



Sykepleien

Fag og forskning

2019



#Akutt, kritisk
og kronisk sykdom

Sedix®

Demper mild uro - letter innsøvning

Omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen rapporterer om søvnevansker i perioder¹. Mange strever med å sovne om kvelden. Det kan være ulike grunner til dette, men for noen dreier det seg om indre stress og uro. Virkestoffet i det plantebaserte legemiddelet Sedix (*passiflora incarnata*), har gjennom årtier vært benyttet til behandling av uro og innsøvningsvansker.



- ✓ Virker beroligende
- ✓ Letter innsøvning
- ✓ Ingen påvist avhengighet

 Reseptfritt på alle apotek

Sedix®

Plantebasert sedativum. Beroligende.

TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsøvning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering:** Lindring av mild uro: 1-2 tabletter morgen og kveld. Lette innsøvning: 1-2 tabletter om kvelden, 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel. **Pakning:** 28 stk. blisterpakning, Sedix SPC, sist endret: 30.08.2016

Referanser: 1 Bjorvatn et al. *Insomni. Tidsskrift for Norsk Legeforening* 2009;129:1766-8.

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no



En fin og varm serie. Personene ble jeg fort kjent med, og gleder meg til fortsettelsen. Hovedpersonen vil jeg ha som venninne.

LISE SOLENG, BOKELSKER



Wow! Vi ble helt hektet! Sidene lukker seg rundt oss når vi leser og vi blir sugd inn i atmosfæren. Vi kjenner lukten av regnet, vi kjenner redselen på kroppen.

ELIN & ANNE-BRIT, SERIELESERE

Tårnsvalene

Sterk romanserie fra Merete Lien, forfatteren bak seriesuksessene *Barn av stormen* og *Rosehagen*.

Bli med til Bergen i 1896

De tre søstrene Engevik er av god familie, men moren måtte forsake mye da hun giftet seg av kjærlighet, med en fri kunstnersjel. Når han ikke dikter skillingsviser, drømmer faren om å seile til fjerne farvann. Moren prøver å holde begge bena på jorden, men det er ikke lett når eventyret lokker.

Mathilde, Louise og Leah aner ikke at hele deres fremtid kan falle i grus dersom den store seilasen settes ut i livet ...

En familie med hemmeligheter – tre søstre som ikke kjenner fortiden ...

Få første bok
tilsendt GRATIS!
Send BOK til 2205

porto- og gebyrfritt,
HELT uforpliktende.

VI SPANDERER FØRSTE BOK!

Bestill den på www.norskeserier.no
eller ring kundeservice 21 89 70 70

C Fragmin Pfizer

INJEKSJONSØSÆSKE, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsøsning og 1 ml. Uten konserveringsmiddel. INJEKSJONSØSÆSKE, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneholder Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzylalkohol, vann til injeksjonsøsning til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering: Tromboseprofylakse ved kirurgi:** Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 døgner eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. **Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. **Behandling av akutt dyp venetrombose:** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrering 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Vekt (kg):	Dose (IE)
46-56	10 000 (0,4 ml sprøyte)
57-68	12 500 (0,5 ml sprøyte)
69-82	15 000 (0,6 ml sprøyte)
83-90	18 000 (0,72 ml sprøyte)
>90 kg:	Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige.

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombose sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivået gjøres. Plasmanivået etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsettes i minst 5 døgner, eller inntil nivåene av protrombin-kompleksets faktorer (F II, F VII, F IX, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombose. **Behandling av lungeemboli:** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstandens alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose. **Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:** Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon i inntil 4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: I.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: I.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. **Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:** 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IU 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinngaver (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revascularisering, kan Fragmin gis frem til dagen for det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med mindre 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner <80 kg og menn <70 kg) eller 7500 IU (kvinner ≥80 kg og menn ≥70 kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). **Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppvekkede, maks. 14 dager. **Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangsprøyer (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombotypeni: Ved blodplattell <50 000/μl, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattellet er >50 000/μl. Ved blodplattell 50 000-100 000/μl, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattell ≥100 000/μl, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombotypeni (50 000-100 000/μl):

Vekt (kg) Dose (IE) Redusert dose (IE) Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)

≤56	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
≥99	18 000	15 000	17

Nyresvikt: Ved kreatininnivå >3 ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangsprøye og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30 ml/minutt): Ved bruk av doser på ≥10 000 IU og ved behandling >3 dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, og det skal sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter >190 kg. For pasienter >90 kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte prøyer som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. **Tilberedning/Håndtering:** Fragmin injeksjonsvæske er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombotypeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt sepsis endokarditt, skader og operasjoner i sentralnervesystemet, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombotypenitstoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødelse av absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsvæsken som inneholder benzylalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralys. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Insetting eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for tromboseprofylakse, og

etter minst 24 timer hos personer som får høye dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særskilt oppmerksomhet og forholdsvis høy oppvåkning for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggsmertor, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt tarm- eller blæredysfunksjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematoma vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargskompressjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gitt til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelig for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombotypeni og blodplattelfunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabeteshypotensjon. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasienten, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allernivå koagulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjokk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldoosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalcium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingens lengde, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma for oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i >7 dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombotocytt for behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tykke eller sykelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombotypeni er til stede. Slik trombotypeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombotocytt før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombotypeni og alvorlig trombotypeni (<100 000/μl). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemningen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smalere terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, urafuksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig å retninglinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig ≥80 år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåking anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzylalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gaspung syndrom». Benzylalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoid reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og dekstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertestillende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrom og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfonpyrazon, probencid, etakrynsyre, cyostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematoma skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser >5000 IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Dalteparin går ikke over i placenta. Data på graviditet indikerer ingen misdannende eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzylalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. **Amning:** Små mengder med dalteparinatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan derfor ikke utelukkes. Fordelene av amning for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. **Fertilitet:** Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Mild trombotypeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger. Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrige: Subkutant hematoma og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsytemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Hudenrosor, forbigående alopeci. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Immunologisk mediert heparin-indusert trombotypeni (type II, med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utsett. Immunsytemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrige: Spinalt eller epiduralt hematoma. De fleste blødningene er milde, risiko avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoadosteronisme som kan føre til økt kalcium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserede forlengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonsen anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Etter fornyning høyst 12 timer. **Pakninger og priser: 12 500 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 269,90 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 613,20. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, 25 × 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 979,60. (0,3 ml = 7500 IE) 5 × 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 653,10, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 × 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 × 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 499,90, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 × 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 580,10, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 × 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 681,80, 10 000 IU anti-Xa/ml 10 ml (hettegl.) kr. 723,20. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kreft. **Refusjonskode:** IPC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nyredialyse. IC: -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68,8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68,9 Uspesifisert koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20,0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Anen emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og vev (vilkår 136), Z99,2 Avhengighet av nyredialyse. Vilkår: 136 Refusjon utvises selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 09.05.2016

Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet¹
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering²
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft³



Fragmin[®]
dalteparinnatrium

Indikasjon for Fragmin:

Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter.

Viktig sikkerhetsinformasjon:

Bivirkninger: vanligste bivirkninger er blødninger, subkutan hematom og smerte ved injeksjonsstedet, mild trombocytopeni og forbigående, mild til moderat levertransaminaseøkning. **Kontraindikasjon:** Fragmin er kontraindisert ved akutt ulcus, hjerneblødning, andre aktive blødninger, alvorlige koagulasjonsforstyrrelser, samt ved akutt/subakutt septisk endokarditt eller skader og operasjoner i CNS, øyet og øret. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Særskilt oppmerksomhet kreves ved antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi. Forsiktighet i forbindelse med trombocytopeni og blodplate-funksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv- eller diabetes retinopati, og ved tilstander som kan medføre forhøyet blødningsrisiko.



INNHold

Fag og forskning 04 | 2019

#Akutt, kritisk og kronisk sykdom

- 8** Leder, redaktør Barth Tholens: Vi skriver, altså er vi
- 10** Gjesteleider, av Tone Merete Norekvål: Hvordan bygger vi gode forskningsmiljøer i klinikken?
- 16** Ungdom med tarmsykdom må forberedes på overgangen til voksenavdeling
- 20** Hyppige luftveisinfeksjoner kan være symptom på en arvelig sykdom
- 24** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen
- 26** Hvorfor går pasienter fra legevakten før de får hjelp?
- 32** Sykepleierdrevet poliklinikk betyr mye for pasienter med hydrocephalus
- 36** Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn
- 42** Møt forskeren: Anja Vasset: Når et barn ikke får puste
- 46** Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige
- 52** Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle
- 60** Små organisatoriske grep kan gi bedre praksisveiledning på intensivavdelinger
- 66** Slik velger du riktig trykkfordelende madrass
- 72** Pleielidelse i perioperative pasientforløp til eldre
- 80** Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere
- 85** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Eirin Aspsæther
- 86** Slik fikk vi flere til å bruke beskyttelsesutstyr riktig på isolat
- 91** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Marte Johanne Tangeraas Hansen
- 92** Retningslinje for kirurgisk antibiotikaprofylakse blir ikke fulgt
- 98** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Ane Andersdotter Kielland
- 100** Når hjertet løper løpsk
- 106** Ikke alle pasienter skal ha oksygenbehandling ved akutt hjerteinfarkt
- 110** Implantert hjertestarter kan gi fantomsjokk
- 116** Derfor skrev jeg denne artikkelen: Hanne Flagtvedt
- 118** Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag
- 126** Møt forskeren: Silje Christin Wang Linnerud: Ble nysgjerrig på fatigue
- 130** Tverrfaglig samarbeid ga bedre legemiddelbehandling
- 134** Sykepleierstudenter kan få medisinsk praksis på helsehus
- 139** Forfatterveiledning for fagartikler
- 142** Forfatterveiledning for forskningsartikler





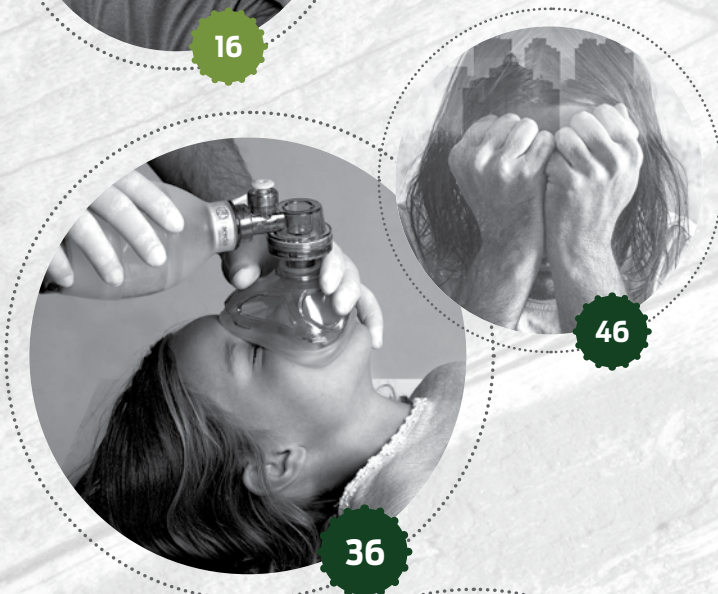
Sykepleien

Fag og forskning 2019



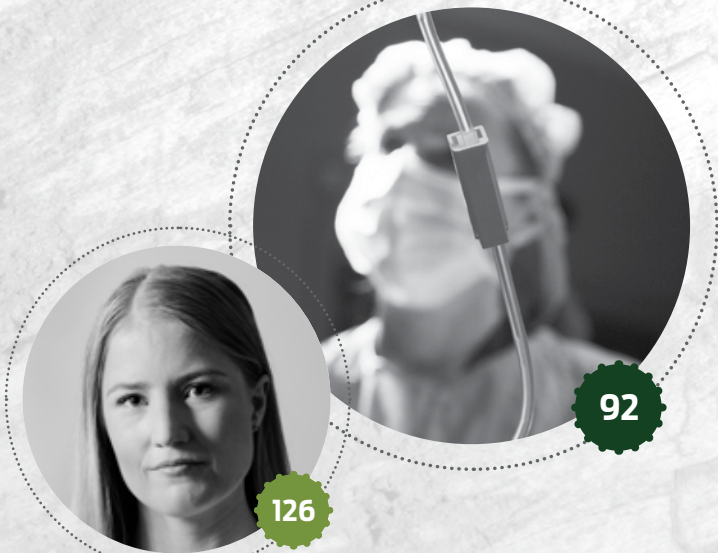
16

20



36

46



126

92

Ansvarlig redaktør:

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf 40852179

Temareduktør:

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Tlf 97632910

Design og forside:

Hilde Rebård Evensen

Grafisk produksjon:

Hilde Rebård Evensen, Sissel Vetter
og Monica Hilsen

Manusredaktør:

Signe Marie Flåt

Fagredaktører:

Eli Smedstad og
Torhild Apall Dybvik

Forskningsredaktør:

Edith Roth Gjevjon

Deskansvarlig:

Ellen Morland

Desk:

Johan Alvik og Eivind Solfjell

Journalister:

Kari Anne Dolonen,
Ingvald Bergsagel, Ellen Morland
og Elin Marie Fredriksen

Mer om redaksjonen:

Se sykepleien.no

Repro og trykk:

Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato:

29. august 2019

.....

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf 99402409

Tlf.: (+47) 994 02409
E-post: redaksjonen@sykepleien.no



Vi skriver, altså er vi

For første gang utgir Sykepleien en komplett samling av fag- og forskningsartikler publisert i år. Den utgaven du nå har i hendene, vil inneholde artikler som er relevante for ditt fagfelt.

Jeg tenker, altså er jeg, skrev filosofen Rene Descartes for mer enn 300 år siden. Han grunnet mye på hva vi egentlig kan si med sikkerhet, når alt som vi antar er sant, kan møtes med tvil. Ingenting er sikkert, konkluderte han, bortsett fra vår egen eksistens som tvilende vesener. Faktisk er vår evne til å tvile kanskje det ultimate beviset på at vi er til: Cogito, ergo sum (jeg tenker, derfor er jeg).

PRAKSISEN MÅ VURDERES KRITISK

Slik er det også med sykepleie som fag. I diakonistiden var sykepleie en praktisk beskjeftigelse, en hjelpende hånd til de syke. Faget var basert på nestekjærlighet, observasjon og muntlig overlevert erfaring. Men skulle sykepleie få ordentlig substans, måtte den bli beskrevet og vurdert kritisk. Det holdt ikke lenger å si at «slik har vi alltid gjort det». Med oppblomstringen av sykepleie som egen vitenskap er den kritiske tenkingen – og tvilen om eksisterende sannheter – selve grunnlaget for fagets utvikling.

FORSKNING GIR GEVINST

Veien mot sykepleie som vitenskap har vært lang og kronglete. Det unge faget ble i sin tid møtt med skepsis og nedlatenhet. Selv i dag finnes det røster som mener at sykepleiere ikke bør teoretisere seg bort fra sin egen praktiske betydning.

