,29) hvorav tre knyttet til emnet ledelse (20,26,27).

I samarbeid med praksisfeltet utviklet Moch, & Cronje (22) en ny studiemodell der undervisningsopplegget om KBP var gjennomgående i tre år. Praksiskonteksten var sentral både i utvikling og gjennomføring av modellen. Studentene arbeidet blant annet med forskningsartikler i kunnskapsgrupper, på tvers av utdanningsnivåer, sammen med lærer og ansatte i praksisfeltet. Studentenes rolle endret seg fra å være observatører i starten til å bli ledere av kunnskapsgruppene mot slutten av studiet. I kunnskapsgruppene ble artikler om temaer fra praksisfeltet diskutert og kritisk vurdert. Studentene søkte aktuell forskning, utarbeidet kunnskapsoppsummeringer og la plan for implementering.

Finotto og kollegaer (24) rapporterte signifikant bedring i studentenes ferdigheter i KBP, etter at KBP var implementert i programplanen, med progresjon gjennom alle tre årene. Videre

var søkestrategi i ulike databaser og forskjellige studiedesign vektlagt. Studentaktive metoder hvor studentene arbeidet i grupper var også vektlagt.

Hvor grundig læringsaktivitetene ble beskrevet varierte i de inkluderte studiene. De fleste kombinerte forelesninger og/eller e-læring med påfølgende oppgaveløsning (20–24,26–29). En studie (20) undersøkte effekten av et interaktivt undervisningsopplegg i KBP over ett semester mot slutten av utdanningen. Intervensjonen, også kalt E-FIT, besto av to timers introduksjon i KBP med påfølgende gruppeoppgave i praksis. Gruppeoppgaven inkluderte problemidentifikasjon, litteratursyntese, implementeringsstrategi og fremlegg. Resultatene viste signifikant effekt på studentens kunnskap om KBP for intervensjonsgruppen, men ingen forskjell mellom gruppene på holdninger og fremtidig bruk av KBP (20).

Etter innføring av en todelt intervensjon gjennomførte Zhang og kollegaer (21) et kvantitative studie med deltakere fra sju universiteter. I fase 1 jobbet studentene individuelt



---

**Tabell 3:** Studentenes læringsaktiviteter i inkluderte studier

---

(Forfatter, utgivelsesår, land ref.nr.)	
Finotto, m.fl., (2013), Italia (24)	Studentene gjennomførte læringsaktiviteter ut i fra detaljerte læringsutbyttebeskrivelser i programplanen. Studentene startet med spørsmålsformulering, PICO, litteratursøk i ulike databaser og kritisk vurdering. Studentene brukte KBP i bacheloroppgaven og praksis. Tidsramme: Progresjon over tre år.
Zhang m.fl., (2011), Kina (21)	Studentene gjennomførte et e-læringskurs om KBP med påfølgende individuelt litteratursøk. Deretter delte de erfaringene i gruppe og utarbeidet en felles gruppe rapport der de beskrev betydningen av forskningsbasert kunnskap og egen forståelse av KBP. I praksis deltok studentene i workshops. Her ble tre utvalgte forskningsartikler kritisk vurdert i grupper. Flere grupper vurderte de samme artiklene og presenterte resultatene for hverandre. Studentene fikk veiledning av sykepleieforskere og praksisveileder. Tidramme: Ett semester mot slutten av utdanningen.
Moch, Cronje & Bradson, (2010), USA(19)	Oversiktsartikkel. Studentaktive metoder som stimulerer studentenes evne til kritisk tenkning trekkes frem som sentralt. Alle trinnene i KBP må inngå i programplanen.
Moch & Cronje, (2010), USA (22)	Studentene deltok i kunnskapsgrupper sammen med sykepleiere fra praksisfeltet og lærer. Sykepleiere fra praksis valgte tema og studentene gjennomførte litteratursøk. I felleskap ble svakheter og styrker ved artiklene diskutert. Studentene arbeidet med KBP på ulike måter gjennom hele utdanningen. Det ble inngått kontrakter mellom studenter og praksisfelt som beskrev studentenes forpliktelser i konkrete KBP prosjekter. Tidsramme: Progresjon over tre år.
Kim m.fl., (2009), USA (20)	Etter en introduksjon om KBP deltok studentene i et gruppebasert praksisprosjekt. Studentene utarbeidet en klinisk problemstilling i samarbeid med praksisfeltet. Deretter gjennomførte studentene litteratursøk med PICO, kritisk vurdering, kunnskapsoppsummering og utarbeidet en implementeringsplan for praksis. Fremlegg (Power-Point og Poster).Tidsramme: Ett semester mot slutten av utdanningen.
Kruszewski, Brough & Killeen, (2009), USA (23)	Studentene gjennomførte et web-basert kurs i KBP før oppstart i praksis. Deretter utarbeidet studentene en klinisk problemstilling i samarbeid med praksisfeltet, gjennomførte litteratursøk og kritisk vurdering av forskningslitteratur, utarbeidet kunnskapsoppsummering og implementeringsplan. Fremlegg med Poster i praksis. Tidsramme: To semestre mot slutten av utdanningen.
Ross, m.fl., (2009), USA (27)	Studentene gjennomførte læringsaktiviteter ut i fra detaljerte læringsutbyttebeskrivelser i programplanen. De startet med å oppøve ferdigheter i å søke, vurdere og oppsummere kunnskapskilder. Deretter jobbet studentene med metoder for kvalitetsforbedring der de sammenlignet observert praksis med best praksis beskrevet i retningslinjer og registerdata. Det siste fokusområdet var prosjektledelse i forbedringsarbeid i praksis der studentene utarbeidet en endringsplan, økonomisk plan og analyse.Tidsramme: Progresjon over tre år.
Schmidt & Brown, (2007), USA (28)	Studentene fikk tildelt en klinisk problemstilling fra praksisfeltet som de arbeidet med i grupper. Studentene søkte og vurderte forskningslitteratur under veiledning og utarbeidet et forslag til implementeringsplan. Fremlegg (Power-Point). Studentene utarbeidet en Poster som beskrev gruppens arbeidsprosess. Beste poster ble premiert. Alle deler av prosjektet ble vurdert og gitt graderte karakterer. Tidsramme: Mot slutten av utdanningen.
Brancato, (2006), USA (29)	Studentene, som jobbet to og to, brukte trinnene i KBP relatert til en oppgitt klinisk problemstilling fra praksisfeltet. Det ble inngått en kontrakt mellom student og veileder i praksisfeltet som beskrev mål og handlingsplan for prosjektet. Studentene fikk veiledning av lærer og praksisveileder. Fremlegg i praksis. Tidsramme: Ett semester mot slutten av utdanningen.
Killeen & Barnfather, (2005), USA (26)	Studentene gjennomførte et KBP-prosjekt i samarbeid med kommunehelsetjenesten Studentene identifiserte et kliniske problem som var relevant for praksisfeltet og utarbeidet en implementeringsplan for praksis. Fagutvikling og lederskap var vektlagt. Fremlegg som ble vurdert og gitt gradert karakter. Tidsramme: 2-3 semestre mot slutten av utdanningen.
Klem & Weiss, (2005), USA (25)	Artikkelen trekker frem betydningen av samarbeid med bibliotekar for å planlegge og gjennomføre undervisning om KBP. Det gis en detaljert beskrivelse for hvordan kunnskapsbaserte søk skal utføres. Søk og kritisk vurdering er utdypet spesielt.

---

byttebeskrivelser (24,27). Et fellestrekk var at studieoppgavene omfattet både teori- og praksisemner (19–24,26,27,29), og i tre av studiene arbeidet studentene med samme oppgave over flere semestre (20,23,26). Ross m.fl. hadde en studieoppgave for hvert av trinnene i KBP (27), mens andre beskrev en studieoppgave som omfattet flere trinn (20,24,26,28).

*Veiledning* Flere studier fremhevet betydningen av veiledning (21,23,24,26,27,29). I en studie

sisfelt og utdanning vektlagt (19–24,26–29). I fem studier ble betydningen av at begge parter deltok i planleggingsfasen spesielt fremhevet (21,23,26,28,29). Det at lærer veiledet på konkrete forbedringsprosjekter i praksisfeltet ble beskrevet som positivt (22,23,26,28). Basert på en litteraturgjennomgang, antydet Moch og kollegaer (19) at prosjektsamarbeid om KBP mellom praksisfelt og utdanning kunne bidra til kompetanseheving både for studenter og ansatte i

tene i KBP varierte i de inkluderte artiklene. Noen beskrev at studentene fikk regelmessig veiledning av praksisveileder (22,28,29), mens andre beskrev veiledningsprosessen som et samarbeid mellom praksisveileder og lærer (21,23,27). En artikkel beskrev at kompetansekravet til praksisveiledere var på masternivå og med gjennomført kurs i KBP (29). I flere studier oppga ansatte i praksisfeltet at de hadde nytte av studentenes arbeider (22,23,26,28,29). Selv om arbeidene ble oppfattet som nyttige fra praksisfeltet, oppga de ansatte at det var avsatt for liten tid for å gå i dybden på de foreslåtte endringene (28). Moch og Cronje antydet at det nye studieprogrammet hvor studentene blant annet underviste om KBP og ledet kunnskapsgrupper i praksis kunne bidra til å redusere barrierene mot KBP (22).

## ” Å anvende e-læring i kombinasjon med studieoppgaver ser ut til å gi studentene grunnleggende forståelse for KBP.

fikk studentene veiledning fra samme lærer over to semestre fordi en studieoppgave strakte seg over flere semestre (26). Andre trakk frem lærerrollen som sentral både i veiledning og for å gi tilbakemelding på konkrete studieoppgaver (27–29). En studie (24) rapporterte at studentene i liten grad ble oppmuntret av praksisveiledere til å jobbe kunnskapsbasert.

*Presentasjoner og vurderinger* I de fleste studiene hadde studentene fremlegg med Poster eller PowerPoint i praksisfeltet (19–21,23,26–29). I en studie ble det anvendt en mal for presentasjonen for å sikre at alle trinnene i prosessen ble fulgt (26) og i fire studier ble det gitt karakter på arbeidene (22,23,26,28). To artikler beskrev premiering av beste poster (22,28). Studentene vurderte premiering som morsomt og sa det bidro til en sunn konkurranse mellom gruppene (28).

### Samarbeid mellom utdanning og praksisfelt

I de fleste inkluderte artiklene ble samarbeidet mellom prak-

saksfeltet. Et slikt samarbeid kunne, ifølge flere av artiklene, bli en vinn-vinn-situasjon for både utdanning og praksisfelt (19,24,26) og derved bidra til kvalitetsforbedring i praksis (19).

Et gjennomgående trekk var at studentene jobbet med studieoppgaver som var basert på kliniske problemstillinger fra praksisfeltet (19–24,26–29). I fem artikler hadde praksisfeltet forberedt hvilke temaer studentene skulle arbeide med i praksisperioden (21,22,26,28,29). Killeen og Barnfather (26) vektla at studentene fikk veiledning i arbeidet med å utforme en klinisk relevant problemstilling for praksisfeltet. Denne problemstillingen ble utgangspunkt for forbedringsprosjekter der studentene anvendte trinnene i KBP under veiledning. I en annen studie (29) arbeidet studentene sammen to og to med å formulere problemstilling i samarbeid med praksisveiledere. Det å formulere problemstillinger ble beskrevet som det mest utfordrende med å arbeide kunnskapsbasert (24,26).