Men de fleste forstår nå at sykepleiens tilnærming til pasienten ikke bare kan baseres på håndlag og magefølelse. Videreutvikling av faget gjennom forskning og systematisk kunnskapsdeling kan gi betydelige

gevinster for helsetjenesten. Kritisk tenkning kan drive faget videre, bidra til å forkaste gammelt gods og bane veien for nytenkning. Da må fag- og forskningslitteratur være lett tilgjengelig, forståelig og konkret nok til å bli anvendt i praksis.

VIL BEKJEMPE ORDMAGI

Sykepleien har formidlet fagartikler nær sagt helt siden den spede begynnelse for 100 år siden, og siden 2006 ble vi også en viktig kanal for formidling av fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler. Kvaliteten på disse artiklene er blitt bedre med årene.

Som redaksjon har vi vært opptatt av å bekjempe kvasi-akademisk tåkeprat og ordmagi. Vi har dyrket de

«Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.»

knappe, kritiske og konsise artiklene der forfatterne kommer raskere til poengene sine. Det har sammenheng med at vi har vært mer opptatt av å kommunisere med de brede massene blant sykepleiere enn av å skape en plattform der forskere kun kommuniserer med hverandre.

NY KUNNSKAP MÅ DELES

Vi trenger ikke bare de gode pennene som tør utfordre vedtatte sannheter i faget på en måte som sykepleiere forstår. Vi trenger også at flere tar seg bryet med å skrive. Sykepleien får inn mange vitenskapelige artikler



Barth Tholens

Ansvarlig redaktør



KUNNSKAP: Hva er vitsen med at stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad om ikke den kunnskapen disse tilegner seg, deles med flere, spør Sykepleiens redaktør Barth Tholens. Foto: Mostphotos

og fagutviklingsartikler, men vi har også en mistanke om at mye klokskap blir lagt i en skuff og ikke når ut til praksis. Stadig flere sykepleiere tar master- eller doktorgrad, men funnene de har kommet frem til, når dessverre ikke alltid ut til klinikken. Det er synd. Vi skulle ønske at flere så det som en «plikt» å formidle resultatene av sin forskning etter fullført akademisk løp.

FAGGRUPPENE KAN BIDRA

Med denne artikkelsamlingen håper vi å bidra til at flere sykepleiere klarer å holde seg faglig oppdatert. Ikke minst håper vi at utgaven inspirerer flere til å ta i bruk tastaturet for å dele ny kunnskap. Her må faggruppene i Sykepleierforbundet (NSF) spille en aktiv rolle. Faggruppene har en spesiell interesse i utvikling av faget på sine spesifikke områder. Erfaringsutveksling og kunnskapsdeling står høyt på deres agenda. Sykepleien ønsker derfor å samarbeide tett med faggruppene for å finne frem til ressurspersoner som kan ha «en artikkel i magen».

I denne utgaven gir vi faggruppene anledning til å presentere seg for alle sykepleiere som driver med det samme som dem.

ARTIKLER FRA DITT FAGOMRÅDE

Vi i Sykepleien har også gjort et helt nytt og ganske drastisk grep for at denne artikkelsamlingen skal «treffe» best mulig. I stedet for å sende alle fag- og forskningsartikler til alle medlemmene i NSF, vil den utgaven du nå holder i hendene, kun inneholde

artikler innenfor det feltet du selv jobber. Vi har delt sykepleierne inn i fem hovedkategorier som hver får sitt eget tidsskrift. Hver kategori representerer nødvendigvis nedslagsfeltet for flere fagområder og faggrupper, men stoffet vil kunne være interessant for alle som mottar utgaven.

FEM FORSKJELLIGE TIDSSKRIFT

Du har nå mottatt utgaven som handler om akutt, kritisk og kronisk sykdom. Vi har valgt denne utgaven til deg på grunn av opplysninger i NSF's medlemsregister om hvor du jobber, hvilken stillingsbetegnelse du har og eventuelt hvilken faggruppe du tilhører.

Tilsvarende sender vi fire andre tidsskrift til sykepleiere som jobber med:

- #Etikk, metode og verktøy
- #Migrasjonshelse, psykisk helse og rus
- #Rehabilitering, alderdom og død
- #Seksualitet, fødsel og oppvekst

VIL DU HA ET ANNET TIDSSKRIFT?

Om du fikk tilsendt «feil» tidsskrift, eller ønsker å lese et annet tidsskrift enn det du fikk tilsendt, kan du etterbestille det ønskede tidsskriftet kostnadsfritt på www.webshop.nsf.no, under fanen Produkter.

Artikkelsamlingen med fag- og forskningsartikler vil bli en årlig utsending. Neste utgave er planlagt i august 2020. Allerede nå kan du gå til Min side i NSF's medlemsportal og krysse av hvilken kategori du ønsker å bli gruppert under. Da vil neste års utsending bli mer presis enn årets. ●

Hvordan bygger vi gode forskningsmiljøer i klinikken?

Artiklene i dette kompendiet viser en faglighet og bredde å være stolt av. Hva skal imidlertid til for å dyrke frem mer av det disse artiklene fremviser?

Første bud vil være å identifisere talentene. Vi må finne frem til gode rollemodeller fra klinikken, gode formidlere, gode ledere og gode forskere. Det er grunnpilarene å bygge på.

Ryggraden er de menneskelige ressursene. Ikke minst må vi speide etter gryende talenter innen alle disse fire søylene som er helt nødvendige for at gode fag- og forskningsmiljøer skal vokse frem, godt forankret i feltet hvor faget utøves. De som er motiverte og som vil, de som har et talent til å lede an eller grave seg dypt ned i problemstillinger. Eller helst begge deler.

Det dreier seg likevel mest av alt om å bygge hverandre gode. Det er ikke rom for noen jantelov i dette arbeidet. Tvert imot: Vi skal bli gode og være stolte av å si det.

FORSKNINGSKOMPETANSE I KLINIKKEN

Men ingen bygger seg gode alene. Man må skaffe seg alliansepartnere og samarbeidspartnere. Tenk helst tverrfaglig når nye prosjekter etableres. Involver sykepleiere med ulike spesialkompetanse, og andre profesjoner.

Vi har også uten unntak god erfaring med tett samarbeid med legene. Inkluder dem og styrk prosjektene både metodisk og faglig. Medisinen har en lang tradisjon for å kombinere forskning og pasientarbeid. Dette er utvilsomt veien å gå også for oss sykepleiere.

Sykepleie er et praktisk fag. Imidlertid er det avgjørende at vi baserer vår praksis på forskningsbasert kunnskap. Det er på tide å gjøre en forskjell med forskningskompetanse i klinikken. Forskning skal ikke være noen isolert akademisk eksersis.

Vi bør se flere professorer i sykepleie i hovedstillinger

ved universitetssykehusene. Så langt har denne aktiviteten kommet nedenfra – fra oss som vil og kan, og med støtte fra våre ledere.

LEDERE MED PÅ LAGET

Gode samarbeid mellom sykehus og utdanningsinstitusjonene er en nøkkel. La gradsbygging, forskningsprosjekter og klinisk spesialutdanning gå hånd i hånd! Har vi behov for (spesial)sykepleiere med mastergrad i klinisk sykepleie? Selvsagt. Hvor mange? Det kan diskuteres. Veien blir til mens vi går, og vi må kvalitetssikre hvert trinn og bygge stein på stein.

Tematikkene det skal forskes på, må oppleves som relevante for avdelingene. Lederne på sykehusene må være med på laget. De skal tilrettelegge og prioritere. Prosjekte-

«Vi har uten unntak god erfaring med tett samarbeid med legene.»

ne må også ha god kvalitet, og vi bør i økende grad tilstrebe at masterstudentene får delta i større, gode prosjekter.

Antallet mastergrader og uteksaminerte kandidater må aldri gå foran kvalitet. Senker vi kvaliteten, er vi dømt til å mislykkes.

HJERTERYTMEOVERVÅKNING

Innenfor kardiologisk sykepleie har den kliniske spesialutdanningen vært tett på prosjekter i avdelingen og relevante kliniske problemstillinger. Det har det blitt mastergrader ut av. Og doktorgrader. Ikke minst har det satt spor etter seg i klinikken.



Tone Merete Norekvål

Fag- og forsknings-sykepleier og professor, Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, Universitetet i Bergen og Høgskulen på Vestlandet



FORSKNINGSKOMPETANSE: Sykepleie er et praktisk fag. Imidlertid er det avgjørende at vi baserer vår praksis på forskningsbasert kunnskap. Bildet er fra kardiologisk laboratorium ved Feiringklinikken. Foto: Erik M. Sundt.

Aktiviteten vises også igjen i dette kompendiet (1–3). Et godt eksempel er innen hjerterytmeovervåkning. «Overvåkning er i sin natur en avansert form for sykepleie», sa Kolbjørn Forfang i 1969. Han ble senere en av landets mest markante kardiologer.

Ved etableringen av overvåkningsavdelinger på slutten av 60-tallet var sykepleierne helt sentrale (4). Telemetriovervåkning er et sentralt felt som er gjenstand for både kvalitetsforbedring og forskning i Bergen – med gode samarbeidspartnere ved både Rikshospitalet i Oslo og Stavanger universitetssjukehus.

INTERNASJONAL OPPMERKSOMHET

Arbeidet har båret frukter. Vi startet med å kartlegge alle pasienter som ble overvåket, i en tremånedersperiode. En artikkel ble publisert i et internasjonalt anerkjent tidsskrift på bakgrunn av data innhentet fra denne studien (5).

Deretter ble det utarbeidet lokale retningslinjer, som ble gjort tilgjengelige nasjonalt (6), og europeiske retningslinjer ble etterspurt (7).

Noen få år senere ble det publisert reviderte amerikanske retningslinjer for telemetriovervåkning, der den norske studien ble viet stor oppmerksomhet (8). Praksisnære enkeltprosjekter – hvis de er godt gjennomført – kan altså få betydning langt ut over det man kan forestille seg!

Videre ble det gjennomført et mastergradsprosjekt hvor man undersøkte elektrodeplassing, hygiene og pasientinformasjon ved telemetriovervåkning (9). Til tross for implementering av en kompleks intervensjon fant man signifikante forbedringer på bare tre av de målte variablene.

Studien peker blant annet på stort arbeidspress blant

sykepleiere som årsak til manglende etterlevelse av retningslinjene for telemetriovervåkning. Det samme viser en av artiklene i dette kompendiet, hvor økende krav til effektivitet var barrierer for at operasjonssykepleierne arbeidet kunnskapsbasert (10).

MULIGHETSVINDU

Status for kunnskap og etterlevelse av retningslinjer er gjerne ikke det vi antar (11). At etterlevelse av retningslinjer er en utfordring, kommer også tydelig frem i flere artikler i dette kompendiet. Kirurgisk antibiotikaproylaks skal hindre infeksjoner etter operasjoner, men de nasjonale retningslinjene blir ikke nødvendigvis fulgt. Det pekes på utfordringer ved arbeidsflyt og nedprioritering av dette tiltaket før inngrepet (12).

«Senker vi kvaliteten, er vi dømt til å mislykkes.»

Men noen prosjekter lykkes: En intervensjon sammensatt av flere tiltak fikk flere til å ta i bruk beskyttelsesutstyr riktig på isolat. Dette til tross for at undersøkelsen i forkant av tiltakene viste at retningslinjene i liten grad ble fulgt (13).

Sykepleieres bidrag i arbeidet med retningslinjer er svært viktig, og vi bør kjenne vår besøkelsestid på disse arenaene i mye større grad. Her må vi tenke både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (14). Dette er virkelig et «mulighetsvindu».

NØDVENDIG UTVIKLING

Dette kompendiet viser noe av den store bredden av

temaer som sykepleiere samles om å kvalitetsforbedre og skaffe ny kunnskap om. Det er dette vi kan. Det er i eget fag, i samarbeid med andre, vi skal kvalitetsforbedre, forske, utøve god sykepleie og bidra til optimal pasientbehandling.

Bygging av forskningsmiljøer i klinikken er svært viktig for å få fart på denne helt nødvendige utviklingen for vårt fag.

REFERANSER

1. Flagtvedt H, Norekvål TM. Implantert hjertestarter kan gi fantomsjokk. Sykepleien. 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/implantert-hjertestarter-kan-gi-fantomsjokk> (nedlastet 17.07.2019). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.76099
2. Midthun EM, Vatnaland IL, Haaverstad R, Pettersen TR. Når hjertet løper løpsk. Sykepleien. 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/01/nar-hjertet-loper-lopsk> (nedlastet 17.07.2019). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.75072
3. Svingen RT, Langørgen J, Svingen GFT, Valaker I. Ikke alle pasienter skal ha oksygenbehandling ved akutt hjerteinfarkt. Sykepleien. 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/02/ikke-alle-pasienter-skal-ha-oksygenbehandling-ved-akutt-hjerteinfarkt> (nedlastet 17.07.2019). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.75197
4. Alm C, Norekvål TM. Sykepleiere i norsk kardiologi: fra pleiefunksjoner til aktiv rolle i diagnostikk og behandling. I: Forfang K, Rasmussen K, red. Det norske hjerte. Norsk hjertemedisins historie. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
5. Fåln N, Nordrehaug JE, Hoff PI, Langørgen J, Moons P, Norekvål TM. Evaluation of appropriateness and outcomes of in-hospital telemetry monitoring. American Journal of Cardiology. 2013;151:219–23.
6. Fåln N, Hoff PI, Norekvål TM, Langørgen J. Retningslinjer for bruk av telemetri ved Haukeland

10 bud for å bygge et godt forskningsmiljø i klinisk praksis

1. Identifiser talentene
2. Avskaff janteloven; bygg hverandre gode
3. Sett mål og forankre målsetningen i ledelsen
4. Bestem tidsperspektivet
5. Sett av intern grunnfinansiering og bruk den målrettet, og søk ekstern finansiering (på alle nivåer)
6. Skaff alliansepartnere og rollemodeller
7. Arbeid tverrfaglig. Inkluder og lær av andre profesjoner
8. La gradsbygging, forskningsprosjekter og klinisk spesialutdanning gå hånd i hånd
9. Avskaff køsystemet til kongresser og seminarer
10. Gi ros, skap motivasjon – og gi aldri opp

universitetssjukehus. Hjerterforum. 2014;4:33–6.