Hvem som veiledet studen-

### DISKUSJON

Selv om KBP har fått betydelig oppmerksomhet både i helsetjenesten og i profesjonsutdanningene, viser denne litteraturgjennomgangen at temaet i mindre grad har vært belyst gjennom forskning. Til tross for betydelige forskjeller i kvalitet, design og metode, antyder studiene at noen fellestrekk er viktig å vektlegge ved innføring av KBP i sykepleierutdanningen.

Studiene peker i retning av at systematiske undervisningsopplegg om KBP gjennom hele utdanningen har positiv innvirkning på studentenes læring. Når alle trinnene i KBP inkluderes på en systematisk måte i programplanen, øker studentenes innsikt, holdninger og ferdigheter i KBP. Progresjon i læringsaktiviteter over flere emner ser ut til å ha betydning. En forklaring kan være at KBP fordrer et ulikt sett

av ferdigheter som studentene trenger tid for å lære. Dersom det ikke legges opp til progresjon gjennom tre år antyder litteraturgjennomgangen at opplæring bør legges mot slutten av utdanningen. Dette kan henge sammen med at studentene da er mer sosialiserte i egen læringsprosess og har oppnådd økt forståelse for sykepleiefaglige spørsmål.

Et gjennomgående trekk i studiene er at det anvendes en kombinasjon av flere læringsmetoder. Det anbefales at studieoppgavene om KBP har et visst omfang og at det legges opp til en prosessorientert tilnærming med arbeid i grupper. Å anvende e-læring i kombinasjon med studieoppgaver ser ut til å gi studentene grunnleggende forståelse for KBP. Her i Norge har Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten et gratis e-læringskurs om KBP (30) som kan anvendes i utdanningen. Studiene tilkjenner at undervisning om trinnene i KBP før oppstart i praksis kan bidra til kompetanseheving både for studenter og ansatte i praksisfelt.

Litteraturgjennomgangen antyder at studentene må ha mye øvelse for å oppnå tilstrekkelige ferdigheter i trinnene i KBP. Det samsvarer med funn fra studier i medisinerutdanningen (31,32). Evne til refleksjon og kritisk vurdering er viktig for alle profesjonsutøvere og er helt vesentlig for kunnskapsbasert yrkesutøvelse. I de inkluderte studiene er dette grundig behandlet.

Trening i å formulere kliniske spørsmål er vektlagt i mange av artiklene og ser ut til å være av betydning. Et gjennomgående trekk er at kliniske spørsmål blir formulert enten med utgangspunkt i studentenes praksiserfaringer eller på bestilling fra praksisfeltet. Finotto og kollegaer påpeker at dette kan være en av

de vanskeligste fasene i prosessen med KBP fordi det innebærer både kritisk tenkning og bruk av PICO (24).

Flere av studiene fremhever at praksisfeltet er en god arena for studentenes læring. Treparts-samarbeidet mellom lærer, studenter og sykepleiere, der KBP anvendes på konkrete kliniske problemstillinger, ser ut til å virke positivt inn på studentenes læring. Nettopp det å få til gode koblinger mellom studentenes læringsaktiviteter i høyskolen og i praksisfeltet anses som et viktig anliggende for profesjonsutdanningene (33,34). Det å ta i bruk arbeidsmetoder i KBP handler om å knytte sammen kunnskap fra forskning, klinikeres erfaringer og brukerkunnskaper (4). Funnene fra denne litteraturgjennomgangen understreker at fellesskap mellom utdanning og praksisfelt er sentralt og må bygges over tid. Gjennom arbeid med konkrete praksisprosjekter lærer studentene verdien av kritisk refleksjon over praksis, og de får innsikt i forskningens betydning for yrkesutøvelsen. Samarbeidet mellom praksisveiledere og studenter i planlegging av søkestrategier og kritisk vurdering av forskningslitteratur ser ut til å bidra til økt kompetanse for begge parter. Studentenes presentasjoner i form av poster eller fremlegg i praksisfeltet får gode tilbakemeldinger og oppleves positivt.

Litteraturgjennomgangen antyder at samspillet som oppstår som følge av å implementere KBP som metode i praksisstudier kan ha positiv innvirkning på kvalitetsarbeid i praksis. Det ser ut til at veiledning fra lærer på praksisprosjekter bidrar til å stimulere det faglige engasjementet i praksisfeltet. Studiene fremhever at ansatte i praksisfeltet har nytteverdi av de konkrete resultatene

fra samarbeidsprosjektene og at resultatene kan avendes for å forbedre praksis.

Litteraturgjennomgangen viser at KBP kan bidra til å øke studentenes innsikt i forskning. At studenter på bachelornivå får opplæring i og erfaring med å lese og kritisk vurdere forskning under utdanningen anses som positivt (35,36). I Norge oppfordres utdanningsmiljøene til å legge opp studieprogrammene slik at studentene får erfaring i å anvende forskning i løpet av utdanningen (37). Systematikken med trinnene i KBP kan være et godt hjelpemiddel. Det antydes videre at det å trekke inn helsefaglig bibliotekar både i utviklingen av programplanen og i undervisningen kan øke studentenes ferdigheter på feltet.

Litteraturgjennomgangen dokumenterer at det er behov for både norsk og internasjonal forskning om systematisk bruk av KBP som metode i veiledningen av sykepleiestudenter. Kunnskapsgrunnlaget på dette feltet er begrenset. Det trengs mer kunnskap om hvordan utdanningene implementerer undervisning om KBP i utdanningen, hvilke faktorer som fremmer og hemmer studentenes læring, samt større kontrollerte studier som undersøker effekten av strukturerte og målrettede opplæringstilbud i sykepleierutdanningen. Eksisterende forskning trekker frem at forpliktende samarbeid mellom utdanning og praksisfelt er avgjørende. Det anbefales læringsmetoder som tar utgangspunkt i kliniske problemstillinger der studentene gjennom studentaktive metoder i grupper tilegner seg kunnskap og ferdigheter i alle trinnene KBP. Videre anbefales det at læringsaktivitetene legges både til praksis og teoretiske emner.

### Studiens begrensning

De inkluderte studiene er små med betydelige forskjeller i kvalitet, design og metode. En mulig svakhet ved denne litteraturgjennomgangen er at vi ikke benyttet søkeordene «Evidence-informed practice», «evidence-informed decisionmaking» og «evidence-based health care» og at vi spisset søkene i Medline med «facilitat\*» og «implement\*». Dette kan ha medført at vi kan ha gått glipp av noen studier.

### KONKLUSJON

Norsk og internasjonal forskning på undervisningsopplegg om KBP i sykepleierutdanningen er begrenset. Tilgjengelig forskningslitteratur antyder at en systematisk opplæring i KBP med interaktive læringsstrategier i samarbeid med praksis kan ha positiv betydning for studentenes læring. Det er behov for mer forskning som belyser ulike spørsmål og med dertil ulike design for å øke kunnskapsgrunnlaget.

### REFERANSER

1. Stortingsmelding 10 [2012–2013]. God kvalitet – trygge tjenester. Helse og omsorgsdepartementet. Oslo 2012.
2. Meld. St. 11 [2014–2015]. Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo 2014.
3. Helse og omsorgsdepartementet. HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Regjeringen.no 2014.
4. Nortvedt M, Jamtvedt G, Nordheim LV, Reiner LM. *Jobb kunnskapsbasert!* 2. utgave ed. Oslo: Akribe; 2012.
5. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.* 2005;5(1):1.
6. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice.* Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
7. Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of US Nurses for Evidence-Based Practice: Many don't understand or value research and have had little or no training to help them find evidence on which to base their practice. *AJN The American Journal of Nursing.* 2005;105(9):40–51.
8. Ciliska D. Educating for Evidence-Based Practice. *Journal of Professional Nursing.* 2005;21(6):345–50.
9. Smith-Strøm H, Oterhals K, Rustad EC, Larsen T. Culture crash regarding nursing students' experience of implementation of EBP in clinical practice. 2012.
10. Sandvik G, Stokke K, Nortvedt M. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. *Sykepleien Forskning.* 2011;6(2):160–7.
11. Meld. St. 13 [2012–2013]. Utanning for velferd. Samspill i praksis.: Kunnskapsdepartementet, editor. 2012.
12. Young T, Rohwer A, Volmink J, Clarke M. What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PloS one.* 2014;9(1).
13. Glasziou P, Burls A, Gilbert R. Evidence based medicine and the medical curriculum. *Bmj.* 2008;337.
14. Maggio LA, Tannery NH, Chen HC, ten Cate O, O'Brien B. Evidence-based medicine training in undergraduate medical education: a review and critique of the literature published 2006–2011. *Academic Medicine.* 2013;88(7):1022–8.
15. Florin J, Ehrenberg A, Wallin L, Gustavsson P. Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: a national survey of senior nursing students. *Journal Of Advanced Nursing.* 2012;68(4):888–97.
16. Database for statistikk om høgere utdanning NSD. Publikasjoner 2015.
17. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology.* 2005;8(1):19–32.
18. French B. Contextual factors influencing research use in nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2005;2(4):172–83.
19. Moch SD, Cronje RJ, Branson J. Part 1. Undergraduate nursing evidence-based practice education: envisioning the role of students. *Journal of Professional Nursing.* 2010;26(1):5–13.
20. Kim SC, Brown CE, Fields W, Stichter JF. Evidence-based practice-focused interactive teaching strategy: a controlled study. *Journal of advanced nursing.* 2009;65(6):1218–27.
21. Zhang Q, Zeng T, Chen Y, Li X. Assisting undergraduate nursing students to learn evidence-based practice through self-directed learning and workshop strategies during clinical practicum. *Nurse education today.* 2012;32(5):570–5.
22. Moch SD, Cronje RJ. Part II. Empowering grassroots evidence-based practice: a curricular model to foster undergraduate student-enabled practice change. *Journal of Professional Nursing.* 2010;26(1):14–22.
23. Kruszewski A, Brough E, Killean MB. Collaborative strategies for teaching evidence-based practice in accelerated second-degree programs. *The Journal of nursing education.* 2009;48(6):340–2.
24. Finotto S, Carpanoni M, Turrioni EC, Camellini R, Mecugni D. Teaching evidence-based practice: developing a curriculum model to foster evidence-based practice in undergraduate student nurses. *Nurse education in practice.* 2013;13(5):459–65.
25. Klem ML, Weiss PM. Evidence-based resources and the role of librarians in developing evidence-based practice curricula. *Journal of professional Nursing.* 2005;21(6):380–7.
26. Killeen MB, Barnfather JS. A Successful Teaching Strategy for Applying Evidence-based Practice. *Nurse Educator.* 2005;30(3):127–32.
27. Ross AM, Noone J, Luce LL, Sideras SA. Spiraling evidence-based practice and outcomes management concepts in an undergraduate curriculum: a systematic approach. *The Journal of nursing education.* 2009;48(6):319–26.
28. Schmidt NA, Brown JM. Use of the innovation–decision process teaching strategy to promote evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing.* 2007;23(3):150–6.
29. Brancato VC. An innovative clinical practicum to teach evidence-based practice. *Nurse Educator.* 2006;31(5):195–9.
30. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2015.
31. Johnston JM, Schooling CM, Leung GM. A randomised-controlled trial of two educational modes for undergraduate evidence-based medicine learning in Asia. *BMC Medical Education.* 2009;9:63.
32. Bradley P, Oterholt C, Herrin J, Nordheim L, Bjørndal A. Comparison of directed and self-directed learning in evidence-based medicine: a randomised controlled trial. *Medical Education.* 2005;39(10):1027–35.
33. Benner P, Heggen K, Thorbjørnsen KM, Kjerland L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. [Oslo]: Akribe; 2010. 277 s. p.
34. Molander A, Terum LI, editors. *Profesjonsstudier.* Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
35. Boyer E. *The Boyer commission on educating undergraduates in the research university, reinventing undergraduate education: A blueprint for America's research universities.* Stony Brook, NY. 1998.
36. Healey M, Jenkins A. *Developing undergraduate research and inquiry: Higher Education Academy York;* 2009.
37. *Universitets- og høyskolerådet.* Utanning+FoU=Sant. 2010.



NYHET

“ *Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?* ”

Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Du finner etikk-utgaven i Sykepleiens App for nettbrett, som kan lastes ned gratis fra AppStore eller Google Play. God lesning!

**Sykepleien**



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Tverrfaglig samarbeid er lenge blitt sett på som viktig i helsetjenesten, selv om forskningslitteratur viser at dette innebærer utfordringer og er komplisert. Artikkelen utforsker, erfaringer med tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstre og barnehagelærere om fireårskonsultasjon i barnehage.

**Hensikt:** Å systematisk og deskriptivt utforske hvilke erfaringer tverrfaglig samarbeid kan gi for helsesøsterprofesjonen når fireårskonsultasjonen flyttes til en

fremmed kontekst for helsesøstrene.

**Metode:** En kvalitativ, deskriptiv studie basert på et strategisk utvalg av seks helsesøsterinformanter med erfaring fra tverrfaglig samarbeid. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide.

**Resultat:** Tre temaer beskriver helsesøstrenes erfaringer: 1) Styrket helsesøsterrolle var knyttet til praktisk tilrettelegging og hvordan helsesøstrens rolleidentitet ble forsterket i det tverrfaglige sam-

arbeidet. 2) Utfordrende tverrfaglig samarbeid handlet om hvordan helsesøstrene tok definisjonsmakt over barnehagelærerne i det tverrfaglige arbeidet. 3) Potensial for tjenesteutvikling handlet om hvordan helsesøstrene opplevde kommunikasjon om positive faglige gevinster fra det tverrfaglige samarbeidet som vanskelig.

**Konklusjon:** Helsesøsterprofesjonen kan ha stort faglig potensial, dersom de realiserer likeverdige premisser og anerkjenner andre profesjoner som likeverdige.

ENGLISH SUMMARY

**Challenges in the role of public health nurses in interdisciplinary cooperation**

**Background:** Healthcare has long emphasised the importance of interdisciplinary cooperation. This paper explores experiences of interdisciplinary collaboration between public health nurses and early childhood teachers involving consultation with children at early childhood centers. The paper shows in a systematic way, the topics involved in the challenges experienced by public nurses.

**Objective:** To demonstrate in a systematic and descriptive way what challenges arise when public health

nurses collaborate interdisciplinarily with early childhood teachers.

**Method:** Method: A qualitative, descriptive study based on a strategic sample of six public nurse informants with experience of interdisciplinary collaboration. With a semi-structured interview guide.

**Result:** Three topics were found to be essential for the experience: 1) Strengthened the role of public health nurse was linked to practical arrangements and how the role identity of the public health nurse was reinforced. 2) Challenging inter-professional collaboration dealt with how public health nurses took the power of definition over the tasks

of the early childhood teachers. 3) The potential for public health nurse service involved the experiences of the public health nurses regarding obstacles, related to communicating positive professional gains from the interdisciplinary collaboration inside their own profession.

**Conclusion:** There is great potential for the professional development of public health nurses through interdisciplinary collaboration if they realise that they need to treat and recognise other professions as equal partners and on equal terms.

**Keywords:** Interdisciplinary collaboration, nurse, role identity, professional development, case study

# » Utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeid

Forfatter: Anne-May Teige og Marianne Hedlund

## NØKKELORD

- Helsesøster
- Tverrfaglig samarbeid
- Rolleidentitet

## INTRODUKSJON

Norsk helsepolitikk har lenge vært opptatt av at tverrfaglig samarbeid er viktig (1). Folkehelseloven sier at alle sektorer skal yte felles innsats og integrere helsefremmende og forebyggende arbeid uavhengig av sektor (2). For helsesøstre er det egne retningslinjer som tilsier at arbeid med barn og unges helseutfordringer er et fellesprosjekt som ingen profesjon eller etat kan løse alene (3–5). Dermed blir helsesøstres arbeid med barn og unge en del av integrerte tjenester, hvor det foregår samhandling med andre profesjoner slik at ulike kunnskaps- og kompetansebasen blir brukt (6).

Det er mange aktører i primærhelsetjenesten som må samarbeide tverrfaglig for å oppnå helhetlige og integrerte tjenester for brukere. Tverrfaglig samarbeid handler om at flere yrkesgrupper arbeider sammen for å løse en felles oppgave (7–9). Ifølge Glavin og Erdal (10) er tverrfaglig samarbeid utfordrende, noe også internasjonale studier viser (11–14). Utfordringene kan handle om for sterk profesjonsidentitet og hevd på arbeidsoppgaver. Det kan også ifølge Hall (15) handle om at sterk profesjonsbasert identitetsforankring hos individer vanskeliggjør tverrfaglig team-samarbeid.

Denne artikkel har bakgrunn i et utviklingsprosjekt. En rådmann i en stor kommune i Norge initierte i 2008 pilotprosjektet: «Tidlig innsats gjennom samhandling helsestasjon/barnehage». Prosjektet skulle finne ressurser og avdekke vansker hos barn så tiltak kunne settes inn på et tidlig tidspunkt. Som i andre kommuner, hadde barnehagene og barne- og familietjenesten (BFT) i denne kommunen en felles intensjon om å arbeide helsefremmende og forebyggende. Samtidig så kommunen behovet for å utvikle et tettere samarbeid mellom de to etatene. Helsesøstre i BFT og barnehagelærerne i kommunen skulle derfor utvikle og gjennomføre et pilotprosjekt hvor formålet var å samarbeide om å gjennomføre fireårskonsultasjoner (16).

Helsesøstre og barnehagelærere har hvert sitt samfunnsmandat å ivareta innenfor arbeidet med barn og deres foreldre (17,18). Samtidig forventes de å integrere sine tjenester på best mulig måte ved at helsesøstre gjør sykepleiefaglige vurderinger og barnehagelærere vurderer utvikling i forhold til barnets læringsløp (ibid.). Barnehagelærere og helsesøstre har et godt utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid om fireårskonsultasjoner, siden 90 prosent av barn i alderen ett til fem år går i barnehage og 93 prosent møter til fireårskonsultasjonen på helsestasjonene (19,20).

Helsesøstre er pålagt å gjennomføre fireårskonsultasjonen der barnets motorikk, fysiske, psykiske og sosiale helse samt test av barnets syn, hørsel, språk, høyde og vekt i tillegg til samspill med barn og foreldre vurderes (18).

Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsesøstre

### Hva tilfører artikkelen?

Helsesøstre opplevde at rolleidentitet og evne til faglig utvikling ble påvirket på en positiv måte i den tverrfaglige samhandlingen med barnehagepersonell.

### Mer om forfatterne:

Anne-May Teige er høyskolelektor og Marianne Hedlund er førsteamanuensis. Begge er ansatt ved Høgskolen i Telemark. Kontaktinfo: anne.m.teige@hit.no.

i pilotprosjektet erfarte tverrfaglig samarbeid med barnehagelærere om fireårskonultasjoner.

## METODE

Studien benytter et kvalitativ metoddesign basert på semi-strukturerte intervjuer av seks helsesøstre. Utvalget ble strategisk og heterogent sammensatt. Det ble bevisst valgt informanter med ulik erfaring i yrkeslivet (fra to til 25 år) og pilotprosjektet (tre deltok fra start, og tre kom med etter hvert). Intervjuene ble

” Jeg er tydeligere når jeg gir råd i faglige temaer.

gjennomført i juni 2011, og hvert intervju varte fra 60–90 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert fortløpende (21). En strukturert intervjuguide ble fulgt, med åpne spørsmål om følgende: egen yrkesrolle, tverrfaglig samarbeid og tjenesteutvikling i pilotprosjektet.

Rådata fra intervjuene ble analysert i forhold til tematisk meningsfortetning (22). Her forstått som å handle om å identifisere og vektlegge utsagn som knyttet sammen sentrale betydninger i helsesøstrenes erfaringer. Analysen ble gjennomført i følgende tre trinn: 1) Transkripsjon av 96 sider tekst ble gjennomlest for å fange åpent ord og utsagn som var sentrale i det helsesøstrene formidlet. Deretter ble materialet organisert og systematisert i ni undertemaer. 2) I trinn to ble transkripsjonene systematisk analysert linje for linje for å identifisere mønstre i undertemaene. I denne fasen ble ni undertemaer redusert til fem temaer. 3) I den siste analysefasen ble undertemaene gjennomgått for å finne tematiske hovedtemaer eller kategorier og relevansen i forhold til problemstillingen (23–25).

Ifølge Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (prosjektnummer 40051) er ikke denne undersøkelsen meldepliktig. Den ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (26).

## RESULTATER

Resultatene gjengir subjektive beskrivelser av erfaringer hos helsesøstre med pilotprosjektet. Funnene er delt inn i tre kategorier som til sammen belyser spennvidden i datamaterialet: 1)

Styrket helsesøsterrolle 2) Utfordrende tverrfaglig samarbeid og 3) Potensial for tjenesteutvikling.