7. Fåln N, Moons P, Fitzsimons D, Kirchhof P, Swahn E, Tubaro M, et al. Practical challenges regarding in-hospital telemetry monitoring require the development of European practice standards. European Heart Journal Acute Cardiovascular Care. 2018 desember;7(8):774–6.
8. Sandau KE, Funk M, Auerbach A, Barsness GW, Blum K, Cvach M, et al. Update to practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2017;136:e273–e344.
9. Pettersen TR, Fåln N, Norekvål TM. Improvement of in-hospital telemetry monitoring in coronary care units: an intervention study for achieving optimal electrode placement and attachment, hygiene and delivery of critical information to patients. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2014 desember;3(6):515–23.
10. Hjelen W, Sagbakken M. Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. Sykepleien Forskning. 2018. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/03/operasjonssykepleiere-mangler-tid-og-kompetanse-til-arbeide-kunnskapsbasert> (nedlastet 17.07.2019). DOI: 10.4220/Sykepleien.2018.69422
11. Fåln N, Oterhals K, Pettersen T, Brørs G, Olsen SS, Norekvål TM. Cardiovascular nurses' adherence to practice standards in in-hospital telemetry monitoring. Nursing in Critical Care. 2019 april. DOI: 10.1111/nicc.12425
12. Ktieland AA, Sande NCO, Tømmerdal T, Skogås JG, Andre B. Retningslinjer for kirurgisk antibiotikaprofylakse blir ikke fulgt. Sykepleien. 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/05/retningslinje-kirurgisk-antibiotikaprofylakse-blir-ofte-ikke-fulgt> (nedlastet 17.07.2019). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.76613
13. Hansen MTH, Lunde EB. Slik fikk vi flere til å bruke beskyttelsesutstyr riktig på isolat. Sykepleien. 2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/slik-fikk-vi-flere-til-bruke-beskyttelsesutstyr-riktig-pa-isolat> (nedlastet 17.07.2019). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.75872
14. Norekvål TM, Kirchhof P, Fitzsimons D. Patient-centered care of patients with ventricular arrhythmias and risk of sudden cardiac death: What do the 2015 ESC Guidelines add? European Journal of Cardiovascular Nursing. 2017 oktober;16(7):558–64.

ANNONSE

NY UTGAVE KOMMER I OKTOBER 2019

Forskningens ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning

Lunixen®

Bedre søvn - hele natten!

Lunixen® 500 mg (valerianarot) er et reseptfritt legemiddel som forbedrer søvnkvaliteten og søvnlengden. Legemidlet har klinisk dokumentert effekt på søvnproblemer, som urolig søvn eller for tidlige oppvåkninger. Brukes daglig for optimal effekt. Det er ingen påvist avhengighet ved bruk.

NYHET!



- ✓ Bedrer søvnkvalitet
- ✓ Forbedrer søvnlengde
- ✓ Ingen avhengighet påvist

✚ Fås reseptfritt på apoteket

Ta 1 tablett 1/2 til 1 time før leggetid.

Dersom symptomene forverres eller ikke blir bedre etter 2 ukers daglig bruk, bør lege kontaktes. Lunixen anbefales ikke til gravide eller ammende. For barn under 12 år kun i samråd med lege.

F. Hypnotika og sedativa - farmakoterapeutisk gruppe

TABLETTER, filmdrasjerte 500 mg: Reseptfritt. Hver tablett inneholder: Tøret ekstrakt av valerianarot (*Valeriana officinalis* L.) 500 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser. **Dosering:** For lindring av søvnforstyrrelser: 1 tablett ½-1 time før leggetid. Ved behov tas også 1 tablett tidligere på kvelden. Lindring av mild uro: 1 tablett opptil 3 ganger daglig. Maks. daglig dose er 4 tabletter. **Administrering:** Daglig bruk over tid anbefales, det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Lege/apotek kontaktes hvis symptomene vedvarer eller forverres etter 2 uker med kontinuerlig bruk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Interaksjoner:** Ingen rapportert. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Anbefales ikke under graviditet eller hos fertile kvinner som ikke bruker prevensjon. Kontraindisert under amming. Fertilitet: Ingen kliniske data. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Magetarmsymptomer (feks. kvalme, magekramp) kan oppstå etter inntak av valerianarot. Lege/apotek bør kontaktes ved andre bivirkninger. **Egenskaper:** Valerianarot i anbefalt dose forbedrer søvnlengde og søvnkvalitet. **Pakninger:** 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC sist endret: 14.11.2018

ATC-nr.: N05C M09



Sykepleien

Fag og forskning 2019

Fem skreddersyddespecialutgaver!

Du som har fått dette bladet i postkassen, har fått en utgave av Sykepleien som er rettet mot medlemmene som jobber med det samme som deg. Ut fra opplysningene som NSF har om deg, hvilken faggruppe du tilhører og hvor du jobber, har vi delt NSF's 115 000 medlemmer inn i fem grupper.

Hver av disse gruppene har fått tilsendt en skreddersydd spesialutgave med fag- og forskningsartikler.

Dersom du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har fått, kan du bestille den i Fordelsbutikken på nsf.no. Dette byr vi på så lenge lageret rekker. Mye av innholdet fra de andre bladene kan også leses på sykepleien.no



Sykepleiens samling av fag- og forskningsartikler vil bli sendt ut hvert år.

Den neste kommer høsten 2020. Dersom du i fremtiden ønsker å bytte interessegruppe, kan du enkelt gjøre dette ved å gå inn på Min side på nsf.no.



Fordelsbutikken:

Skann QR-koden og kom rett til [Nsfs](http://nsf.no) sin fordelsbutikk hvor du kan bestille de enkelte utgavene.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

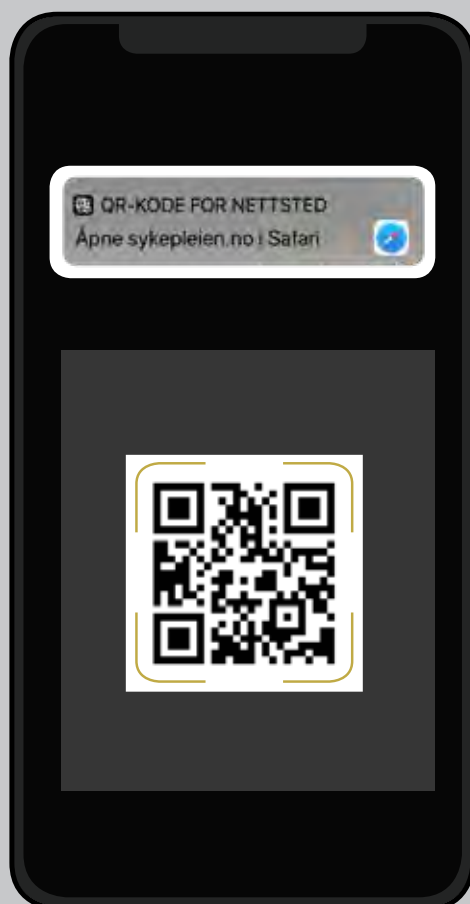


Sykepleien

Fag og forskning 2019

Slik bruker du mobilen for å finne artiklene på nett

Nå kan du enkelt bruke mobilens
kamera til å skanne QR-koder.



Bruk mobilkameraet
og plasser koden innenfor
de gule merkene.

Det dukker opp en lenke
øverst på skjermen.

Trykker du på denne,
kommer du direkte til
artikkelen, videoen eller
PDF-en på nett.

sykepleien.no

Benytter du Android-telefon,
må du først aktivere Google
Lens eller en annen QR-leser.

HOVEDBUDSKAP

Inflammatorisk tarmsykdom er en kronisk sykdom med variasjoner i symptombilde og behandlingstilbud. Derfor er det viktig med tilpassede programmer når barn som har denne sykdommen, skal overføres til voksenavdelingen. Forskning viser at ungdom med individuelle transisjonsprogrammer har færre operasjoner, færre sykehusinnleggelses, bedre klinikkoppmøte, bedre medisinsk etterlevelse, bedre vekst og utvikling og færre røntgenundersøkelser. Erfaring fra praksis viser at de som følger en behandlingsplan, har bedre medisinsk etterlevelse.

NØKKELORD:

- ▶ Inflammatorisk tarmsykdom ▶ Transisjon
- ▶ Ungdom ▶ Sykepleie ▶ Mestring

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75571

Ungdom med tarmsykdom må forberedes på overgangen til voksenavdeling

En godt planlagt overføring fra barneavdeling til voksenavdeling for ungdom med inflammatorisk tarmsykdom kan gi bedre medisinsk etterlevelse.

Ungdom med kronisk inflammatorisk tarmsykdom (IBD, Inflammatory Bowel Disease) får større ansvar for egen helse når de overføres fra barneavdeling til voksenavdeling, og det kan medføre store endringer i pasientens liv. På sykehuset der vi arbeider, erfarte vi at ungdom var dårlig forberedt på hvilken behandling som ventet dem på voksenavdelingen, og ungdommene på sin side følte at de møtte en helt annen sykehushverdag enn på barneavdelingen (1).

Ansvaret for å sikre gode overganger for ungdom med kroniske lidelser fra barneavdelingen til voksenavdelingen ligger hos helsetjenesten. I henhold til regjeringens strategi for ungdomshelse (2) er det viktig med tjenester som møter, støtter og tilrettelegger for ungdom der de er. Transisjonsprosessen er en slik helsetjeneste som tilrettelegger når ungdommene overføres fra barneavdelingen til voksenavdelingen i spesialisthelsetjenesten.

INFLAMMATORISK TARMSYKDOM

Inflammatorisk tarmsykdom er karakterisert ved et kronisk forløp med remisjoner og tilbakefall, som kan påvirke hele livssituasjonen til pasienten. Ulcerøs kolitt rammer tykktarm

FORFATTERE


Liv Merete Kooyman
Spesialsykepleier i gastrosykepleie, Poliklinikk for barn og ungdom, Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus



Elseber Hjørnevik Jørgensen
Spesialsykepleier i gastrosykepleie, Gastrolaboratoriet, Avdeling for fordøyelses-sykdommer, Akershus universitetssykehus



Marit Hegg Reime
Førstelektor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

og endetarm, mens Crohns sykdom kan ramme hele fordøyelseskanalen. Symptomene kan være hyppig og blodig diaré, anemi, magesmerter, vektapp, redusert allmenntilstand og feber. Hos pasienter med Crohns sykdom kan det også oppstå fistler og abscesser.

Symptomer hos mange barn kan i tillegg være vekstretardasjon og forsinket pubertetsutvikling. I tillegg har ofte de unge en mer omfattende sykdom enn voksne (3). Tarmsykdommene kan ses i alle aldersklasser, men hyppigst i aldersgruppen 15–40 år. De

fleste tilfellene av mild og moderat sykdom kan holdes i sjakk med legemiddelbehandling, men for noen blir det nødvendig med operasjon.

Isjeldne tilfelles kan ekstraintestinale manifestasjoner som leddbetennelser, hudaffeksjoner, øyeffeksjoner og primær skleroserende kolangitt (se faktaboks) oppstå (4).

HVA ER TRANSISJON?

Transisjon er et relativt nytt helsebegrep i Norge. Transisjon defineres som en målrettet og planlagt prosess som adresserer de medisinske, psykososiale og pedagogiske eller kognitive behovene til ungdom og unge voksne med kroniske,



VIKTIG TILTAK: På barneavdelingen er det utpekt en egen sykepleier som er koordinator for transisjonen. Illustrasjonsfoto: Dan Burch / Mostphotos

FAKTA

Skleroserende kolangitt

Fellesbetegnelse på betennelsesykdommer i galleveiene. Disse omfatter betennelse, fortykkelse, fibrose og trange partier (strikturdannelse) i galleveiene både i og utenfor leveren.

Kilde: Store medisinske leksikon

medisinske forhold når de flytter fra barneavdelingen til voksenavdelingen (5).

I transisjonsprosessen er målet at pasienten skal få mer kunnskap om egen helse, sykdom og helsetjenester som de møter i voksenmedisinen. En omfordeling av kunnskap fra helsepersonell og omsorgsperson til IBD-pasienten handler også om at pasienten får være delaktig i hele transisjonsprosessen.

Brukermedvirkning i pasientbehandlingen står sentralt i transisjonsprosessen, og Barneombudet er tydelig i sine anbefalinger om at det er viktig at unge med helseutfordringer blir lyttet til på lik linje med andre (6).

TRANSISJONSPROSJEKTET

I 2012 ble det startet opp et transisjonsprosjekt på Barne- og ungdomsklinikken ved Akershus universitetssykehus. Prosjektet ble avsluttet i 2016 og er nå implementert for ungdom med IBD på barneavdelingen, og for unge voksne med IBD på gastroenterologisk avdeling (7).

Ungdom og unge voksne personer defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) til å være i alderen fra 10 til 24 år (8). Hos oss inkluderes ungdom og unge voksne i transisjonsprosessen fra de er 12 år til de er 25 år. Prosessen består av tre ulike faser:

- forberedelsesfasen, 12–16 år, hvor vi fokuserer på å øke kunnskapen om pasientens egen kropp, diagnose og behandling
- overføringsfasen, 17–18 år, hvor vi setter søkelyset på en overføring som gir sammenhengende behandling
- ung voksen-fasen, 19–25 år, hvor oppmerksomheten rettes mot å bli kjent og trygg på den nye avdelingen (1)

FIRE KONSULTASJONER

Hos oss får pasienten tilbud om fire konsultasjoner i løpet av transisjonsprogrammet. På den første konsultasjonen introduseres og diskuteres overgang til voksenavdelingen med pasienten og foreldrene. Pasienten informeres om de unges rettigheter og får utdelt heftet «Mine rettigheter. Helserettigheter for ungdom» og sjekklisten «Min helse», som skal hjelpe ungdom med å finne ut hva de trenger av kunnskaper og ferdigheter.

Deretter setter pasienten opp noen områder som han eller hun ønsker å bli bedre på. På den andre konsultasjonen blir pasienten tilbudt «IBD-skole»: en dag med undervisning om sykdommen fra et tverrfaglig sammensatt team, som består av lege, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, psykiater, sykepleier og representanter fra ungdomsrådet.

Ved 16-årsalderen tilbys pasienten delt konsultasjon, slik at ungdommene får mulighet til å snakke med behandleren alene. På den tredje konsultasjonen gjennomgår vi brosjyren «Operasjon selvstendighet. Om overgangen fra barn til voksen», som reflekterer ungdommers tanker om overgangen fra barn til voksen i spesialisthelsetjenesten. På den fjerde konsultasjonen benyttes sjekklisten «Klar til overføring» som et utgangspunkt for



Se video om hva ungdom tenker om overgangen til voksenavdeling.

Skann QR-koden og kom rett til videoen på Youtube.

samtale og refleksjon i forkant av overflytting til voksenavdelingen.

På den siste konsultasjonen hos behandlingsansvarlig lege på Barne- og ungdomsklinikken er den behandlingsansvarlige legen eller en sykepleier fra voksenavdelingen til stede. Det settes av god tid, og ungdommen får tilbud om omvisning på voksenavdelingen. Vi deler ut en velkomstbrosjyre fra voksenavdelingen (7).

Ved første time på voksenavdelingen setter vi av god tid til mottakssamtale med en IBD-sykepleier eller behandlende lege. Sjekklisten «Klar til overføring» videreføres.

BARNE- OG VOKSENOMSORG

Ifølge Stenstrøm (9) er det mange forskjeller på barneomsorgen og voksenomsorgen. Helsepersonell opplever et skifte fra å være familiefokusert til å bli pasientfokusert. Undersøkelser som før ble utført i narkose, gjøres nå i våken tilstand, og ansvaret for omsorgen endres fra klinikansvar til eget ansvar – at pasienten selv må kontakte helsevesenet.

Ifølge transisjonsprogrammet ved Akershus universitetssykehus ønsker ungdom å bli kjent med voksenavdelingen før de overflyttes, og de ønsker at helsepersonellet fra både barne- og voksenavdelingen snakker sammen (1). Erfaringsmessig er det mange som synes overføringen fra barneavdelingen til voksenavdelingen er svært vanskelig. Pasienten utsettes for forandring, som kan føre til at sykdommen kan progrediere (10).

I transisjonsprosessen går ungdommene fra å være ivarett av foreldre eller foresatte til å bli aktive deltakere i sin egen behandling. Denne forandringen kan for mange være stressende og utfordrende. Hvis ungdommen selv ønsker det, kan de ha med en foresatt på voksenavdelingen. Behovet for å mestre oppstår i mellomrommet mellom forandring og tilpassing (11).

Transisjonsprosessen vil være et slikt mellomrom hvor ungdom må få tilgang på ressurser, kunnskap og ferdigheter for å utvikle seg til å tro på sine egne evner og mestre overføringen fra barneavdelingen til voksenavdelingen. Personlig erfaring er avgjørende og grunnleggende for hvordan pasienten vil oppfatte situasjonen og handle (12).

HVORDAN LYKKES?

Forskning bekrefter hvor viktig det er å ha gode og planlagte transisjonsprogrammer og utdanne ungdom til å bli eksperter på sin egen sykdom (3, 10, 13–16). For å lykkes med transisjonsprosessen anbefaler vi følgende:

- fleksibelt overflyttingstidspunkt
- transisjonskoordinator eller IBD-sykepleier
- individuell transisjonsmodell
- kriterier for overføring
- sykdomsspesifikke utdanningsprogrammer

Vi anbefaler å innføre transisjonsmodeller med et fleksibelt og smidig overflyttingstidspunkt som ivaretar pasientens

modenhet, alder, gjeldende sykdomsaktivitet og evnen til egenomsorg. Målet er å hindre tilbakefall av symptomer. På voksenavdelingen erfarer vi at noen pasienter som føler seg friske, ikke møter til avtalt time.

Nyere forskning viser at en dårlig planlagt transisjon øker risikoen for manglende etterlevelse av behandlingsråd (3). Tid er et nøkkelbegrep i transisjonsprosessen. Ungdommen selv sier at de trenger tid før de overføres. De ønsker å begynne tidlig med transisjonsprosessen, slik at de kan bli mer selvstendige og trene seg på å ta ansvar for egen helse (1).

KOORDINATOR ER VIKTIG

En koordinator som ser pasienten gjennom hele transisjonsprosessen og legger til rette for læring og mestring, er et viktig tiltak for en vellykket prosess. IBD-sykepleieren har kompetanse til å inneha en slik koordinatorfunksjon og kan bidra til at ungdom mestrer å leve med kronisk sykdom. På barneavdelingen er det utpekt en IBD-sykepleier som er koordinator for transisjon av ungdom med inflammatorisk tarmsykdom.

Sykepleierens oppgaver er å ha oversikt over ungdom som er i transisjon, og organisere transisjonsprogrammet for hver enkelt slik at pasienten opplever kontinuitet av omsorg. Koordinatoren sørger for kommunikasjon mellom avdelingene og organisering av overføringsmøter.

Overføringsmøter holdes en gang hver måned. På møtet gir legen eller IBD-sykepleieren rapport om pasienten og tidspunkt for siste konsultasjon på barneavdelingen. IBD-sykepleieren orienterer om navnet på den faste behandleren på voksenavdelingen.

DE UNGE MÅ HØRES

Det er viktig at ungdommens stemme blir hørt. Brukermedvirkning er forankret i transisjonsprogrammet på sykehuset. Ungdomsrådet har hatt en sentral rolle i utarbeidelsen av transisjonsprogrammet. Det jobber med å fremme brukerperspektivet til ungdommen, gi konkrete råd og støtte til andre ungdommer, og dele sine erfaringer (1).

Det anbefales at transisjonsmodellen tilrettelegges med tanke på hver enkelt pasient, der målet er en helhetlig behandling og omsorg for IBD-pasienten. Pasienten er med på å utarbeide egne mål i transisjonsprosessen, som for eksempel det å snakke med legen alene på deler av konsultasjonen og holde orden på egne avtaler med sykehuset.

Ifølge forskning er modenhet en avgjørende nøkkelfaktor for overføring. Ungdommene må være klare til forandring, og behandleren og pasienten må bli enige om et overføringstidspunkt som passer livet til pasienten med hensyn til modenhet, skolegang og sykdom i remisjon (14). Målet er at transisjonen skal være en pågående prosess – ikke en engangshendelse.

På sykehuset samtaler behandleren og pasienten om punktene i sjekklisten «Klar til overføring». Samtalen skal gjøre ungdommene i stand til å tilegne seg kunnskap og mestre overgangen til voksenavdelingen.

I denne videoen forteller tre ungdommer om sine tanker

rundt overgangen mellom barneavdeling og voksenavdeling på sykehus:

OPPSUMMERING

IBD er en kronisk sykdom med variasjoner i symptombylde og behandlingstilbud (14). Derfor er det viktig med tilpassede programmer når barn som har denne sykdommen, skal overføres til voksenavdelingen. Forskning viser at ungdom med individuelle transisjonsprogrammer har bedre utfallsmål i form av færre operasjoner, færre sykehusinnleggelses, bedre klinikkoppmøte, bedre medisinsk etterlevelse, bedre vekst og utvikling, og færre røntgenundersøkelser (16).

Erfaring fra praksis viser at de som følger en behandlingsplan, har bedre medisinsk etterlevelse. Imidlertid finnes det ingen nasjonale og få internasjonale retningslinjer for transisjon for IBD-pasientene. Det er behov for mer forskning på transisjonsmodeller for denne pasientgruppen. Det er også behov for å utvikle nasjonale transisjonsprogrammer for å gi en enda bedre helseomsorg til ungdom med IBD.

REFERANSER

1. Wilhelmsen KS. Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus. Transisjonsprogrammet – veiledning til helsepersonell og ledere. Lørenskog; Akershus universitetssykehus; 2016. Tilgjengelig fra: https://issuu.com/ungdomsmedisin/docs/transisjon_21x21_24sider_issuu_05 (nedlastet 29.04.2017).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Ungdomshelse. Regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/8388ba31b0e4b31bfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf (nedlastet 30.05.2017).
3. Cole R, Ashok D, Razack A, Azaz A, Sebastian S. Evaluation of outcomes in adolescent inflammatory bowel disease, patients following transfer from pediatric to adult health care services: Case for transition. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(2):212–17.
4. Reime MH. Sykepleie til pasienter med fordøyessykdommer. I: Knutstad U. Utøvelse av klinisk sykepleie, Sykepleieboken 3. Oslo: Cappelen Damm; 2015. s. 319–32.
5. Viner RM. Transition of care from paediatric to adult services: one part of improved health services for adolescents. *Archives of disease in childhood*. 2008;(93):160–3.
6. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter m.v. (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 31.01.2019).
7. Støve KL, Golf U, Rykkje KH. Evaluering av Prosjekt ungdomsmedisin. Akershus universitetssykehus. Kristiansand: PWC; 2016. Tilgjengelig fra: http://www.ungdomsmedisin.no/wp-content/uploads/2016/08/Endelig-rapport_Evaluering-av-Prosjekt-ungdomsmedisin.pdf (nedlastet 15.10.2017).
8. Verdens helseorganisasjon (WHO). Recognizing adolescence [Internett]. Genève: WHO; 2014 [siteret 30.04.2017]. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/pagel/recognizing-%20adolescence.html>.
9. Stenstrøm P. Inflammatorisk tarmsjukdom hos barn. *Svensk Kirurgi*. 2015;73(1):1–6.
10. Yerushalmy-Feler A, Ron Y, Barnea E, Efrat B, Nachum A, Matalon S, et al. Adolescent transition clinic in inflammatory bowel disease: quantitative assessment of self-efficacy skills. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2017;29(7):831–7.
11. Tveiten S. Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
12. Bandura A. Self-efficacy – The exercise of control. 1. utg. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
13. Brooks AJ, Smith PJ, Cohen R, Collins P, Douds A, Forbes V, et al. UK Guideline on transition of adolescent and young persons with chronic digestive diseases from paediatric to adult care. *BMJ*. 2017;66(6):988–1000.
14. Clarke T, Lusher J. Transitioning patients with inflammatory bowel disease (IBD) from adolescent to adult services: a systematic review. *Frontline Gastroenterology*. 2016;7(4):264–70.
15. Houston Y, Lindsay JO, Jenkins H, McCartney S, Ahmad T, Arnott I, et al. Perspectives of transition care in inflammatory bowel disease: a survey. *Gastrointestinal Nursing*. 2012;10(1):30–5.
16. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Young L, Détré P, et al. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2013;7(9):744–64.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Evigvarende «forkjølelse» eller gjentatte luftveisinfectionsjoner kan være symptomer på den sjeldne tilstanden primær ciliedyskinesi, også kalt PCD. Denne artikkelen baserer seg på en historie fra virkeligheten. Formålet er å synliggjøre PCD som diagnose blant helsepersonell og befolkningen forøvrig, for å øke sannsynligheten for at pasienter med PCD får rett diagnose og behandling. Samtidig settes fokus på viktigheten av informasjon.

NØKKELOORD:

- ▶ Akuttisykepleie ▶ Astma ▶ Barnesykdom
- ▶ Diagnostikk ▶ Helseopplysning

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76434

Hyppige luftveisinfectionsjoner kan være symptom på en arvelig sykdom

Barn som stadig er «forkjølet» kan ha den sjeldne sykdommen primær ciliedyskinesi. Veien frem til en diagnose kan være lang, og noen foreldre opplever at de ikke blir tatt på alvor av helsepersonell.

Følgende historie er hentet fra virkeligheten:

Oktober 2003

Jenta hadde lilla hudfarge da hun ble født og ble straks overført til nyfødttintensiv for behandling. Hun måtte blant annet ha hjelp til å puste og til å få i seg næring. Det ble tatt ulike røntgenundersøkelser, som avdekket at hun hadde orga-

nene på feil side. Dette fikk foreldrene informasjon om ved en tilfældighet, ved at en lege i samtale med far på korridoren spurte om de ikke hadde fått vite at babyen hadde hjertet på feil side. Legen nevnte i en samtale med mor at diagnosen var ukjent for ham og at et søk på nett viste en mulighet for at barnet kunne ha noe som kalles Kartagener syndrom på grunn av de speilvendte organene.

Dessverre var det ingen på nyfødttintensiv som visste noe om hva det var eller hvilken betydning dette hadde for barnet. Beskjeden fra legen var at ifølge det han hadde lest pleide ikke symptomene å være fremtredende før ved fem til seks års alder, så foreldrene måtte bare «vente og se». Ved hjemreise var det fremdeles ikke avklart hva som var problemet til den lille jenta, men hun var bra nok til å reise hjem. Foreldrene fikk beskjed om at babyen måtte sove med den «dårlige lung» ned på natten og ligge med

FORFATTERE


Ann-Chatrin Lingvist Leonardsen
Førsteamanuensis og forsker, Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold Kalnes



Gea Restad
Sykepleier, Hjemmesykepleien, Vest-Fredrikstad kommune

den opp på dagtid for drenasje av væsken som fortsatt satt igjen. Slim var det mye av, og mor brukte jordmorsug daglig for å rense nese og svelg. I lang tid lå foreldrene med babyen i vognbag mellom seg i sengen, for å kunne overvåke at jenta pustet. Tilstanden stabiliserte seg etter noen måneder.

Høsten 2007

Etter fire år hvor en evigvarende forkjølelse og rennende nese hadde vært hverdagen, oppdaget mor noen harde kuler i pannen på barnet. Redd for at dette kunne være kreft eller noe annet livstruende oppsøkte hun fastlegen, som igjen henviste til barneavdelingen ved lokalsykehuset. Her var beskjeden at «vi vet ikke hva det er, men det er ikke farlig», og hun fikk seks måneders ventetid på konsultasjon. Etter flere runder med purringer både fra mor og fastlege uten at timen ble fremskyndet, ringte far til barneavdelingen og delte sine bekymringer for datterens helse. Plutselig ble det satt opp en time den påfølgende uken. Mor følte at hun ble sett på som en «hysterisk mamma».

Under konsultasjonen fortalte legen at disse kulene virket til å være en slags infeksjon mellom kraniet og huden som ikke var farlig. Mor spurte om dette kunne ha noe å gjøre med Kartagener syndrom, siden dette ble nevnt da



BETENNELSE: Sykdommen primær ciliedyskinesi fører til kronisk bihulebetennelse, gjentatte mellomøretbetennelser og bronkiektasier. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

jenta var nyfødt, men aldri utredet. Legen henviste jenta direkte til Rikshospitalet hvor videre utredning kunne utføres. Til alt hell hadde Rikshospitalet nettopp ansatt en lege som hadde spesialisert seg på primær ciliedyskinesi, PCD, og utredning ble startet. Etter måneder med antibiotika og mange prøver kom diagnosen sommeren 2008: hun hadde PCD.

Selv med en diagnose var det lite informasjon tilgjengelig om sykdommen, behandlinger eller hva man kan forvente seg med en slik diagnose. Den lille informasjonen som var tilgjengelig, var kun på engelsk eller andre språk. Mor brukte mye tid på søken etter informasjon og med å lete etter andre personer i samme situasjon. Hun laget en oversatt brosjyre sammensatt av det som fantes av informasjon på nett, laget nettside, åpnet en facebookside, og i 2013 kontaktet hun Norsk Forening for Cystisk Fibrose (NFCF) for å se på mulighetene til å danne en undergruppe her for PCD.

I hennes møter med pasienter og pårørende fremkom liknende historier som hennes egen: Få leger kjente til tilstanden, og det tok tid å få fastsatt diagnosen.

HVA ER PRIMÆR CILIEDYSKINESI?

Primær ciliedyskinesi (PCD) er en sjelden, arvelig sykdom som rammer flimmerhårene i kroppen. Dette fører til opphopning av sekret i øvre og nedre luftveier, kronisk bihulebetennelse, gjentatte mellomøretbetennelser og etter

hvert utvikling av bronkiektasier. Hvis du har bronkiektasier, betyr det at noen av luftveiene i lungene er forvide. Forandringene oppstår vanligvis fordi luftveisveggene er blitt skadet. Dette gjør at det hopper seg opp slim i luftveiene (1).