### Styrket helsesøsterrolle

Kategorien gjengir meninger blant helsesøstrene når det gjelder endret helsesøsterrolle. Helsesøstrene i pilotprosjektet styrket sin rolleidentitet når konsultasjonene ble flyttet til barnehagene. Barnehagelærere ble mer oppmerksom da helsesøstrene måtte argumentere for sin profesjonelle kompetanse. Å sette ord på hvilke premisser som måtte være til stede i barnehagen for at helsesøstrene skulle utføre sine oppgaver, ga faglig bevissthet. Helsesøstrene fikk bedre mulighet for å utføre en god faglig jobb når fireårskonklusjonen skjedde i barnehagen. Opplysninger de trengte for å gjøre en god faglig jobb kunne de hente direkte fra barnehagelærere; «Barnehagen er jo der, det er bare å spørre dem. Vi har mye mer forarbeid nå, før satt vi og ringte rundt i etterkant». Sitatet illustrerer at helsesøstrene ble tryggere i profesjonsrollen og mer effektive når tiltak kunne settes i verk tidlig. I en fireårskonklusjon på helsestasjonen måtte helsesøstre

innhente opplysninger i etterkant, og tiltakene ble iverksatt senere. I pilotprosjektet erfarte helsesøstrene å få økt faglig trygghet fordi de kunne begrunne og foreslå tiltak direkte; «Jeg er tydeligere når jeg gir råd i faglige temaer. Og pedagogen sier jeg er direkte i samtalen med foreldre». En helsesøster beskrev å få økt faglig trygghet som; «Jeg vet hva jeg står for og hva jeg kan som helsesøster». Når helsesøstrene vurderte faglig i konsultasjonen i barnehagen, ble de tydeligere i kommunikasjonen og det ga respekt og anerkjennelse hos barnehagelærerne. Det ga yrkesstolthet som profesjonsutøver; «Kanskje litt mer stolt ja, jaggju er det noen som syntes at vi gjør en ok jobb også, så klarer vi å tydeliggjøre det vi kan, så tror jeg det blir bra for våres stand».

Helsesøstrene erfarte at de fikk bedre mulighet til å oppdatere seg faglig når de måtte forberede seg mer i forkant. Når språkstet ble gjennomført av barnehagelærere og vurdert av både helsesøster og barnehagelærer i forkant, styrket det helsesøsterrollen. Når konsultasjonen skjedde i barnehage, kunne de få tilgang til returnerte skjemaer fra foreldrene og barnehagelærerne. Det ga helsesøstrene mulighet til å kartlegge helsetilstanden i forkant og forberede seg på de temaene foreldre ønsket å ta opp i konsultasjonen. I helsestasjonskonsultasjonen skjedde slik kartlegging samtidig med konsultasjonen, og helsesøstrene hadde ikke samme mulighet til å forberede seg på spørsmål fra foreldrene. Når helsesøstrene var forberedt i forkant ble det enklere å bli konkrete og tydelige i faglig formidling til foreldrene. Helsesøstrene erfarte styrket rolleidentitet; «Jeg må gå gjennom mange skjema, sammenfatte hva barnehagen og foreldrene er uenige om.



Også språktesten, som barnehagen har tatt, og jeg må vurdere på forhånd før vi legger resultatet frem for foreldrene. Så jeg forbereder meg grundigere nå enn jeg gjorde før.»

Helsesøsterrollen ble også styrket gjennom at barna kunne være delvis til stede i samtalen med helsesøstre og foreldre. Barna kunne forlate samtalen når det ble naturlig. I en ordinær konsultasjon på helsestasjonen var barna til stede hele tiden. Dette kan hindre foreldre i å ta opp samtaleemner de ikke ønsker at barnet skal høre. Når konsultasjonen skjedde i barnehagen, ga samtalen med foreldrene helsesøstrene større spillerom; «Det er lettere å si hva som er bonusen. Det er her vi (foreldre, barnehageansatte og helsesøster) kan snakke uten at barnet hører på ... barnet sitter tilsynelatende og leker, men det hører jo alt (i ordinær konsultasjon) .... Og når du snakker om atferd da, og ting foreldrene synes er vanskelig». I konsultasjonen i barnehagen kunne barnet forlate rommet når de var veid, målt lengdevekt og testet hørsel. Helsesøstrene kunne dermed snakke med foreldrene alene og de fikk bedre mulighet for å foreta en helhetlig vurdering av familiesituasjonen; «Man klarer å danne seg et bilde av barnet. Og så får de jo gå ut og leke etterpå og slipper å sitte og høre på voksenprat.»

Helsesøstrene fokuserte også på å observere foreldre og barn under testingen av barnet for å snakke om samspillet når barnet var tilbake i avdelingen: «... så synes jeg vi kan observere mye, klare å danne oss et bilde av barnet og av samspillet det har med foreldrene. Dette kan vi bruke for å få en dialog med foreldrene om hvordan det er hjemme».

### Utfordrende tverrfaglig samarbeid

Kategorien viser til meninger om det tverrfaglige samarbeidet med barnehagelærerne blant helsesøstrene. Helsesøstrene beskrev utfordringer når de skulle gjennomføre arbeidsoppgaver i barnehagen, som var en kontekst de ikke kjente. De var ikke en del av barnehagens faste personale, og derfor erfarte de å bli en «gjest» når de skulle utføre helsesøsters velkjente arbeidsoppgaver i fireårskonsultasjonene. Lokalitetene i barnehagen ble et praktisk problem fordi de ikke var tilpasset behovet til helsesøstrene når de skulle utføre konsultasjonen: «Det er ikke egnet rom til oss når vi kommer» eller «Alle i personalet vet ikke at vi kommer, noen har pause på det rommet vi skal bruke, og da må vi kaste dem ut!».

Helsesøstrene anså det som vanskelig å bli likeverdige når de samarbeidet med barnehagelærerne. Barnehagelærerne ble snarere bidragsyttere i samhandlingen, mens helsesøstrene administrerte, bestemte og tok de praktiske avgjørelsene i konsultasjonene; «Jeg føler at det er jeg som eier dette, da. Jeg har ikke gjort noe som helst. Jeg har bare flyttet konsultasjonen, og så har jeg forsterket den litt, rett og slett med å ta med en som jobber med barna på dagtid i barnehagen». Helsesøstrene tok kontroll og definerte samarbeidsrelasjonene. De trodde derfor samarbeidet om fireårskonsultasjonen var mindre nyttig for barnehagelærerne enn for helsesøstrene; «Hun [barnehagelæreren] kommer inn når jeg gir beskjed: Ja – Nå kan du komme! Og så tar vi lista. Så tar vi det som jeg har sammenfattet på skjema, da». Sitatet viser at helsesøstrene slet med å orientere seg mot barnehagelærerne som en likeverdig part i konsultasjonene.

Helsesøstrene erfarte at det kunne være at konsultasjonen i barnehagen medførte at de brukte tiden til barnehagelærerne unødigg. Helsesøstrene stusset over at barnehagelærerne gjennomførte sine egne foreldresamtaler uavhengig av fireårskonsultasjonen. Helsesøstrene tolket det dit hen at fireårskonsultasjonen ga merarbeid for barnehagelærerne; «Helsesøster bruker tiden deres [barnehagelærernes] unødigg, da de likevel må gjennomføre egne foreldresamtaler på et senere tidspunkt».

Helsesøstrene erfarte det naturlig å definere oppgavene til barnehagelærerne i konsultasjonen. De mente at det ikke var behov for noen rolleavklaring med barnehagelærerne. Grunnen var at de var lite kjent med barnehagelærernes profesjonsutøvelse; «... de [barnehagelærerne] har ikke noe valg de heller, stakkars, de er tvunget inn i det de også». Sitatet viser en sentral innstilling hos helsesøstrene til barnehagelærerne i pilotprosjektet. Helsesøstrene opplevde at de fikk ansvar for å gjennomføre utviklingsarbeidet, og av den grunn kunne de være premissleverandører for samhandlingen med barnehagelærerne. Det var uproblematisk for dem å ta en overordnet rolle og definisjonsmakt over situasjonen.

### Potensial for tjenesteutvikling

Kategorien viser meninger helsesøstrene hadde om pilotprosjektets potensial til videreføring og hvordan deres erfaringer kunne bidra til å utvikle helsetjenesten.

Helsesøstrene mente erfaringer i pilotprosjektet kunne brukes for å bedre helsesøster-tjenesten. De fikk bedre mulighet til å forberede seg og fordype seg faglig før hver konsultasjon. I tillegg erfarte de at de kunne iverksette tiltak hos barna ras-

kere enn før fordi barnehagelærerne deltok med sine vurderinger i konsultasjonen.

Helsesøstre som deltok i pilotprosjektet ville at disse positive erfaringene skulle videreføres slik at helsesøstre i flere kommuner kunne gjennomføre fireårskonsultasjonen i barnehagen. Derfor reagerte de med frustrasjon da deres positive erfaringer med utviklingsarbeidet ikke ble applaudert eller ble møtt med kritiske spørsmål fra andre helsesøstre: «Jeg ble lei meg, så ble jeg forbannet, sint og lei meg igjen. Hadde lyst til å gå, for jeg tenkte hvor vanskelig skal det være da?» For helsesøstre var det vanskelig å formidle hvordan pilotprosjektet bidro til faglig utviklingsarbeid. Helsesøstre kommuniserte at samarbeidet med barnehagelærerne ga faglig trygghet og at de på den måten

ker de går glipp av noe ... Dette er jeg så sikker på at ... de kan bare kritisere.» Det kom frem at helsesøstre møtte utfordringer i å formidle de positive erfaringene fra pilotprosjektet på en klar og entydig måte.

#### DISKUSJON

Det mest overraskende funnet var at helsesøstre opplevde å ha et godt samarbeid med barnehagelærerne, da det viste seg at de samarbeidet svært lite. Samarbeidet førte ikke til at helsesøstre endret vesentlig på innholdet i fireårskonsultasjonen for å innlemme barnehagelærernes faglige oppgaver overfor barn og foreldre. På den andre siden opplevde helsesøstre at rolleidentitet og evne til faglig utvikling ble positivt påvirket av den tverrfaglige samhandlingen. Det vil si at barnehagelærerne fungerte som

er sentralt for å lage effektive og likeverdige tverrfaglige profesjonsutøvere slik Onyett & Ford (6) understreker. Schofield & Amodeo (9) mener arbeid i team er effektivt, og nyttig for brukeren når det leder til at fagpersonenes yrkesutøvelse styrkes. I denne undersøkelsen kan det se ut som barnehagelærerne ble satt på side-linjen av helsesøstre som tok definisjonsmakten i samarbeidet. Når medlemmer av bestemte profesjonsgrupper samhandler, kan de få økt makt i den forstand at de blir bevisst egne preferanser og spesifikt fagfelt (15). Dette kan forklare at barnehagelærerne, ifølge helsesøstre, opplevde samarbeidet som belastende og tilpasset seg helsesøstres prioriteringer.

Et annet interessant funn var at samarbeidet under konsultasjonene hadde form av oppgavefordeling mer enn kompetanseoverføring mellom profesjonene. I stedet for å aktivt søke og bli kjent med kompetansen til barnehagelærerne, valgte helsesøstre å utføre sine oppgaver hovedsakelig likt fireårskonsultasjonene på helsestasjonene. De endret ikke sin profesjonsutøvelse og oppgaver vesentlig, men opplevde likevel at pilotprosjektet ga faglig berikelse. Som vi ser av resultatene her, er kompetanseoverføring vanskelig å oppnå når en av profesjonene har liten innsikt i den andres kompetansegrunnlag. Annen forskning viser at forutsetningene for et godt tverrfaglig samarbeid er at profesjonene aksepterer hverandres kompetanse og utnytter den i samarbeidet (7).

Å forholde seg til barnehagelærernes kompetanse synes vanskelig for helsesøstre. Kanskje handlet det om at helsesøstre var usikre på hva barnehagelærerne gjennom sin kompetanse

” Jeg vet hva jeg står for og hva jeg kan som helsesøster.

opplevde nye dimensjoner ved profesjonsutøvelsen: «Jeg føler jeg får styrket enfagligheten min fordi da blir jeg tydelig på hva jeg kan selv». «Enfagligheten» i sitatet sikter til hva informantene mente styrket helsesøsterrollen.

Det ga andre handlingsrom i profesjonsutøvelsen da fireårskonsultasjonen ble flyttet til barnehagene. Helsesøstre fikk bedre mulighet til å forberede seg på samtalen med foreldre, og dermed ble de tydeligere og faglig sterkere. Da de forsøkte å formidle det til andre helsesøstre, ble de møtt av kritiske spørsmål og bemerkninger, noe de tolket som manglende anerkjennelse på de erfaringer de fikk i pilotprosjektet; «Jeg opplever at en del av uttalelsene er litt gammeldage ... at de ikke kan være med i en utvikling og hm-hm, ja. Jeg ten-

en positiv referansegruppe for helsesøstre (7). Helsesøstre mente de var bedre forberedt i forkant av konsultasjonene. Likevel valgte helsesøstre å utføre de fleste arbeidsoppgavene som før. Det skjedde dermed ikke noe nærmere samarbeid med barnehagelærerne. Hall (15) påpeker at dette ikke er uvanlig når profesjoner møtes i tverrfaglig samarbeid. Til tross for manglende tverrfaglig samarbeid oppga helsesøstre i pilotprosjektet å få økt forståelse av hvordan de selv jobbet og økt forståelse for hvordan de skulle tilnærme seg foreldre og barn i konsultasjonene. Det kan se ut som dette bidro til en styrket rolleidentitet hos helsesøstre som ga dem makt over samarbeidet. En mulig årsak kan være at de ikke hadde avklart rolle og oppgavefordeling seg imellom. Dette

kunne bidra med. Ogden (8) påpeker verdien av at profesjonene må bruke sin kompetanse til å skape en felles oppgaveløsning. Når helsesøstrene beskriver at barnehagelærerne tok språktest og de sammen vurderte testen, kan det fremstå som et samarbeid og en felles oppgaveløsning. Men det kan også, slik helsesøstrene beskriver det, ha vært mer preget av at barnehagelærerne ga bidrag til helsesøstrene i fireårskonsultasjon. På den måten oppnår de ikke gevinsten av den oppgaveløsningen Ogden (8) snakker om. Helsesøstrene var vant til å arbeide selvstendig og ta avgjørelser ut fra eget ståsted. Det kunne skape problemer for samarbeidet med andre yrkesgrupper (10).

Et tredje funn i undersøkelsen var helsesøstrene sitt ønske og tro på at deres erfaringer kunne utvikle tjenesten og endre praksis i andre kommuner. Schofield & Amodeo (9) mener at arbeid i team er effektivt og nyttig for brukeren når det leder til at fagpersonene sin yrkesutøvelse styrkes. Helsesøstrene lærte å gi kvalitativt bedre tjeneste til foreldre og barn nettopp ved at deres yrkesutøvelse ble styrket. Dermed ønsket de at erfaringene i pilotprosjektet skulle implementeres som ny praksis i helsesøstertjenesten. Siden dette var et pilotprosjekt som ikke innebar systematisk kunnskapsutvikling (16), er det behov for mer presis viten om hvordan en slik måte å gjennomføre en fireårskonsultasjonene på kan implementeres som ny kunnskapsbasert praksis.

## KONKLUSJON

Artikkelen belyser hvordan helsesøstre i et pilotprosjekt hvor fireårskonsultasjoner flyttes til barnehage får ny innsikt og opplever utfordringer. Helse-

søstrene ble styrket i sin faglige rolleidentitet og faglige handlingsrom da de samarbeidet med barnehagelærerne. De fikk også økt mulighet til å gjennomføre tidlig intervensjon hos barn i fireårskonsultasjonen.

Samtidig var det utfordrende å integrere barnehagelærerne som likeverdige partnere i konsultasjonen.

Helsesøstrene som deltok i pilotprosjektet syntes det var vanskelig å endre praksisen slik at andre helsesøstre samhandlet med barnehagelærere om fireårskonsultasjonen i barnehage.

Innsikten formidlet i artikkelen viser at det er økt behov for mer forskning om tverrfaglig samarbeid der helsesøstre deltar.

## REFERANSER

1. Sosial- og helsedepartementet. Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene: utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 16. juli 1997: avgitt til Sosial- og helsedepartementet 17. november 1998. Oslo: Departement. 1998. (NOU 1998: 18). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-1998-18/id141324/?docId=NOU199819980018000DDDEPIS&ch=1&q=NOU%201998:%2018&redir=true&ref=search&term=NOU%201998:%2018> [Nedlastet 06.02.2015].
2. Folkehelseloven. 2011. Tilgjengelig fra: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov*&) [Nedlastet 06.02.2015].
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Resept for et sunnere Norge. Oslo: Departementet. 2003. (St.meld. nr. 16 [2002–2003]). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640> [Nedlastet 06.02.2015].
4. Barne- og likestillingsdepartementet. Det du gjør, gjør det helt: bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Oslo: Departementet. 2009. (NOU 2009:22). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2009/nou-2009-22.html?id=587673> [Nedlastet 06.02.2015].
5. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet-trygge tjenester. Oslo:

Departement. 2013. (Meld.st. nr. 10 [2012–2013]). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025> [Nedlastet 06.02.2015].

6. Onyett S, Ford R. Multidisciplinary community teams: where is the wreckage? *J Ment Health*. 1996;5:47–55.
7. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi. Oslo: TANO. 2003.
8. Ogden T. Kompetanse-et bidrag til tverretattlig begrepsutvikling. *Tidsskriftet Norges Barnevern*. 1995;(4): 4–9.
9. Schofield R, Amodeo M. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? *Health SOC Work*. 1999;24:210–9.
10. Glavin K, Erdal B. Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i Kommune-Norge. 3. utg. ed. Oslo: Kommuneforlaget. 2013.
11. Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing practice by municipal health officials in Norway. *Public Health Nurs*. 2009;26:412–20.
12. Clancy A, Gressnes T, Svensson T. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scand J Caring SCI*. 2013;27:659–68.
13. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell N, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *J Clin Nurs*. 2014;23:2968–79.
14. Bronstein LR, Anderson E, Terwilliger SH, Sager K. Evaluating a model of school-based health and social services: an interdisciplinary community-university collaboration. *Children & Schools*. 2012;155–65.
15. Hall C. Looking inside professional practice: discourse, narrative and ethnographic approaches to social work and counselling. *Qual SOC Work*. 2005;4:379–90.
16. Ruud B. 4-års konsultasjon-barnehagen som samarbeidspartner. *Fagbladet helsesøstre*. 2010;(1): 22–25.
17. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for barnehagen. 2011. (FOR-2006-03-11 nr. 266). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/st/sf/sf-20060301-0266.html> [Nedlastet 06.02.2015].
18. Helsedirektoratet. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default>.

# Samarbeid med barnehagen er nyttig

► Men det er ressurskrevende å flytte fireårskonsultasjonen ut av helsestasjonen.



**Bodil Erdal**

Helsesøster og avdelingsleder, Helse-tjenester barn og unge, Bærum kommune

Artikkelen beskriver helsesøsters erfaring med samarbeid med barnehagelærere om fireårskonsultasjon utført i barnehagen. Barnehagelærere og helsesøstre, med sine ulike mandater innenfor arbeidet med barn og deres familier, kan utfylle hverandre på en god måte dersom samarbeidet fungerer bra. Mange kommuner søker etter gode metoder for å avdekke forhold som kan påvirke barns helse og utvikling negativt, for å iverksette tiltak tidlig. Barnehager og helsestasjoner treffer over 90 prosent av alle barn og har et stort potensial for å sikre barn tidlig hjelp.

Artikkelen beskriver intensjonen om å slå sammen helsesøsters fireårskonsultasjon og barnehagelærernes foreldresamtale, og på denne måten sikre flyt av nyttig informasjon om barnet. Da barnehagelærerne i prosjektet gjennomførte sine egne foreldresamtaler uavhengig av fireårskonsultasjonen, opplevde helsesøstrene at noe av intensjonen ved å flytte fireårskonsultasjonen til barnehagen

falt bort. Likevel opplevde de å kunne iverksette tiltak tidligere når barnehagelærer deltok med sine vurderinger.

En annen fordel med å gjennomføre fireårskonsultasjonen i barnehagen, er at barnet kan fortsette sin lek med andre barn når de er ferdige hos helsesøster. Foreldrene kan da ta opp sine eventuelle bekymringer, samt at helsesøster og barnehagelærer får en god mulighet til å snakke med foreldrene uten at barnet er til stede.

Helsesøstrenes helseundersøkelse av fireåringer har stor betydning for å fange opp avvik ved barnets helse, trivsel og utvikling. For å kunne utføre en god undersøkelse av blant annet syn og hørsel, kreves lokaler som er tilpasset behovet for lydisolering og romstørrelse. Det ble opplevd som et problem, da lokalene i barnehagen ikke var tilpasset dette behovet. Jeg mener det vil være mer hensiktsmessig å etablere gode rutiner for samarbeid mellom helsesøster og barnehagelærer fremfor å flytte

fireårskonsultasjonen ut av helsestasjonen. En praksis med å gjennomføre konsultasjoner med alle fireåringer i deres aktuelle barnehage, vil være svært ressurskrevende og ha store logistikkmessige utfordringer. Dette gjelder spesielt i store kommuner der hver helsesøster må forholde seg til barn i 20–30 ulike barnehager.

Jeg mener man kan oppnå et godt tilbud til fireåringer og deres foreldre dersom samarbeidet mellom helsestasjoner og barnehager baseres på godt avklarte rolleforventninger og forankring i ledelsen. De ulike faggrupper må ha god kjennskap til hverandres kompetanse og utnytte den i samarbeidet. En god plan for samarbeid om enkeltbarn, der man med foreldrenes samtykke utveksler erfaringer om barnet i forbindelse med fireårskonsultasjonen, vil kunne sikre barn tidlig hjelp og god tverrfaglig oppfølging.

Les artikkelen på side 78



# Oppdag Sykepleiens **digitale** verden

## Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

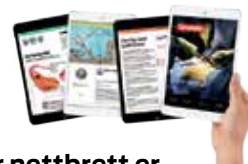
Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.



## Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien, men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).



## Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no), og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

[bss@nsf.no](mailto:bss@nsf.no) / 22 04 33 33  
(hverdager 08.00–15.45)



## Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



## Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.



**Sykepleien**

# TERAPEUTISKE OASER

› – En sansehage skal stimulere alle sanser, sier Marianne Thorsen Gonzalez, som mener norske sykehjem gjør mye riktig utendørs.