Rundt 50 prosent av pasientene har speilvendt plassering av organene i bryst- og bukhule (situs inversus totalis, eller Kartageners syndrom) og cirka 12 prosent hete-

«Nesten alle utvikler kronisk våt hoste og får gjentatte, nedre luftveisinfeksjoner.»

rotaksi (ulik sidefordeling av indre organer, ofte assosiert med kompleks hjertefeil) (2, 3). Situs inversus har ingen alvorlige konsekvenser i seg selv, men sett sammen med bihulebetennelser og bronkiektasier er dette noe som kan bekrefte diagnosen PCD (4). Forekomst av sykdommen varierer fra 1:10 000 til 1:30 000, men den virkelige forekomsten er usikker, da sykdommen sannsynligvis er underdiagnostisert (2).

Som hos jenta i historien, har minst 75 prosent av nyfødte med PCD-symptomer ved fødselen, blant annet lungebetennelser, sammenfall av lungevev, nesetetthet eller pustebesvær (5). Nesten alle utvikler kronisk våt hoste og får gjentatte, nedre luftveisinfeksjoner. Siden slike symptomer kan være vanlige i denne alderen uten at det

FAKTA

Lær mer om PCD

Dersom du som helsepersonell ønsker ytterligere informasjon, kan du oppsøke dette via referanselisten under, eller på følgende nettsteder:

<https://sjeldnediagnoser.no/home/sjeldnediagnoser/Relevante%20lenker/11308>

<http://www.frambu.no/hovedmeny/tema/a-fa-en-sjelden-diagnose/sokenetter-svar/08de4352-5745-43a6-9db0-e8736c4d74ee>

<http://www.cfnorge.no/pcd/>

<https://www.uptodate.com/contents/primary-ciliary-dyskinesia-immotile-cilia-syndrome>

foreligger alvorlig underliggende sykdom, oppdages ikke sykdommen på et tidlig tidspunkt (6).

DIAGNOSE OG BEHANDLING

Gjennomsnittlig alder ved diagnose-tidspunktet er 5,8 år, hos barn med situs inversus er den 3,5 år (2). Bronkiektasier kan da allerede være etablert (7). Ofte forteller foreldrene at de ikke kan gå ut uten lommetørkle fordi barnets nese stadig renner og er tett. Flertallet av barna har hørselstap, i varierende grad, noe som skyldes væske i mellomøret, og de får gjentatte episoder med akutt ørebetennelse (2).

PCD behandles i dag på lik linje med cystisk fibrose – selv om det ikke finnes sikker kunnskap om at dette er effektivt. Behandlingen tilpasses også den enkelte pasient. Å forebygge slimopphopning, samt tidlig behandling med antibiotika, er de viktigste tiltak for å forhindre forverring. Bruk av Ventoline og forstøverbehandling med hypertont saltvann (3, 5 eller 7 prosent) kombinert med fysioterapi og hosteøvelser brukes for å fjerne slim i luftveiene, men effekten hos PCD-pasienter er ikke dokumentert (8).

I Norge stilles diagnosen ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og ved Norsk senter for Cystisk Fibrose (NSCF), Ullevål, som er norsk kompetansetjeneste for PCD.

INFORMASJON TIL FORELDRE

Foreldrene ble sendt hjem med den nyfødte lille jenta. De visste at hun hadde «hjertet på feil side», og at den ene lungene var i så dårlig tilstand at de måtte passe på hvilken stilling babyen sov i. Utover dette visste de lite om hva de skulle følge med på, hva som kunne skje, eller hva de kunne forvente seg i fremtiden.

Når et nyfødt barn legges inn på neonatalavdeling, føles det skremmende for de fleste foreldre. For å forebygge at ikke foreldrenes emosjonelle påkjenning blir en vedvarende belastning, og for å fremme tilknytning mellom foreldre og barn, er relasjonskompetanse og gode metoder for kommunikasjon og informasjonsformidling en nødvendig del av helsepersonells kompetanse. Informasjon må tilpasses foreldrene,

foreldrene er de egentlige spesialistene på seg selv, det finnes ikke «vanskelige foreldre», og mestring gir foreldretrykthet (9).

Ved mer kjente tilstander finnes det ofte mye tilgjengelig informasjon på nett, noe som ikke var tilfelle i denne historien. Det er heller ikke slik at det skal måtte være opp til foreldrene selv å skaffe til veie informasjonen de har behov for, eller som kan bidra til å stille en diagnose. For mange kan veien frem til en diagnose være både lang og krevende. Noen opplever at de ikke blir tatt på alvor når de melder sin bekymring til helsepersonell.

Både barn og voksne og deres pårørende opplever usikkerheten rundt det å ikke vite som svært belastende. Det er heller ikke alltid mulig å komme frem til en endelig, avklart diagnose. I dag er det imidlertid stadig flere sjeldne tilstander som diagnostiseres,

«Når et nyfødt barn legges inn på neonatalavdeling, føles det skremmende for de fleste foreldre.»

ikke minst på grunn av store fremskritt innen medisinsk genetik. Diagnoseprosessen krever et tett samarbeid mellom den det gjelder, familien, fastlege og sykehus, og foregår ofte over flere trinn (10, 11).

STØTTE BLANT LIKEMENN

Ettersom jenta ble eldre ble det mye fravær fra skolen på grunn av PCD og de gjentatte luftveisinfeksjonene. Mor valgte selv å opprette en interessegruppe: «Pasienter og pårørende med PCD». Siden pasientgruppen var liten, opplevde hun å stå veldig alene med jobben omkring drift av denne gruppen. Hun hadde også et behov for å ha noen å utveksle erfaringer og diskutere med.

«Pasienter og pårørende med PCD» ble en undergruppe av «Norsk Forening for Cystisk Fibrose» (NFCCF) i 2015. Dette for å øke nettverket, men også fordi de to diagnosene har viktige fellestrekk både med hensyn til symptomer og behandling og derfor kan dele både erfaringer og behandlingsbehov. Målsettingen er at «pasienter i Norge får et felles tilbud, mulighet for kontakt med andre i samme situasjon og god, faglig informasjon gjennom en felles kanal» (12).



Formålet med denne artikkelen er å øke bevisstheten omkring diagnosen PCD. Har du selv eller en du kjenner noen av de nevnte plagene, kan du kanskje ta med denne artikkelen til legen din?

Videre håper vi historien fra virkeligheten tydeliggjør viktigheten av god informasjon, slik at for eksempel foreldre til barn med en sjelden eller ukjent sykdom ikke blir alene med sin bekymring og sine spørsmål. ●

REFERANSER

1. Helsebiblioteket. Hva er bronkieektasier? Oslo: Helsebiblioteket; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/luftveier/bronkieektasier> (nedlastet 10. januar 2019).
2. Crowley S. Primær ciliydyskinesi. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2016;136:28–30.
3. Shapiro A, Davis S, Ferkol T, Dell SD, Rosenfeld M, Olivier KN, et al. Lateral defects other than situs inversus totalis in primary ciliary dyskinesia: insights into situs ambiguus and heterotaxy. Chest. 2014;146(5):1176–86.
4. Afzelius B, Stenram U. Prevalence and genetics of immotile-cilia syndrome and left-handedness. Int J Dev Biol. 2006;50(6):571.
5. Mullowney T, Manson D, Kim R, et al. Primary ciliary dyskinesia and neonatal respiratory distress. Pediatrics. 2014;134(6):1160–6.
6. Bush A, Chodhari R, Collins N, Copeland F, Hall P, Harcourt J, et al. Primary ciliary dyskinesia: current state of the art. Arch Dis Child. 2007;92(12):1136–40.
7. Kuehni C, Frischer T, Strippoli M, Maurer E, Bush A, Nielsen KG, et al. Factors influencing age at diagnosis of primary ciliary dyskinesia in European children. Eur Respir J. 2010;36(6):1248–58.
8. Bergström S, Talmadge E, Hollingsworth H. Primary ciliary dyskinesia. UpToDate. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/primary-ciliary-dyskinesia-immotile-cilia-syndrome?searchPrimary%20>

ciliary%20dyskinesia&source=search_result&selectedTitle=1-27&usage_type=default&display_rank=1 (nedlastet 10. april 2019).

9. Moe K, Skisland AVS, Söderhamn U. Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. Sykepleien Forskning 2017;12(62155)(e-62155).
10. Oslo universitetssykehus. Senter for sjeldne diagnoser. Oslo universitetssykehus; 2018. Tilgjengelig fra: <https://sjeldnediagnoser.no/home/sjeldnediagnoser/Relevante%20lenker/11308> (nedlastet 10.01.2019).
11. FRAMBU. Søken etter svar. Frambu; 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.frambu.no/hovedmeny/tema/afa-en-sjelden-diagnose/soken-etter-svar/08de4352-5745-43a6-9db0-e8736c4d74ee> (nedlastet 10.01.2019).
12. Norsk Forening for Cystisk Fibrose. PCD. Norsk Forening for Cystisk Fibrose; 2018. Tilgjengelig fra: <http://www.cfnorge.no/pcd/> (nedlastet 10.01.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

Oppdag med **StoryPanels**TM



«Et bilde sier mer enn tusen ord». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldeskjerm og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på silentia.no.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70
info@avalon-medical.no • www.avalon-medical.no
www.silentia.no

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Førsteamanuensis og forsker,
Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold Kalnes

Jeg er opptatt av at sykepleiere skal dele sin erfaring og kunnskap med andre. Jeg kjenner til mange eksempler på sykepleiere som har gjort kvalitets-, utviklings- eller forskningsprosjekter som «ender i en skuff». På den måten blir kunnskapen værende hos dem som har gjennomført arbeidet, men ikke nødvendigvis delt videre.

FINNE SVAR

Fagartikler er for meg en god måte å formidle egen innsikt i et tema på. Noen av fagartiklene mine har sin opprinnelse i uformelle samtaler, som vekket min nysgjerrighet. Nysgjerrigheten medførte et systematisk litteratursøk for å finne noen «svar».

Dette ble så skrevet ut som en fagartikkel. Mange av fagartiklene har tema fra enten anestesie eller intensivsykepleiefaget, gjerne basert på litteraturstudier.

BEST MULIG PASIENTTILBUD

Fagartikler er en fin måte å vise frem eget fag for andre sykepleie-

«Formidling av eget fag har blitt en metode for å fremme fagutvikling og skape faglig engasjement.»

re, bevisstgjøre kolleger eller sette fokus på forbedringsområder.

For meg har formidling av eget fag blitt en metode for å fremme fagutvikling og skape faglig engasjement, alt sammen med det mål å skape et best mulig tilbud til pasientene våre. ●

FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe for sykepleiere i revmatologi

Faggruppen for sykepleiere i revmatologi (FSR) er faggruppen for deg som jobber med og har interesse for pasienter med en revmatisk sykdom.

Dette er et spennende fagfelt i stor utvikling, med over 200 diagnoser. Revmatisk sykdom rammer mennesker i alle aldre, og alvorlighetsgraden er varierende. Sykepleiere i revmatologi har kunnskap om autoimmune sykdommer, som ulike bindevevs-, vaskulitt- og artrittsykdommer. Vi jobber også med andre revmatiske lidelser som

rammer muskler og skjelett.

Vi har fokus på hele mennesket og hvordan kronisk sykdom kan påvirke flere sider i livet. Vi gir individtilpasset undervisning og lærings- og mestringskurs.

FSR arbeider for å skape møteplasser for fag-, kunnskaps- og kompetanseutvikling innen revmatologi, ved å arrangere årlig nasjonalt fagseminar og seminar for ledere og fagutviklingssykepleiere hver høst. Lokallagene arrangerer også egne seminarer i løpet av året. Vi formidler kontakt og deler

ut stipender for hospitering.

Faggruppen ønsker å styrke den faglige identiteten og tilhørigheten samt bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Vi ser på muligheter for videreutdanning innen revmatologisk sykepleie på mastergradsnivå og bidrar med innspill til NSFs fag- og helsepolitiske avdeling.

Vi er i dag 183 medlemmer, men blir gjerne flere! Send SMS med kodeordet REVMA til 02409. Årlig medlemsavgift er 300 kroner.

ANNONSE

HOVEDBUDSKAP

Hvorfor velger noen pasienter å forlate legevakten selv om de har vært så bekymret for sin tilstand at de oppsøkte hjelp om natten? Hvilke pasienter er dette? Og kan sykepleierne gjøre noe for å redusere antallet som går før konsultasjon?

De fleste pasientene som går før konsultasjon om natten, er triagert (hastegradsvurdert) til lav hastegrad, og mange av dem kom på grunn av psykisk lidelse. Pasientene på venterommet er jevnt over meget tålmodige. De fleste etterlyser bedre informasjon, og sykepleiere bør tilstrebe å informere hver time.

NØKKELOORD:

- ▶ Legevakt ▶ Dokumentasjon
- ▶ Observasjon

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75597

Hvorfor går pasienter fra legevakten før de får hjelp?

Noen pasienter forlater legevakten før de har fått snakket med en lege. Hvorfor går de – og hva skal til for at de blir værende?

Pasienttilstrømmingen til allmennlegevakten ved Legevakten i Oslo har økt betraktelig det siste tiåret (1). Økt pasienttilstrømming gjelder også om natten. Da er det færre leger og sykepleiere på vakt, og ventetiden kan bli lang. Antallet konsultasjoner har imidlertid ikke økt i takt med tilstrømmingen, noe som delvis kan skyldes at kontaktårsakene har gått fra enklere symptomer til mer kompliserte psykiatriske og sosiale problemer. Det har også vært en forskyvning i når pasientene kommer på legevakten, fra dag til kveld og natt. I 2012 gikk 8,4 prosent av de innskrevne pasientene fra legevakten før konsultasjon med lege. Antallet pasienter som ikke ventet på at de fikk en konsultasjon, økte med 11 prosent fra 2008 til 2012 (1).

MØTE MED LEGEVAKTEN

Når pasientene ankommer legevakten i Oslo, blir de møtt av en sykepleier eller en helsesekretær som grovsorterer pasienter til skadelegevakten eller allmennlegevakten. Etter grovsorteringen registreres pasientene. Sykepleier eller helsesekretær tar imot personalia og andre viktige opplysninger og vurderer om pasienten bør prioriteres til triage. Pasienten får et informasjonskort som forklarer hva som kommer til å skje, og hvordan legevakten organiserer arbeidet sitt, samt litt om hvordan ventetiden kan variere (figur 1).

FORFATTER


Monica Skogly
Sykepleier, Allmennlegevakten,
Legevakten i Oslo

Siden 2011 har allmennlegevakten brukt Manchester Triage System som beslutningsstøtteverktøy for sykepleierne i mottaket for å identifisere pasienter som kan ha alvorlig sykdom og trenger hjelp raskt (2, 3).

Systemet består av 51 flytskjemaer, der pasienten blir vurdert etter

hovedproblemet de kommer med, og enkle kliniske undersøkelser. Hastegrad vurderes etter fastsatte kriterier i flytskjemaet. Med rød hastegrad skal pasienten direkte inn til lege, med oransje skal de vurderes innen ti minutter, med gul

«Til tider er det vanskelig å holde oversikten.»

innen en time, med grønn innen to timer og med blå blir de anbefalt å kontakte fastlege eller annen helsehjelp.

Pasienter som får lav hastegrad, blir ofte informert om at ventetiden kan bli lang. De får råd for sin tilstand og blir anbefalt å oppsøke lege dagen etter. Hvis pasienten likevel vil vente, blir pasienten skrevet inn. Etter triage blir pasienten vist til venterommet. Her finnes det skjermer der det vises informasjon om legevakten, om ventetid og om fasilitetene på stedet.

Ifølge Manchester Triage Group bør venterommet «betraktes som et klinisk område» (3). Triagesykepleieren må i



KØ PÅ VENTEROMMET: Pasientene vil ha informasjon om hvor lenge de må vente før de får hjelp. Illustrasjon: Mostphotos

tillegg til triageringen ha kontroll over venterommet, der stadig observasjon og revurdering er viktig for å fange opp pasienter som får sin tilstand endret (3). Triagesykepleier har ikke mulighet til å følge opp pasienter på venterommet på legevakten i Oslo fordi det er kø inn til triagesykepleier store deler av døgnet. Det å holde oversikt over venterommet må derfor overlates til sykepleiere inne på avdelingen. Til tider er det vanskelig å holde oversikten på grunn av alle de andre oppgavene sykepleierne på avdelingen må utføre.

HVORFOR GÅR PASIENTENE?

En studie fra et australsk akuttmottak fant at å gå før konsultasjon hang sammen med ventetid (4). Pasienter triagert til en lav hastegrad hadde større sannsynlighet for å gå, og jo lavere hastegrad, jo høyere sannsynlighet var det for at pasienten forlot akuttmottaket.

At pasienten ikke venter på konsultasjonen, skjer muligens fordi en del pasienter med lav hastegrad etter triageringen føler seg beroliget over at problemet deres ikke haster så mye og derfor går. Studien viste at det var flere som gikk for konsultasjon om natten og når mottaket var overfylt (4).

Lav hastegrad, nattskift og overfylt mottak hang sammen med å gå før konsultasjon beskrevet i en studie fra et pakistansk akuttmottak. De fleste pasientene som gikk uten å få snakke med lege, hadde kommet på grunn av feber, uspesifikke plager og magesmerter (5).

Clarey og Cooke fant i en oversiktsartikkel også en

sammenheng mellom å gå før konsultasjon hos lege og lav hastegrad (6). De fant videre at det er lite data som tyder på at alvorlig syke pasienter går før konsultasjon, eller at pasientene som går før konsultasjon, skulle stå i fare for å få sin helse tilstand betydelig forverret før de får helsehjelp. De fleste pasientene som går, tar senere kontakt med sin egen lege eller andre helseinstitusjoner for å få hjelp. De fant også at pasienter som tidligere har gått før konsultasjon, gjerne gjør det igjen, og at atferden kan utgjøre et mønster i hvordan de søker helsehjelp (6).

I en spørreundersøkelse blant pasienter som gikk før konsultasjon ved et australsk akuttmottak, hadde de fleste fått

«De fleste pasientene går fordi de mener at ventetiden blir for lang.»

lav hastegrad og hadde ankommet utenom kontortid (7). Så mange som 80 prosent av pasientene som gikk, var triagert med lav hastegrad, mens 14 prosent hadde middels. De fleste som gikk før konsultasjonen, kom for psykiske problemer, muskulære plager, sårskader eller mageplager (7).

De fleste pasientene går fordi de mener at ventetiden blir for lang (4, 6, 8). Mohsin og medarbeidere fant at 27 prosent av pasientene mente de burde bli tilsett av lege innen ett minutt, og 18 prosent mente de burde bli tilsett innen 30 minutter (4). Johnson og medarbeidere fant i en spørreundersøkelse at 78 prosent av pasientene

som hadde gått før konsultasjon, gikk på grunn av lang ventetid (8).

Videre svarte 12 prosent at problemet de kom til motaket for, hadde bedret seg (8). I en annen spørreundersøkelse gikk 12 prosent av pasientene fordi de ble bedre, mens en tredjedel vurderte i etterkant at problemet de kom med, ikke egentlig passet i et akuttmottak (7). Halvparten av pasientene hevdet at ingen hadde fortalt dem om ventetid og hvorfor det ble forsinkelser (7).

I brukerundersøkelser ved norske legevakter oppgir 66 prosent av pasientene at de ikke fikk tilfredsstillende informasjon om hvor lenge de måtte regne med å vente, og over 50 prosent opplevde at ventetiden var uakseptabel (9).

FORMÅLET MED STUDIEN

I min studie ville jeg se på hva som kjenneegner pasientene som går før konsultasjon ved legevakten, og hva sykepleierne kan gjøre på venterommet for å redusere antallet pasienter som går før konsultasjon (10). Jeg så særlig på pasienter med gul hastegrad om natten. Jeg så etter om de hadde snakket med sykepleier før de gikk, og om sykepleier og pasient hadde kommet frem til en felles forståelse av at problemet pasienten kom for, kunne vente til dagen etter. Jeg tilbrakte også fire netter på venterommet for å få en opplevelse av hva pasientene erfarer der.

MATERIALE OG METODE

I allmennlegevaktens elektroniske pasientjournal fant jeg at i hele 2013 var det 6017 pasienter som gikk før konsultasjon. Av de 472 som gikk før konsultasjon i oktober 2013, hadde én rød hastegrad, 13 oransje, 213 gul og 245 grønn/blå. Av de 213 pasientene med gul hastegrad var 80 skrevet inn mellom kl. 22.00 og 08.00.

For hver av disse 80 pasientene registrerte jeg alder og kjønn samt kontaktårsak ut fra hvilket flytskjema som var brukt i triageringen. I journalen så jeg etter om det var dokumentert om pasienten hadde snakket med sykepleier, eller om pasienten forlot legevakten uten kontakt med personalet. Jeg så også etter om det var gjort forundersøkelser utover det som inngår ved triagering.

Jeg tilbrakte fire netter på venterommet for å observere hva som skjer der, og hva slags informasjon de ventende får fra sykepleierne. Jeg observerte ikke hva slags informasjon pasientene fikk ute hos triagesykepleieren eller inne på avdelingen hvis de snakket med sykepleier der eller ble tatt inn til forundersøkelser.

RESULTAT

Av de 80 pasientene innskrevet om natten og triagert med gul hastegrad som gikk før konsultasjon, var 52 (65 prosent) kvinner og 28 (35 prosent) menn. Aldersspennet var fra tre uker til 77 år, og gjennomsnittsalderen var 32 år. De fleste pasientene var i aldersgruppen 20–40 år. Psykisk lidelse og magesmerter var de hyppigste henvendelsesårsakene blant pasientene som gikk før konsultasjon (tabell 1).

Av de 80 pasientene som gikk før konsultasjon om natten, var det dokumentert samtale med helsepersonell og/eller gjort

forundersøkelser utover triageringen hos 49 (61 prosent). To pasienter (3 prosent) gikk hjem etter råd fra sykepleier, mens hos 29 pasienter (36 prosent) var det ikke dokumentert kontakt med helsepersonell etter triageringen før de forlot legevakten. Psykisk lidelse og magesmerter var de hyppigste kontaktårsakene blant de 29 personene som det ikke var dokumentert kontakt med (tabell 1). Fem av personene kom tilbake neste dag.

Antallet pasienter med gul hastegrad som gikk før konsultasjon, varierte fra null til ti per natt. Flest pasienter gikk for konsultasjon tidlig i uken, spesielt natt til tirsdager (figur 2).

OBSERVASJON PÅ VENTEROMMET

Jeg satt på venterommet fire hverdagsnetter. Nettene var svært forskjellige, men jevnt over var pasientene meget

Figur 1. Informasjonskort

Side 1

KORT FORKLART
Her finner du en beskrivelse av forløpet i besøket ditt på Legevakten. Kortet skal du ta med deg og vil hjelpe deg til å ha oversikt over hva som skal skje med deg som pasient og ventetiden din.

1. Mottak og registrering

Navn og klokkeslett registreres

2. Vurdering hos sykepleier
3. Din prioritert etter vurdering hos sykepleier

RØD ORANSJE GUL GRØNN BLÅ

Din prioriterting: Snu kortet for å lese mer

4. Vente i angitt venterom
5. Eventuelle forberedelser til legekonsultasjonen, for eksempel EKG, blodprøve eller urinprøve
6. Konsultasjon hos lege
7. Vis dette kortet ved betaling i kassen

Sum å betale.....

LEGEVAKTEN Side 2

KORT FORKLART
Legevakten tilbyr hjelp til deg som opplever nylig oppstått sykdom, skade eller krise. Vi må prioritere de mest akutte tilfellene først. Alle skal få best mulig profesjonell hjelp, men ventetiden din vil variere ut fra hvilken prioritert du får, og vil si noe om hvor raskt du trenger legeundersøkelse og behandling. Her ser du hva prioritertene betyr:

RØD: Livstruende
Denne prioritertingen gjelder deg som trenger legehjelp umiddelbart.
 Ingen ventetid

ORANSJE: Haster veldig
Denne prioritertingen gjelder deg som kan være alvorlig syk, men utenfor livsfare.
 Målet er at du tilses av helsehjelp og lege raskt.

GUL: Haster, men ikke livstruende
Denne prioritertingen gjelder deg som er akutt syk, men som ikke nødvendigvis er alvorlig.
 Målet er at du tilses av helsepersonell så snart de er ledige. Før legetilsyn kan du eventuelt bli tatt inn for å få utført prøver og undersøkelser.

GRØNN: Vanlig prioritert
Denne prioritertingen gjelder deg som er syk, men som ikke trenger hjelp umiddelbart.
 Du tilses av helsepersonell så snart vi har kapasitet.

BLÅ: Haster ikke
Kan få råd fra sykepleier og reise hjem.

VENTETID
Det er viktig å si fra til helsepersonell hvis din tilstand forverres i ventetiden.

tålmodige. Informasjonskortet (figur 1) ble nøye gransket av pasientene mens de ventet. Stemningen på venterommet var rolig så lenge det ble tatt inn pasienter jevnlig.

Det var ikke mulig å følge med på hva som skjedde inne i avdelingen. Den ene natten hadde en pasient rasert et pasientrom og blitt fulgt ut av vaktene, men opptrinnet var verken synlig eller hørbart på venterommet. Det var heller ikke mulig å oppfatte hvor mange ambulanser eller politipatruljer som kom inn. Forholdene på stedet gjør at pasientene ikke vet hvor mange pasienter som er inne i avdelingen til enhver tid.

Kun en til to ganger i løpet av de fire nettene var sykepleierne ute på venterommet og informerte pasientene i ple-num. Hvor mange ganger de snakket med hver enkelt pasient, oppfattet jeg ikke. Da en av sykepleierne spurte om det

var noen som hadde spørsmål, henvendte flere pasienter seg til henne. Etterpå var det rolig stemning på venterommet.

Det ble mer uro og mange spørsmål hvis det var gråtende barn på venterommet. Høylytte og pratsomme pårørende gjorde også at andre pasienter ble mer urolige og var inne på avdelingen og spurte mer. Mange pasienter og pårørende diskuterte tidligere erfaringer fra legevakten.

HVA KAN GJØRES?

Det er urovekkende at hos en tredjedel av pasientene som forlot legevakten, var det ikke dokumentert om de hadde snakket med noen etter triage.

Noen av pasientene har kanskje snakket med helsepersonell, men det er ikke dokumentert. Selv om andre studier har vist at en del pasienter går fordi de har blitt bedre (7, 8), er det tvilsomt om alle de 29 personene i min studie ble bedre.

Sykepleierne bør etterstrebe å få snakket med alle pasientene før de eventuelt går. I min studie gikk kun to pasienter hjem etter rådføring med sykepleier – det er overraskende få. Det kan være at det er flere med grønn hastegrad som går hjem med råd fra sykepleier, og at de med gul hastegrad har et såpass uavklart symptombilde at det er vanskelig for sykepleierne å sende dem hjem.

Å få ned ventetiden er en viktig faktor for å unngå at pasienter går før konsultasjon (4).

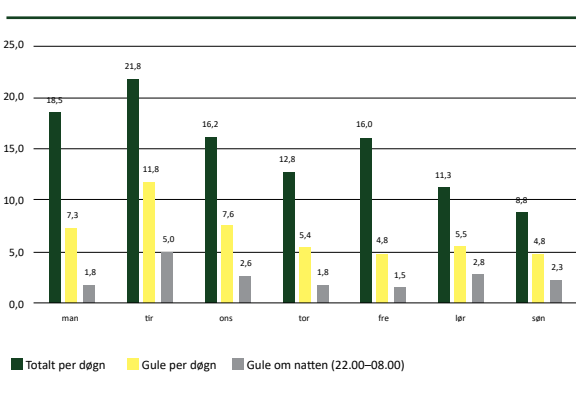
Pasientenes ønske om konsultasjon rett etter ankomst er imidlertid vanskelig å innfri. Det ville krevd langt flere leger og sykepleiere enn det er realistisk å ha. Selv om Legevakten i Oslo har økt både antallet leger og sykepleiere i klinisk arbeid, også på nattetid, har antallet pasienter som går før konsultasjon, fortsatt å øke (1).

«Fast track»-avdelinger (avdelinger med hurtigforløp) kan avlaste mottak ved å hjelpe pasienter som kommer gående på egen hånd, og dermed redusere køer og ventetid (6, 11, 12). Samtidig får da ofte pasienter med bagatellmessige plager komme fortere inn til konsultasjon enn pasienter med høyere hastegrad og mer komplekse problemstillinger. Det at pasienter som kan oppfattes som mindre syke, kommer foran i køen, kan oppleves som urettferdig. Samtidig ser det ut til at «fast track»-avdelinger gjør at ventetiden blir kortere for flertallet av pasientene, og ikke bare de som behandles på «fast track» (11, 12).

Diagnostiske undersøkelser og behandling igangsatt av triagesykepleier, eventuelt bruk av lege i triage, kan forebygge at pasienter går før konsultasjon (6). Pasientene i Johnson og medarbeideres spørreundersøkelse fra USA ønsket seg mer informasjon samt laboratorietester, røntgen og smertestillende i ventetiden og oppga at slike tiltak kanskje ville medført at de hadde ventet lenger (8).