**Marianne Thorsen Gonzalez**

f. 1954

Tittel: Førsteamanuensis  
Arbeidssted: VID vitenskape-  
lige høgskole, campus Diakon-  
hjemmet

Tekst og foto: **Ingvald Bergsagel**

– Jeg synes vi godt kan være stolte i Norge, når du tenker på de klimatiske utfordringene vi har, og hvor kort hovedsesongen tross alt er, sier Marianne Thorsen Gonzalez.

## Prisvinner

Hun snakker om sansehager, disse grønne, terapeutiske oasene som har dukket opp ved sykehjem nær sagt over hele landet, spesielt etter årtusenskiftet.

– Det er rom for noen forbedringer, kanskje i særdeleshet

miljøbehandling ved demenslidelser».

## Året rundt

Det er en grå vinterettermiddag, snøen ligger tykk over sansehagen til Manglerud-hjemmet øst i Oslo. En sti er tråkket opp forbi trær, busker, sittegrupper, vannpumpe, bålpluss og lysthus. Under snøen ligger bedene i dvale og venter på vårløsning.

Gonzalez beskriver hva vi ser rundt oss.

– Vi ser egentlig et terapeutisk miljø, som vi kan ha glede av alle sammen, men som er spesielt tilrettelagt for personer med

kuler. Vi ser også busker. Jeg vil tro noen av disse er blomstrende, det vil si at de er duftende vår, sommer og høst. Jeg vil tro vi også har rips, solbær og kanskje stikkelsbær. Under snøen vil jeg tro det er bed med ulike typer vegetasjon som helt sikkert ikke er giftig, men som har sterke farger og dufter; ting som er godt å putte i munnen, som krydderurter og kanskje til og med grønnsaker.

## Ut og gå

Hun peker på sittegrupper under store trekroner, på hvileplasser for både morgensol og kveldssol, på lysthuset, som kan gjøre det enklere å strekke sesongen, og på gangstien som snor seg rundt i hagen.

– Hvis det er gode gangveier så er det en fantastisk måte å trene balanse og fysiske ferdigheter og opprettholde funksjonsnivå på, påpeker hun.

– Og det som er særdeles viktig når det gjelder personer med demens, er at man kan komme seg ut og gå, og hele tiden finne tilbake til utgangspunktet.

” En sansehage kan man bruke hele året.

dette med å ha et drivhus ute og rekkverk langs gangveier. Utover dette har man vært veldig dyktige på å anlegge sansehager i Norge, og man har i stor grad benyttet landskapsarkitekter som rådgivere.

Få kjenner feltet bedre enn Gonzalez, og desember i fjor vant hun Leon Garners forskningspris for prosjektet «Sansehager som

demens. Det er snø, og det er en fuktig og litt grå dag, men det er faktisk slik at en sansehage kan man bruke hele året.

– *Hva er det vi ser her som kan appellere til ulike sanser?*

– Vi ser trær, som helt sikkert bærer frukt om sommeren, og for å stimulere sansene om vinteren, har de hengt opp fargerike



► **Prisvinner:** Marianne T. Gonzalez' forskning på sansehager som miljøbehandling ved demenslidelser ga henne Leon Jarners forskningspris 2015.

– *Hvorfor ønsket du å forske nettopp på fenomenet sansehager?*

– Jeg disputerte i 2010, og i mitt doktorgradsarbeid hadde jeg sett på dette med betydningen av terapeutisk hagebruk for personer med depresjon. I den sammenheng hadde jeg truffet Marit Kirkevold, og hun inviterte meg til å fortsette å arbeide med sansehager som miljøbehandling ved demenslidelser.

#### **God effekt**

Kirkevold og Gonzalez foretok først en kunnskapsoppsummering for å se hva man visste om betydningen av sansehager ved demenslidelser. Blant effektene de fant, var bedre søvn, mer velvære, mindre alvorlige fall og mindre bruk av dempende medisiner.

Neste steg var å se på situasjonen i Norge, noe som ble gjort ved hjelp av et spørreskjema sendt til ledere og ansatte ved sykehjem over hele landet. De så blant annet at antallet sansehager øker sterkt etter år 2000, og at svært mange sykehjem som ikke

har egen sansehage i dag, har planer om å etablere det.

De samlet også inn data for å se hvordan de norske sansehagene var utformet i lys av de anbefalte retningslinjene. Som nevnt innledningsvis, mener Gonzales det er grunn til å være stolte av hva man har fått til på feltet.

#### **Utfordringer**

– *Hvilke utfordringer har man rundt om i landet for å få sansehagene til å fungere optimalt?*

– Det er utfordringer på mange nivåer. Det ene er å kunne nok om demens til å forstå hvordan en slik sansehage kan hjelpe. Så er det å forstå hva i en hage eller uteomgivelser generelt, som bidrar til at det faktisk hjelper ved demens. Begge disse kunnskapsområdene må man ha.

Gonzales peker også på viktigheten av å ha systematiske programmer for hvordan man skal bruke hagen og opplæringsprogrammer for dette.

– Her finnes det en del bøker og dessuten en DVD fra Nasjonal kompetansetjeneste for ald-

ring og helse, som man kan lære mye av

– Ellers er det en av utfordringene å motivere eldre, i særdeleshet eldre med demens, til å komme seg ut. Et er viktig å ha nok personale, som kan nok om dette til å motivere brukerne ut. Det er også praktiske ting, som vedlikehold. En sansehage må holdes ved like, ellers forfaller den fort.

#### **Innemiljø**

– *For dem som i dag ikke har en sansehage, hva er et minimum for å starte opp?*

– At man har blomster i vinduskarmene, for man kan faktisk godt begynne inne. Bruk det dere har – bruk balkongkasser, bruk vinduskarmer, bruk utebedene, lag en liten oase – en liten hyggeplass ute. Tenk også at i nærmiljøet kan det være masse ressurser, som et gartneri, et plantesenter, en botanisk hage, en kolonihage eller en gård.

– Det er viktig at man ikke låser seg til at sansehager er den eneste måten å bli stimulert på i naturen for eldre, både med og uten demens.

# VIKTIG Å VITE OM HJERNESLAG

På Helsebiblioteket.no finner du nyttig informasjon og kunnskap om hjerneslag.



Tekst: **Runar Eggen**, seniorrådgiver ved Helsebiblioteket  
Illustrasjonsfoto: **NTBscanpix**

Når man har mistanke om hjerneslag, haster det. Få minutter kan avgjøre om pasienten får alvorlige mén eller ikke. Det er derfor viktig å vite på forhånd hva man skal gjøre.

## > ISKEMISK SLAG

Den vanligste formen for hjerneslag er iskemisk slag, som står for 85 prosent av tilfellene, ifølge oppslagsverket BMJ Best Practice. Iskemisk slag vil si at noen av hjernens blodårer har gått helt eller delvis tette, slik at blodet ikke når fram til en del av hjernen. Hjerneceller dør av mangel på oksygen etter ganske kort tid.

## > HEMORAGISK SLAG

Den andre typen hjerneslag, hemoragisk slag eller hjerneblødning skyldes blødning fra noen av hjernens blodårer, og blodet fra denne blødningen vil danne et mottrykk som hindrer gjennomstrømning av blod til hjernen.

## > BEHANDLING

Selv om virkningen av begge typer hjerneslag er den samme, er behandlingen forskjellig. Ved iskemisk slag vil det være viktig å få blod fram forbi «prop-pen» eller fjerne den, mens ved hemoragisk slag vil det i noen tilfeller være viktig å drenere blødningen dersom det er mulig.

## > AKUTT HJERNESLAG

Huskeregelen FAST (Facialisparese, Armparese, Språk-Tale-problemer) er viktig for å vurdere raskt om det kan dreie seg om et hjerneslag. Ett eller flere FAST-symptomer er til stede hos over 80 prosent av pasienter med akutt hjerneslag, ifølge Legemiddelhåndboken.

## > RESSURSER

Det offentlige nettstedet Helsebiblioteket.no har en rekke gode ressurser for den som vil sette seg inn i fagområdet.

Hvis det dreier seg om et akutt tilfelle, vil Legevakthåndboken gi oversiktlig og konsis veiledning til helsepersonell.

Legevakthåndboken har vært tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket for alle i Norge siden 2012, både som mobilapp og som nettjeneste. Har du en iPhone eller Android-telefon, bør du laste ned Legevakthåndboken slik at du har den tilgjengelig på telefonen din. I skrivende stund har appen blitt lastet ned til over 85 000 telefoner.

## > KUNNSKAPSPYRAMIDEN

Hvis du derimot trenger mer spesiell informasjon eller skal gjøre et omfattende søk, vil det som regel være nyttig å tenke ut fra kunnskapspyramiden (1).

Øverst i pyramiden finner du sykehusets prosedyrer, retningslinjer og andre normerende dokumenter. På neste nivå finner du oppslagsverk og oppsummert forskning, og på det nederste nivået finner du enkeltstudier (forskningsartikler). Dette er en grov forenkling av kunnskapspyramiden, men den kan være nyttig for å huske tenkemåten. Mens kunnskap blir til nedenfra, gjennom enkeltstudier, bør den hentes fram ovenfra, slik at man slipper å lese absolutt alt som er skrevet om et tema. Ofte holder det å sjekke hva prosedyren eller retningslinjen sier.

## > PROSEDYRER

Prosedyrer beskriver gjerne hvordan konkrete oppgaver skal utføres. De kan være ganske detaljerte, men likevel kortfattede. Helsebiblioteket publiserer prosedyrene fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Der finner du en rekke fagprosedyrer for hjerneslag. Blant annet:

- Hjerneslag – ernæring i akutfasen
- Skyveatferd og hjerneslag – kartlegging og behandling i akutfasen





## > RETNINGSLINJER

Retningslinjer er mer omfattende og overordnede dokumenter enn prosedyrer. Helsebiblioteket har publisert en rekke retningslinjer selv og har lenket til mange flere. Du finner retningslinjene for hjerneslag her:

- Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag
- Dersom du arbeider med rehabilitering av hjerneslagpasienter, vil du antakelig finne mest relevant stoff i retningslinjens kapittel om rehabilitering. Der vil du også finne slikt som organisering.

## > OPPSLAGSVERK

Helsebiblioteket abonnerer på noen av verdens beste medisinske oppslagsverk. Det oppslagsverket som er lettest å finne fram i, er BMJ Best Practice. Dette oppslagsverket er spesielt godt strukturert, og det har samme kapitteinndeling for alle sykdommer.

Best Practice har oversiktskapitler, det vil si oversikter over bestemte problemområder. Det finnes et eget slikt kapittel for hjerneslag: Overview of stroke. Her får du se underoppgdelingen i forskjellige tilstander, som iskemisk slag, stenose i karotidarteriene, transitorisk iskemisk angrep (TIA, «drypp»), hjerneblødning (hemoragisk slag), hjerneaneurysme og subaraknoidal blødning.

Best Practice har delt opp behandlingen i første- og andrelinjebehandling, samt hvilken tilleggsbehandling som kan være aktuell. Oppslagsverket har sortert differensialdiagnoser og komplikasjoner i vanlige og mindre vanlige, slik at det skal være lett å se hva man først bør tenke på.

## > UPTODATE

Det mest omfattende oppslagsverket er UpToDate, som først og fremst er skrevet for sykehusleger. Men også sykepleiere kan ha stor nytte av dette oppslagsverket.

Startbildet i dette oppslagsverket er først og fremst et søkefelt. Søkert oversetter mellom syno-

nymer, så du vil som oftest få opp svært relevante treff. Hvis du foretrekker å navigere deg inn mot stoffet istedenfor å søke, har UpToDate et menysystem (Contents) øverst i venstre hjørne av skjermen.

Felleskatalogen og Legemiddelhåndboken er to av de mest brukte medisinske oppslagsverkene i Norge. Legemiddelhåndboken har både kapitler om sykdommer og om de enkelte legemidlene som brukes for å behandle dem. Både Felleskatalogen og Legemiddelhåndboken er tilgjengelige som mobilapper.

## > OPPSUMMERT FORSKNING

Det beste stedet for å finne oppsummert forskning av høy kvalitet er Cochrane Library. Det er gratis tilgjengelig for alle i Norge. Hvis du på Cochrane Librarys nettsted velger Cochrane Reviews og så Browse by review group, vil du få se at Cochrane Library har forskjellige spesialgrupper, og en av dem er Stroke. Klikker du på den, får du opp oppsummert forskning om hjerneslag.

## > TIDSSKRIFTER

Helsebiblioteket har mange tidsskrifter innen nevrologi og kardiovaskulære sykdommer, samt noen få spesifikt om hjerneslag. Du finner Helsebibliotekets tidsskrifter på [www.helsebiblioteket.no/tidsskrifter](http://www.helsebiblioteket.no/tidsskrifter)

## > AKTUELLE LENKER:

[www.fagprosedyrer.no](http://www.fagprosedyrer.no)  
[www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)  
[www.lvh.no](http://www.lvh.no)

## REFERANSE

1. Haynes, RB. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the «5S» evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evid Based Med*, 2006. 11(6): p. 162-4.

## Har du tatt doktorgrad?

**Sykepleien Forskning** publiserer sammendrag av nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å legge inn nødvendig informasjon i **SolarOne**, vårt nettbaserte system for innlevering av manuskripter.

Lenke til **SolarOne** og veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader finner du på våre nettsider [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).

# HVA ER ET ESSAY – OG HVA ER DET IKKE?

Et essay lar seg ikke så lett definere.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

I Sykepleien Forskning vil vi gjerne publisere vitenskapelige essays om temaer som berører våre lesere. Men hva er et essay? For å definere et essay trengs mer enn et par setninger. Det er derfor heller ikke så enkelt å gi konkrete råd om hvordan man kan skrive et godt essay. Med sin åpne, assosiative og springende form, kan man nesten si at essayet motarbeider en endelig definisjon.

## > BLANDINGSGENRE

Selv om det hører inn under sakprosaen, er det mange forfattere som skriver essayistisk; som altså vil si assosiativt og sirkulært i formen. Mange vil kalle essayet en blandingsgenre; Mia Bull Gundersen skriver for eksempel: «Essayet er en utpreget litterær blandingsform og befinner seg et sted mellom fiksjon og sakprosa» (1). En del tekster kan være essayistiske i formen, selv om de faller inn under andre genrebetegnelser. Dette gjelder både artikler, kronikker, petiter, kåserier og romaner.

## > KUNNSKAPSRIKT

Essayet er en forholdsvis kort tekst, skrevet i første person entall i en ikke-konkluderende form. Jo Bech-Karlsen (2) sier essayet skal være kunnskapsrikt, men ikke lærd i teoretisk vitenskapelig forstand. Ofte stiller essayet flere spørsmål enn det besvarer, og forfatteren av essayet henvender seg gjerne til sin likemann; en kunnskapsrikt og opplyst leser. I motsetning til en artikkel, som er bygget opp med en innledning, drøfting og konklusjon, har essayet verken innledning eller avslutning. Leseren får ikke nødvendigvis svar på de spørsmålene teksten stiller, men skal likevel være klokere enn før han eller hun gikk i gang med lesningen.

## > MONTAIGNE

I likhet med essayet selv, omfatter essayets historie

flere tradisjoner og avstikkere. De fleste betrakter Michel de Montaigne som essayets far. Montaigne (1533–1592) var en fransk adelsmann, politiker, filosof og forfatter som hadde stor innflytelse i sin samtid. Som trettiåring trakk han seg tilbake til familiens slott i Bordeaux, for i ensomhet å reflektere og skrive, i sitt tårn, omgitt av sine bøker. Begrepet essay er hentet fra tittelen på hans bøker: *Les Essais I–III*, som kom ut mellom 1780 og 1788. Det franske begrepet kan oversettes med forsøk, som peker tilbake på essayets åpne, prøvende og ikke-konkluderende form. Selv fortsatte Montaigne å redigere og endre på essayene sine resten av livet. Dette forsterker inntrykket av essayet som uferdig og åpent. Det er ofte store og evige spørsmål som drøftes i essayet, samtidig som ingenting synes å være for smått.

## > BACON

En annen kjent essayist er Francis Bacon (1561–1626), engelsk filosof, statsmann, jurist og forfatter, en pioner innenfor den vitenskapelige metode. Bacon har blitt kalt empirismens far, og den essayistiske arven etter ham dreier seg først og fremst om det vitenskapelige essayet. Denne essayformen er ikke så personlig og er i formen mer lik en vitenskapelig artikkel.

Det er vanlig å skille mellom det «informale» essayet, som er essayet slik vi kjenner det fra Montaigne, og det «formale», vitenskapelige essayet skapt av Bacon. Georg Johannesen skriver for eksempel i sitt etterord til Ludvig Holbergs *Essays*: «Det informale essayet er filosofisk mens det formale essayet er vitenskapelig» (4).

## > NY FORSTÅELSE

I Norge ble essayistikk oppfattet som en skjønnlitterær genre frem til midten av 1900-tallet. Fra 1970- og 80-tallet oppsto imidlertid en ny forståelse av essayet i Norge. Hege Langballe Andersen skrev hovedoppgave om essayet i 2002 (3) og peker på at den nye essayinteressen oppsto i



> **Engelsk filosof:** Francis Bacon blir av mange betraktet som det vitenskapelige essayets far.  
Foto: NTBscanpix/Science Photo Library



kretsen rundt tidsskriftet *Basar*, representert ved forfatterne Kjartan Fløgstad, Kjell Heggelund og Georg Johannesen. Disse forfektet et essayideal inspirert av tysk kritisk essayteori. «I stedet for å være en skjønnlitterær genre ble altså essayet en arena for bevissthet rundt form og språk» (3). Langballe hevder videre at det norske essayet også er sterkt influert av det angloamerikanske essayet, som altså er inspirert av Bacon, i betydningen stil eller artikkel. Essayet blir ifølge henne stadig oftere gitt som oppgave til studenter ved høyskoler og universiteter, men da i betydningen stil eller artikkel.

### > LITTERÆR VERDI

Essayet blir av mange betraktet som mer høyverdig en annen sakprosa, fordi det i tillegg til å kreve kunnskap hos den som skriver også helst skal ha litterære kvaliteter. Langballe siterer litteraturprofessor Arild Linneberg, som skrev i *Bergens Tidende* 21.10.84: «Et essay er alltid et godt essay. Et dårlig essay er ikke et essay, men noe annet: artikkel, kronikk, kåseri e.l.» (3).

I det informale essayet er jeg-fortelleren det bærende elementet, ja selve utgangspunktet. Det er essayistens tanker og erfaringer som danner essayets plattform. I det formale essayet, derimot, er emnet viktigere enn essayisten som person. Per Dahl påpeker at essayet ikke har noen systematisk komposisjon, men er «atektonisk, skødeløst og åpent bygget opp». Essayet må derfor romme en samlende bevegelse som ifølge Dahl nettopp er det essayistiske jeget (5). Også Johannesen skriver at «essayisten er essayets viktigste formelement» (4). Og selv om det norske essayet er blitt beskyldt for å være navlebeskuende av forfatter og journalist Morten Strøksnes (6), er det umulig å tenke seg et essay uten en jeg-forteller.

### > ALLMENGYLDIG

Selv om et essay skal inneholde essayistens egne refleksjoner og erfaringer, og gjerne være person-

lig, må det ikke bli privat. Essayets tema skal være allmenngyldig, og et personlig perspektiv kan gjøre det allmenngyldige mer interessant og relevant for leseren. Men blir det privat mister han eller hun fort interessen.

Essayet gjenspeiler essayistens syn på det hun eller han skriver om og innebærer en tolkning av de erfaringene som beskrives. Den subjektive erfaringen essayet baserer seg på kan på sitt beste åpne opp for å forstå essayisten, og han eller hennes syn på verden, uansett om den springer ut av erfaring eller er en samtale essayisten fører med andre forfattere som har skrevet om det samme temaet.

### > GJENKJENNELSE

Essayet synes, i kraft av sin form, å vise at alt er relativt: Én mening er ikke viktigere enn en annen, det ene er ikke nødvendigvis sannere enn noe annet. Dette kan føre til et unikt møte mellom tekst og leser; bygge bro over avstand i tid og rom. Å lese Montaignes essay, som ble skrevet for flere hundre år siden, kan gi en følelse av nærhet og gjenkjennelse hos en moderne leser nettopp i kraft av tekstens åpne og springende form. Essayet har karakter av en samtale, en dialogisk struktur. Som Melberg skriver, er essayet «fellesskapsdannende» og inkluderer alltid leseren (7).

### > AVSLUTNING

Andre treffende beskrivelser av essayet er; assosierende, fragmentarisk, prosessuell, springende, subjektiv, utprøvende, undersøkende, åpen. Det er også sammenliknet med «en tankenes spasertur». Så ta pennen fatt, den som tør, og skriv et kunnskapsrikt essay om et faglig tema. Bruk gjerne en personlig erfaring som utgangspunkt. Skriv dialogisk, som vil si å henvende seg til en tenkt leser samt referer til andre som har skrevet om det samme. En god og inspirerende måte å lære om essayet på er dessuten å lese gode essays skrevet av andre.



> **Chateau de Montaigne:** I dette tårnet skrev den franske filosofen, forfatteren og statsmannen Michel de Montaigne sine berømte essays på 1500-tallet. Foto: NTBscanpix/AGE

#### REFERANSER

1. Bull-Gundersen M. «74 sentrale trekk ved essayet». I Kritikjournalen, 1991.
2. Bech-Karlson J. Gode fagtekster. Essay for begynnere. Universitetsforlaget, 2003.
3. Andersen HL. «Hvordan får essaybegrepet mening?». I Bøymgen, nr. 1–2007.

4. Johannesen G. «Holberg og essayet. Etterord.» I Ludvig Holberg Essays. Cappelen, 1977.
5. Dahl, P. «Essayet som genre». I Passage. Tidsskrift for litteratur og kritk 28/29. Aarhus, 1998.
6. Strøksnes M. «Innsnevring av kampsonen», Morgenbladet 05.10.2015.
7. Melberg A. Essayet. Universitetsforlaget, 2014.