Legevakten i Oslo har gjeninnført at sykepleierne kan gi enkel lindrende behandling (som paracetamol og ibuprofen mot smerte og cetirizin mot kløe) i mottak og på venterommet. En del pasienter blir bedre og går da ofte hjem etter å ha rådført seg med sykepleier. I det siste året har sykepleierne i større grad gjort forundersøkelser i ventetiden, som å observere vitalparametre som ikke har blitt målt i triage, samt urinprøver

Figur 2. Gått før konsultasjon per ukedag (gjennomsnitt antall pasienter)



Tabell 1. Henvendelsesårsak

Flytskjema	Gikk før konsultasjon n	Gikk uten kontakt med helsepersonell etter triageringen n
Psykisk lidelse	14	8
Magesmerter hos voksne	11	6
Illebefinnende (voksen)	8	4
Kortpustethet hos voksne	7	1
Øyeproblemer	5	2
Hodepine	4	1
Ryggsmerter	4	
Sår hals	4	2
Tilsynelatende beruset	4	
Brystmerter	3	
Hjertebank	3	1
Øreproblemer	3	1
Bekymrede foreldre/omsorgspersoner	2	
Graviditet	2	1
Allergi	1	
Ansiktsproblemer unntatt neseblødning	1	1
Dårlig voksen	1	1
Kramper	1	
Overdose og forgiftning	1	
Utslett	1	
Totalt	80	29

FAKTA

Hva er «fast track»?

«Fast track» kan defineres som den raskeste ruten til et mål. Det finnes standardiserte pasientforløp for pasienter med visse forhåndsdefinerte problemstillinger, ofte uavhengig av triageringsgrad, slik at oppholdstiden i akuttmottaket skal være så kort som mulig. Et slikt standardisert, raskt pasientforløp betegnes ofte som «fast track».

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening

og blodprøver bestemt ut fra hastegrad og kontaktårsak.

Det viktigste pasientene etterlyser, er informasjon (4, 7, 8). Pasientene vil gjerne ha informasjon om ventetid, hvor de er i køen, og om hva som skjer. Forholdene pasientene etterspør, er erfaringsmessig meget vanskelig å forutse og dermed vanskelig å gi informasjon om.

At pasientene på venterommet ikke kan se hvor mange andre pasienter som kommer inn med ambulanse og politi, gjør at de i perioder opplever at ingenting skjer. Informasjon bør prioriteres, som mange av de andre oppgavene sykepleierne skal utføre. Vanskeligheter med å kunne gi nok informasjon er ofte et spørsmål om prioritering av knappe ressurser. Informasjonskortet som blir utdelt i mottaket, og informasjonen på skjermene på venterommet er til nytte, men erfaringsmessig ikke nok. Sykepleierne kunne med fordel vært oftere på venterommet og informert om at det har kommet flere pasienter inn på avdelingen. Sykepleierne vet hva som skjer der inne på avdelingen, men det gjør ikke pasientene.

Lee og medarbeidere fant at pasientene begynte å bli

uroelige etter at det hadde gått cirka en time (8). På denne bakgrunn burde sykepleierne, generelt sett, informere pasienter på venterommet hver time, samt prøve å informere hver pasient om hvor de befinner seg i køen. En ressurs- og bemanningssituasjon som tillot at en sykepleier kunne konsentrert seg bare om venterommet, ville vært til stor hjelp.

Barn som gråter, skaper uro på venterommet. Sykepleierne kan redusere uroen ved å plassere barnet et annet sted og eventuelt gi smertestillende.

Det kan være hensiktsmessig å prioritere barn til konsultasjon, selv om de har lav hastegrad.

I tråd med mine funn fant Lee og medarbeidere i sin studie fra Melbourne, Australia, at den største gruppen av pasientene som gikk før konsultasjon, hadde psykiske plager (7). I Melbourne ble pasientene med psykiske plager hjulpet bedre ved at akuttmottaket inngikk et samarbeid med den lokale psykiatriske avdelingen. Den psykiatriske avdelingen fikk daglig en liste over pasientene som hadde gått før konsultasjon, og tok kontakt per telefon med pasienter som var kjent for

ANNONSE

Foto: Maria Travani



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser er et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.

Kontonummer: **5005 06 36728**
Vipps til **2177**

Merk innbetalingen med navn på jubilar/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



personalet på avdelingen (7). Man kunne tenke seg et liknende samarbeid mellom Legevakten i Oslo og byens distriktspsykiatriske sentre.

Den største svakheten ved min studie er at funnene kun er basert på observasjoner i én måned. Det kan være forskjell på månedene gjennom året på grunn av sesongvariasjoner, høytider og spesielle arrangementer, og det er mulig resultatet hadde vært annerledes om jeg hadde registrert data for et helt år. Videre så jeg kun grundig på pasienter med gul hastegrad om natten, noe som begrenser sammenliknbarheten med andre studier.

KONKLUSJON

De fleste pasientene som går før konsultasjon, er yngre pasienter som har fått lav hastegrad. Jevnt over er pasientene på venterommet meget tålmodige. Bedre informasjon og lindrende tiltak letter ventetiden, og sykepleierne bør prøve å informere helst hver time. Informasjon til distriktspsykiatriske sentre om pasienter med psykisk lidelse som har gått før konsultasjon, kunne ført til bedre ivaretagelse av denne pasientgruppen.

Artikkelen er basert på min fordypningsoppgave for videreutdanning innen legevaktsykepleie ved Haraldsplass diakonale høyskole (10). Takk til Elisabeth Holm Hansen, som veiledet oppgaven, og til Odd Martin Vallerensnes, som bidro i omarbeidingen fra oppgave til artikkel. ●

REFERANSER

- Ørstavik J. Klarer vi å tilpasse oss? Endringer i allmennlegevaktens oppgaver og ressurser 2008–2012. (Masteroppgave.) Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse og helseøkonomi; 2013.
- Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage. 2. utg. Oxford UK: Blackwell Publishing; 2006.
- Manchester Triage Group. Akuttmedisinsk triage. Manual. Oslo: Unipub; 2011.
- Mohsin M, Forero R, Ieraci S, Bauman AE, Young L, Santiano N. A population follow-up study of patients who left an emergency department without being seen by a medical officer. *Emerg Med J*. 2007 mars;24(3):175–9.
- Fayyaz J, Khurshheed M, Mir MU, Mehmood A. Missing the boat: odds for the patients who leave ED without being seen. *BMC Emerg Med*. 2013 januar;13:1.
- Clarey AJ, Cooke MW. Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis. *Emerg Med J*. 2012 august;29(8):617–21.
- Lee G, Endacott R, Flett K, Bushnell R. Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: a follow up survey. *Accid Emerg Nurs*. 2006 januar;14(1):56–62.
- Johnson M, Myers S, Wineholt J, Pollack M, Kusmiesz AL. Patients who leave the emergency department without being seen. *J Emerg Nurs*. 2009 april;35(2):105–8.
- Danielsen K, Holmboe O. Brukerfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vakttårn-legevaktene. Institusjonsvise resultater. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. PasOpp rapport nr. 2–2012.
- Skogly M. Venterommet – et observasjonssted? (Fordypningsoppgave i legevaktsykepleie.) Bergen: Haraldsplass diakonale høyskole; 2014.
- Darrab AA, Fan J, Fernandes CM, Zimmerman R, Smith R, Worster A, et al. How does fast track affect quality of care in the emergency department? *Eur J Emerg Med*. 2006 februar;13(1):32–5.
- Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, Drennan J, Rajah J. The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emerg Med*. 2009 juni;9:11.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



www.medica.de

Leading International Trade Fair

DÜSSELDORF, GERMANY
18–21 NOVEMBER 2019

Member of  MEDICAlliance

WORLD FORUM FOR MEDICINE

MEDICA 2019 – Always a heartbeat ahead!



Norsk-Tysk Handelskammer
Drammensveien 111 B _ N-0273 Oslo
Susanne Hawkins
Tel. +47 22 12 82 31
hawkins@handelskammer.no _ www.handelskammer.no


Messe
Düsseldorf

HOVEDBUDSKAP

Pasienter med den kroniske sykdommen hydrocephalus (vannhode) har behov for helhetlig og tverrfaglig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus.

Tre sykepleiere ved nevrokirurgisk voksenpost på Rikshospitalet tok i 2013 initiativ til å opprette en sykepleierdrevet poliklinikk for å gjennomføre denne oppfølgingen.

NØKKELORD:

- Brukermedvirkning ► Kommunikasjon
- Hydrocefalus

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75409

Sykepleierdrevet poliklinikk betyr mye for pasienter med hydrocephalus

Mange pasienter med hydrocephalus lever med konstant frykt for komplikasjoner som sykdommen kan medføre. Sykepleierdrevet poliklinisk oppfølging av disse pasientene bidrar til at de føler seg tryggere.

Denne fagartikkelen har som formål å beskrive hensikt og fremgangsmåte da vi utarbeidet en sykepleierdrevet poliklinikk for pasienter med hydrocephalus ved Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet. I tillegg gir artikkelen et innblikk i hva tilbudet kan bety for pasienten. Pasienter med hydrocephalus utgjør en stor andel av pasientgruppen ved nevrokirurgiske avdelinger, men sykdommen er relativt lite kjent blant folk flest og i andre deler av helsevesenet.

HVA ER HYDROCEPHALUS?

Hydrocephalus er en sykdom der det foreligger unormal hjernevæskesirkulasjon. Sykdommen kan være medfødt eller oppstå som følge av andre lidelser som for eksempel hjernesvulster, hjernecyster eller hjerneblødning. Vanligste behandling er innleggelse av en shunt som drenerer hjernevæsken fra hjernen til bukhulen (1). På de fleste shuntene er det en ventil som justerer hvor mye hjernevæske som dreneres. Motstanden på ventilen kan justeres med en utvendig magnet.

Mange med hydrocephalus lever et liv uten begrensninger og merker lite eller ingenting til sykdommen. Hos andre kan det være vanskelig å skape optimal drenering, og

FORFATTERE


Katrin Lindeflaten
Universitetslektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet



Merete Halvorsen
Sykepleier, Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet



Camilla Sæthre Edekleiv
Sykepleier, Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

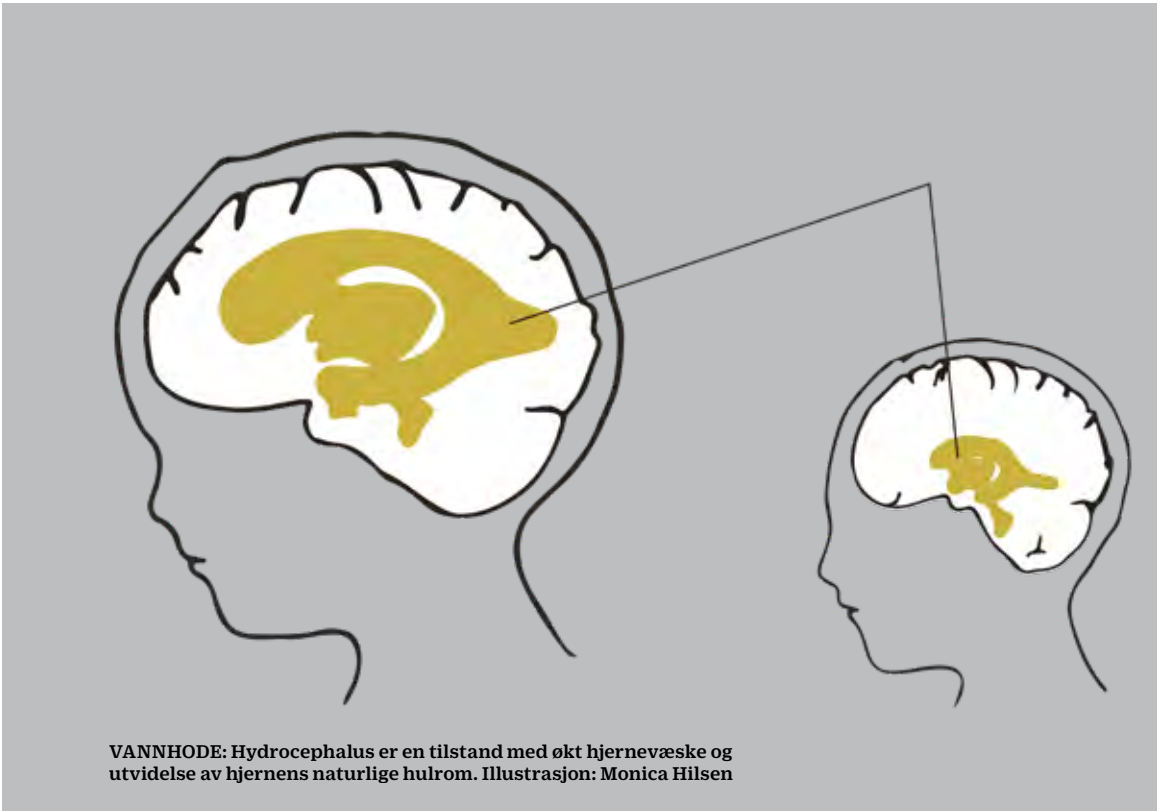
en del blir dessverre ikke symptomfrie med behandlingen som finnes i dag. For dem handler hydrocephalus om å leve med en kronisk og usynlig sykdom. Vanlige plager er hodesmerter, trøtthet og kognitive utfordringer (1–4). For mange skaper det utfordringer for skolegang, arbeidsliv og sosialt liv.

Det vil alltid være en risiko for at shuntten slutter å fungere, og for noen kan det være livstruende (1). En del lever derfor med frykt for fatale konsekvenser i form av

funksjonstap, og i verste fall død, dersom de ikke får rett behandling til rett tid. Mange har behov for livslang oppfølging fra helsevesenet. Flere må gjennomgå gjentatte kirurgiske inngrep enten på grunn av komplikasjoner som svikt i shuntsystemet, infeksjoner, over- eller underdrenering av hjernevæske (4–5).

STARTET KLINIKK

I 2013 tok forfatterne av artikkelen initiativ til og startet opp et sykepleierdrevet poliklinisk tilbud til pasienter med hydrocephalus. Engasjementet for pasientgruppen og ideen til poliklinikken oppsto som følge av at alle tre var involvert i oppfølgingen av én pasient med



VANNHODE: Hydrocephalus er en tilstand med økt hjernevæske og utvidelse av hjernens naturlige hulrom. Illustrasjon: Monica Hilsen

hydrocephalus under innleggelse ved nevrokirurgisk avdeling. Pasienten fortalte om sine opplevelser knyttet til å ikke bli tatt på alvor i helsevesenet og hvordan det hadde påvirket livet i stor grad.

Vi valgte å følge opp pasienten tett for å bedre den helhetlige oppfølgingen etter utskrivelse. Oppfølgingen var komplisert å koordinere for oss som sykepleiere i turnus. Samtidig opplevde pasienten det nyttig å få hjelp og støtte også etter utskrivelse. I ettertid fortalte pasienten at oppfølgingen følte som endelig å bli tatt på alvor.