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**KRISTIN KAVLI ADRIANSEN**

**Tittel:** Et kvinneyrke tar form. Sykepleie i Rogaland 1870–1970

**Arbeidssted:** Universitetet i Stavanger

**Utgått fra:** Universitetet i Bergen

**Veiledere:** Aina Schiøtz og Kari Martinsen

**Disputas:** 12. juni 2015

**E-post:** kristin.k.adriansen@uis.no

► **Bakgrunn:** Studien er basert på behovet for kunnskap om historiske vekselvirkninger i norsk sykepleie på et regionalt og overordnet nivå.

**Hensikt:** Studien utforsker regionale, internasjonale og nasjonale utviklingstrekk, den samfunnsmessige utviklingen og faglige retningslinjers innflytelse på sykepleien som kvin-

neyrke i Rogaland i tidsperioden 1870–1970. Rogalands pietistiske kulturarv utgjør en sentral del av studien.

**Metode:** Historisk og kvalitativ kildeanalyse av skriftlig materiale, samt intervjumateriale fra 20 muntlige kilder i lys av teorier om kjønn, disiplinering og kall. Teorigrunnlaget er hentet fra den amerikanske historikeren og kjønnsforskeren Joan W. Scott, den franske idéhistorikeren Michel Foucault (1926–1984), den amerikanske historikeren Susan Reverby og den svenske historikeren Inger Hammar (1942–2007).

**Resultat:** Studien peker på tvetydighet. På den ene siden synes det å være samspill mellom rådende sykepleieverdier og regionens pietistiske verdigrunnlag. På den andre siden mottok sykepleien i Rogaland impulser fra nasjonal og internasjonal sykepleie, og fra storsamfunnet. Sykepleiere ble en uerstattelig arbeidsressurs i fylket. Her følger regional sykepleie

et nasjonalt mønster. Arbeidshierarkiet sto meget sterkt. Verken kirke eller sykehus etablerte sykepleierskoler i fylket. Her sto kvinner og humanitære organisasjoner i front. Likevel ble pietistisk ideologi holdt i hevd, synliggjort ved den strenge disiplinen, faglige krav og sosiale strukturer.

**Konklusjon:** Sykepleiens skjæringspunkt ligger mellom underordning og uavhengighet. Kjønn er grunnleggende, anskueliggjort gjennom forventninger, pietistiske verdier, språk og andre ytre kjennetegn innenfor et kjønnsdelt arbeidshierarki. Sykepleiere oppfattet arbeidet sitt som betydningsfullt, men også tvetydig: for noen kall, for andre levebrød. Men den regionale sykepleiekulturen ga utvilsomt opphav til en mer selvstendig kvinne- og yrkesrolle.

**Nøkkelord:** Historisk metode, kildeanalyse, kvalitativ studie, sykepleiehistorie, kvinnehistorie, kjønn, disiplin.





**Kandidat:**  
**ELISABETH GROV BEISLAND**

**Tittel:** Livskvalitet hos kreftbehandlede pasienter

**Arbeidssted:** Høgskolen i Bergen

**Utgått fra:** Universitetet i Bergen

**Veileder:** Anne Kari Hersvik Aarstad

**Disputas:** 11. desember 2015

**E-post:** elisabeth.beisland@hib.no

> **Bakgrunn:** Hode-/hals- og nyrekreft forekommer omtrent like hyppig i Norge, og gruppene har omtrent lik risiko for tilbakefall og død. Hode-/halskreftpasienter får gjerne omfattende behandling bestående av strålebehandling, cellegift og/eller kirurgi, med følgetilstander som kan ha stor innvirkning på daglige funksjoner. Nyrekreftpasienter blir vanligvis behandlet med bare ett kirurgisk inngrep.

**Hensikt:** På tross av forskjellen i behandling viser resultatene at det for begge diagnosegruppene ser ut til at forholdet mellom psykososiale faktorer og helserelatert livskvalitet er tre til fire ganger så sterkt som forholdet mellom følgetilstander av behandling og helserelatert livskvalitet.

**Metode:** Data er innhentet ved bruk av tidligere validerte spørreskjemaer i kombinasjon med data fra klinisk journal. Spørreskjemane er delvis besvart under intervju, og delvis tilsendt via post. Det er utført ulike statistiske analyser, blant annet korrelasjons-, regresjons- og (M) ANOVA-analyser, samt faktoranalyse ved utvikling av et diagnosespesifikt spørreskjema.

**Resultat:** Psykologisk stress ble funnet å være et mål på livskvalitet hos hode-/halskreftbehandlede pasienter. Personlighetstrekket nevrotisme og bruk av unngåelsesmestring

var forbundet med og forutsa, høyt nivå av psykologisk stress og nedsatt livskvalitet med mye av det samme mønsteret i begge pasientgruppene. Psykologisk stress, og til en viss grad også livskvalitet, ble funnet å være stabile målt over en fire års oppfølgingsperiode i hode-/halskreftgruppen.

**Konklusjon:** De nyrekreftopererte pasientene rapporterte livskvalitet avhengig av operasjonsmetode og kirurgisk tilkomst. Flankeopererte pasienter rapporterte lav livskvalitet; til dels lavere livskvalitet enn laryngektomerte hode-/halskreft pasienter, mens kikkhull-sopererte pasienter rapporterte om livskvalitet på nivå med normalbefolkningsmaterialet. Valg av kirurgisk tilkomst ved nefronsparende kirurgi bør sees i lys av dette funnet. Et diagnosespesifikt livskvalitetsspørreskjema for nyrekreftopererte pasienter er også utviklet som del av studien.

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**LIV NILSEN**

**Tittel:** Psykoedukativ familiebehandling slik pasienter med første episode psykose, familiemedlemmer og helsepersonell opplever det. En kvalitativ studie.

**Arbeidssted:** Oslo universitetssykehus

**Utgått fra:** Universitetet i Oslo

**Veiledere:** Jan Ivar Røssberg, Svein Friis og Jan C. Frich

**Disputas:** 2. oktober 2015

**E-post:** livnilse@online.no

► **Bakgrunn:** Det er få studier som har undersøkt effekt av familiearbeid hos familier som opplever en psykose for første gang, og de studiene som er gjort viser motstridende resultater.

**Hensikt:** Studien utforsker hvordan pasienter med en første gangs psykose og deres familiemedlem-

mer opplever det å delta i en kunnskapsbasert familiebehandling og om de blir bedre av behandlingen. I tillegg ble helsepersonells utfordringer i å rekruttere og gjennomføre familiebehandlingen undersøkt.

**Metode:** En kvalitativ utforskende studie hvor tolv pasienter, fjorten familiemedlemmer og ni helsepersonell, ble intervjuet. Dataene ble transkribert og analysert ved systematisk tekstkonsensering.

**Resultat:** Pasienter og familiemedlemmer har ulike behov som skal imøtekommes av helsepersonell. Det er viktig at disse behovene blir identifisert og avklart før behandlingen starter. Det er også viktig å identifisere angstnivå og lage strategier slik at pasienten kan klare å delta i behandlingen. Deltakerne opplevde at de fikk innsikt, lærte om egne varselsignaler, lærte nye kommunikasjons-teknikker og lærte å planlegge og løse problemer på en hensiktsmessig måte. Helsepersonell opp-

levde at de måtte ha høy klinisk og faglig kompetanse for å møte utfordringer knyttet til å planlegge og gjennomføre behandlingen.

**Konklusjon:** Studien ga viktig informasjon om hvordan helsepersonell skal rekruttere og gjennomføre familiebehandling slik at personer med en første episode psykose kan ha utbytte av behandlingen.

**Nøkkelord:** Tidlig intervensjon, psykose, familiearbeid, kvalitativ metode.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no)

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



## Contents >>

<b>Editorial:</b> We need research with innovative power .....	3
<b>Contributions:</b>	
Jørgen G. Bramness: Can we rely on research? .....	4
<b>Marit Helene Andersen: Research close to the patient provides benefits</b> .....	<b>7</b>
<b>Summarised research:</b>	
Cochrane .....	8
Research news .....	12
<b>Research articles:</b>	
Interaction with the specialist – seen from the home nurse’s perspective. By Siri Tønnessen, Bente Liljlan Lind Kassah and Wivi-Ann Tingvoll .....	14
Comment: Collaboration requires understanding. By Heidi Hobbelstad .....	25
<b>Electronic message exchange for patients discharged from hospital.</b> By Berit J. Brattheim, Ragnhild Hellese and Line Melby .....	<b>26</b>
Comment: PLO-messages provide useful information .....	34
Women and men’s evaluation of health and functional ability in HUNT 3 after stroke. By Borghild Løyland, Line Todal and Randi Andenæs .....	36
Survey-Care and use of central venous catheters in intensive care. By Wenche Mentzoni and Inger Schou Bredal .....	46
Specialist nurse mentors’ reflections on the academicisation of nurse specialist education programmes. By Bente Skogsaaas .....	56
Comment: Important with different expertise. By Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen .....	65
<b>Evidence-based practice in nursing education – a literature review.</b> By Torunn Erichsen, Gro Røkholt and Inger Utne .....	<b>66</b>
Challenges in the role of public health nurses in interdisciplinary cooperation. By Anne-May Teige and Marianne Hedlund .....	78
Comment: Cooperation with kindergarten is useful. By Bodil Erdal .....	84
<b>Research Interview</b> .....	<b>86</b>
<b>New and useful</b> .....	<b>88</b>



## Innhold >>

<b>Leder:</b> Vi trenger forskning med innovasjonskraft .....	3
<b>Innspill:</b>	
<i>Jørgen G. Bramness: Kan vi stole på forskningen?</i> .....	4
Marit Helene Andersen: Pasientnær forskning gir fordeler .....	7
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	8
Forskningsnytt .....	12
<b>Forskningsartikler:</b>	
Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Av Siri Tønnessen, Bente Liljan Lind Kassah og Wivi-Ann Tingvoll .....	14
Kommentar: Samarbeid krever forståelse. Av Heidi Hobbestad .....	25
Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. Av Berit J. Brattheim, Ragnhild Hellese og Line Melby .....	26
Kommentar: PLO-meldinger gir nyttig informasjon .....	34
Kvinner og menns vurdering av helse og funksjonsevne i HUNT 3 etter hjerneslag. Av Borghild Løyland, Line Todal og Rogi Andenæs .....	36
<b>Stell og bruk av sentralt venekateter i intensivavdeling.</b> Av Wenche Mentzoni og Inger Schou Bredal .....	46
Praksisveilederes refleksjoner om akademisering av spesialutdanningene. Av Bente Skogsaa .....	56
Kommentar: Viktig med ulik kompetanse. Av Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen .....	65
Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen. Av Torunn Erichsen, Gro Røkholt og Inger Utne .....	66
Utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeid. Av Anne-May Teige og Marianne Hedlund .....	78
Kommentar: Samarbeid med barnehagen er nyttig. Av Bodil Erdal .....	84
<b>Forskerintervju</b> .....	86
<b>Nytt og nyttig</b> .....	88