Pasientens beskrivelse av tidligere opplevelser med helsepersonell og takknemlighet for å bli tatt på alvor, berørte oss som mennesker. Vi ble nysgjerrige på hvordan denne pasientgruppen som helhet opplevde sin oppfølging før, under og etter utskrivelse fra vår avdeling. Vi forsto etter hvert at det var mange pasienter med hydrocephalus som hadde behov for tettere og mer helhetlig oppfølging. Dette førte til starten på det som i dag er Hydrocephaluspoliklinikken ved nevrokirurgisk voksenpost på Rikshospitalet.

HELT KLART ET BEHOV

Høsten 2013 startet vi med å ringe pasienter med hydrocephalus postoperativt for å høre hvordan det gikk med dem etter siste innleggelse og spørre om de ønsket poliklinisk oppfølging fra sykepleier. I tillegg sendte vi

ut brev med tilbud om oppfølging til pasienter som hadde vært innlagt i løpet av året. Pasientene uttrykte at de ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for i primærhelsetjenesten eller ved lokalsykehusene, fordi helsepersonellet ikke hadde den kompetansen de søkte etter. Behovet for å gi pasientene tettere og mer helhetlig oppfølging ved nevrokirurgisk avdeling, der kompetansen på diagnosen er høyere, ble tydelig for oss.

«Mange med hydrocephalus lever et liv uten begrensninger og merker lite eller ingenting til sykdommen.»

Avdelingsledelsen var positiv til vårt initiativ og tilrettela for arbeidet med utviklingen fra første stund. I tillegg fikk vi som sykepleiere grundig undervisning av daværende seksjonsoverlege dr. med. Wilhelm Sorteberg før oppstart.

TOK I BRUK MODELL

For å kunne ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, tok vi i bruk modell for kunnskapsbasert praksis (6). Modellen ga oss struktur i arbeidet med å utarbeide tilbudet til pasientene på en måte som gjorde at flere sider av det å være pasient med hydrocephalus ble belyst, og vi som sykepleiere kunne

FAKTA

Nettkurs

Helse Sør-Øst tilbyr et e-læringskurs om hydrocephalus. Kurset skal gi økt forståelse for:

- hva som skjer i hjernen ved hydrocephalus og årsaker til at hydrocephalus oppstår
- vanlige symptomer ved hydrocephalus og ved over- og underdrenasje av hjernevæske
- vanlig behandlingsforløp og komplikasjoner som kan oppstå underveis
- prognose og utfordringer relatert til å leve med sykdommen

Kilde: Helse Sør-Øst



forsøke å danne et tilbud som imøtekom dette.

Vår forskningskunnskap (2–5) ga oss innsikt i at hydrocephalus er en komplisert sykdom som foreløpig ikke har en optimal behandlingsform for alle pasienter. Det kan for noen medføre vedvarende plager livet ut. Vår erfaring var at flere pasienter måtte gjennomgå mange inngrep, og at vi ofte møtte de samme pasientene innlagt for samme behandling flere ganger.

LÆRER AV PASIENTENE

Pasientene med hydrocephalus delte mye kunnskap med oss. De kunne fortelle om gode og mindre gode opplevelser i helsevesenet, manglende kunnskap omkring sykdommen, og ikke minst kunne de fortelle oss om hvordan hverdagen som kronisk syk er. Denne kunnskapen vil vi trekke frem som svært viktig i utarbeidelsen av Hydrocephaluspoliklinikken.

Bruerkunnskapen må, slik vi ser det, være kjernen i tilbud som skal imøtekomme pasientens behov. Derfor videreutviklet vi tilbudet i tett dialog med pasientene. Etter et år i drift utarbeidet vi en spørreundersøkelse som ble sendt ut til pasientene som hadde fått oppfølging fra poliklinikken. Svaret på spørreundersøkelsen ble benyttet til å utvikle kvaliteten på tilbudet.

EMPOWERMENT I PRAKSIS

Tilbudet ved poliklinikken er utarbeidet i samsvar med empowerment-ideologien og bygger på prinsippene om anerkjennelse av pasientens kompetanse, brukermedvirkning og maktfordeling mellom pasient og helsepersonell (7). Empowerment på individnivå kan beskrives som en prosess der personer oppnår økt kontroll over eget liv og helse (7–9). En viktig del av yrkesutøvelsen til sykepleiere er nettopp å hjelpe pasienter til å oppnå kontroll og mestring (7). Denne formen for pasientbehandling samsvarer blant annet med regjeringens Nasjonale helse- og sykehusplan (10). Planen legger vekt på å styrke pasienten og å la pasienten delta aktivt i beslutninger om egen behandling (10).

For pasienter med kronisk og usynlig sykdom viser forskning at anerkjennelse av egen kompetanse og medvirkning i egen behandling er spesielt viktig for å fremme mestring og livskvalitet (11–16).

TRENGER IKKE HENVISNING

Hensikten med poliklinikken er å hjelpe pasientene til å mestre og leve med sin sykdom på best mulig måte. Poliklinikken er et lavterskeltilbud der pasienter og pårørende er velkomne til å ta kontakt uten henvisning. Hydrocephaluspoliklinikken har i dag åpent to dager i uken,

og det er to sykepleiere til stede. Det er planlagt å utvide tilbudet til tre dager i uken.

Vi samarbeider med nevrokirurger og sykepleiere tilknyttet vår avdeling, fysioterapeut og sosionom. I tillegg samarbeider vi med sykehusets smerteteam og andre interne fagpersoner i Oslo universitetssykehus når det er behov for det. Dersom pasienten ønsker det, oppretter vi samarbeid med fastlege eller andre fagpersoner i primærhelsetjenesten. Som sykepleiere fungerer vi som koordinatører for den helhetlige oppfølgingen.

Vi tilbyr veiledning individuelt og i gruppe, og arrangerer også pasient- og pårørendeopplæring i form av årlige seminarer og temakvelder. Faglig ansvarlig nevrokirurg for tilbudet ved Hydrocephaluspoliklinikken er seksjonsoverlege og professor Per Kristian Eide.

HAR OVERTATT LEGEOPPGAVER

Sykepleierne ved Hydrocephaluspoliklinikken har overtatt noen legegøper knyttet til pasientgruppen. Vi utfører såkalte shuntjusteringer (justering av shuntens ventil med utvendig magnet) og har overtatt en andel postoperative kontroller. Dette frigjør ressurser blant legene og skaper større kapasitet ved nevrokirurgisk poliklinikk. Det har også vist seg at pasientgruppen som helhet har færre innlegelser i avdelingen nå sammenliknet med før opprettelsen av poliklinikken. Dette tyder på at den sykepleierdrevne poliklinikken avlastet nevrokirurgisk avdeling.

Et av målene i Nasjonal helse- og sykehusplan er å for-

«Det var mange pasienter med hydrocephalus som hadde behov for tettere og mer helhetlig oppfølging.»

nye, forenkle og forbedre helsetjenesten (10). Regjeringen vil «oppmuntre til å endre oppgavedelingen mellom helsepersonell der det kan fjerne flaskehals og skape bedre kvalitet på pasientbehandlingen» (10). Vi mener at Hydrocephaluspoliklinikken bidrar til dette i praksis.

I 2013 uttalte helseministeren at det bør satses på smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene. Dette innebar blant annet at arbeidsoppgaver som tidligere hadde vært tilknyttet én profesjon, også skulle kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre ressursutnyttelse (17). En måte å gjøre dette på er å gi sykepleiere mer selvstendige roller i poliklinikker. Erfaringer fra norske sykehus viser at dette kan bidra til å løse driftsutfordringer og økt pasienttilfredshet (18, 19).

Pasientene som følges opp ved Hydrocephaluspoliklinikken kan ta direkte kontakt med sykepleier per telefon.

Studier viser at telefonisk veiledning bidrar til helsefremmende atferd hos pasienter og økt opplevelse av mestring (20, 21).

ETTERLENGTET TILBUD

Tilbudet ved poliklinikken ser ut til å ha vært etterlenget blant pasientene. I 2013 startet vi med rundt 20 pasienter som ønsket oppfølging fra poliklinikken. Ved inngangen til 2018 var det cirka 300 pasienter tilknyttet poliklinikken. Det varierer hvor ofte pasientene får oppfølging. De fleste har behov for tett oppfølging i perioder for eksempel før eller etter innleggelse i avdelingen, eller i perioder med mye smerter eller andre utfordringer i livet. Det er pasientene selv som bestemmer graden av oppfølging.

Pasienter med hydrocephalus kan på mange måter sammenliknes med andre pasienter med kronisk sykdom eller kroniske smerter. Likevel skiller gruppen seg ut på noen områder. For det første lever mange med konstant frykt for svikt

«Hensikten med poliklinikken er å hjelpe pasientene til å mestre sin sykdom.»

i shuntsystemet og de alvorlige konsekvensene det kan medføre. Svikt i shuntsystemet fører dessuten ofte til hyppige reoperasjoner. Hvert inngrep i hjernen er risikofylt i seg selv, et lite feiltrinn kan få fatale konsekvenser for pasientens funksjon og liv. For det andre er kunnskapen om sykdommen i samfunnet lav, noe som i seg selv skaper utfordringer for pasientene.

KURS PÅ NETT

Våre erfaringer tilsier at den lave kunnskapen om sykdommen generelt i samfunnet kan føre til fordomsfulle holdninger ovenfor pasienten, spesielt med tanke på at de har «problemer i hjernen.» En del pasienter har fortalt om utfordringer knyttet til at de blir oppfattet som psykisk syke eller at de har nedsatt intelligens, fordi de har en lidelse i hjernen. Vi ser et behov for å øke kunnskapen om sykdommen i helsevesenet og på samfunnsnivå. Vi har derfor utarbeidet et e-læringskurs om hydrocephalus. Målgruppen er pasienter og deres pårørende, samt helsepersonell i både spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det kan også være relevant for ansatte i undervisningssektoren som møter elever med hydrocephalus. Kurset er tilgjengelig på helsenorge.no

SKAPER TRYGGHET

Våre erfaringer med å utarbeide og drive en sykepleierdrevet poliklinikk har vært positive. Vi opplever at pasientene blir tettere fulgt opp og at de uttrykker økt tillit og større trygghet rundt sin diagnose og behandling. I starten kunne det være utfordrende å samarbeide tverrprofesjonelt da poliklinikken ikke var et kjent tilbud i avdelingen og ansvarsfordelingen derfor var noe diffus. Samarbeidet har blitt svært bra, og alle profesjoner drar nytte

av hverandre gjennom tett samarbeid til pasientens beste. Tilbakemeldingene fra pasientene bekrefter våre opplevelser. Pasientene beskriver det som positivt med en direkte linje inn i spesialisthelsetjenesten. Flere opplever at det skaper trygghet med sykepleiere på Hydrocephaluspoliklinikken som opprettholder kontinuitet i behandlingen, og som har kunnskap om sykdom og behandling rundt en avansert og lite kjent sykdom.

Slik vi ser det er en viktig medvirkende årsak til at dette arbeidet lyktes en positiv holdning hos avdelingsledelsen og involverte seksjonsoverleger. Involvering av ledere og seksjonsoverleger gir en god forankring av tilbudet i avdelingen og hos pasientene. ●

REFERANSER

1. Berg-Johnsen J. Introduksjon til nevrokirurgi. Oslo: Legeforlaget; 2012.
2. Paulsen H, Lundar T, Lindegaard KF. Twenty-year outcome in young adults with childhood hydrocephalus: assessment of surgical outcome, work participation, and health-related quality of life. *J Neurosurg Pediatr.* 2010 desember; 6(6):527–35.
3. Rekeate HL, Kranz D. Headaches in patients with shunts. *Semin Pediatr Neurol.* 2009 Mars;16(1):27–30.
4. Vinchon M, Baroncini M, Delestret I. Adult outcome of pediatric hydrocephalus. *Childs Nerv Syst.* 2012;28(6):847–54.
5. Simon TD, Lamb S, Murphy NA, Horn B, Walker ML, Clark EB. Who will care for me next? Transitioning to adulthood with hydrocephalus. *Pediatrics.* 2009 Nov;124(5):1431–7.
6. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis. Oslo: Helsebiblioteket; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> (nedlastet 10.08.2018)
7. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
8. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
9. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.* 1991 mars;16(3):354–61.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og sykehusplan – i korte trekk [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 11/2015 [siteret 03.05.18]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/lbc33e0b23ef4e968d7fd90eb1f91d1/no/pdfs/nhsp-kortversjon.pdf>
11. Lind AB, Risoer MB, Nielsen K, Delmar C, Christensen MB, Lornborg K. Longing for existential recognition: A qualitative study of everyday concerns for people with somatoform disorders. *J Psychosom Res.* 2014 februar; 76(2):99–104.
12. Skuladottir H, Halldorsdottir S. Women in chronic pain: Sense of control and encounters with health professionals. *Qual Health Res.* 2008 juli; 18(7):891–901.
13. Werner A, Steihaug S, Malterud K. Encountering the continuing challenges for women with chronic pain: recovery through recognition. *Qual Health Res.* 2003 april; 13(4):491–509.
14. Werner A, Malterud K. «The pain isn't as disabling as it used to be»: How can the patient experience empowerment instead of vulnerability in the consultation? *Scand J Public Health.* 2005 november; 66(5):41–6.
15. Zangi HA, Hauge MI, Steen E, Finset A, Hagen KB. «I am not only a disease, I am so much more». Patients with rheumatic diseases' experiences of an emotion-focused group intervention. *Patient Educ Couns.* 2011 desember; 85(3):419–24.
16. Tveiten S, Haukeland M, Onstad RF. The patient's voice-empowerment in a psychiatric context. *Vård i Norden.* 2011; 3:20–4.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Ti nye grep for bedre sykehus [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 30.01.2013; siteret 03.05.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ti-nye-grep-for-bedre-sykehus/id71301/>
18. Alvestad L. Sykdomsspesifikk livskvalitet hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. En klinisk kvalitetsstudie om poliklinisk organisering av kontrolltilbud. (Masteroppgave.) Universitetet i Tromsø; 2012. Tilgjengelig fra <https://munin.uit.no/handle/10037/5552> (nedlastet 03.05.2018).
19. Varsi C. Nye roller i en poliklinikk – fra legens assistent til selvstendig utøver av sykepleie. *Sykepleien.* 2005 februar; 93(3):56–7.
20. Dennis SM, Harris M, Lloyd J, Powell Davies G, Faruqi N, Zwar N. Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Aust Health Rev.* 2013 juni; 37(3):381–8.
21. Iles R, Taylor NF, Davidson M, O'Halloran P. Telephone coaching can increase activity levels for people with non-chronic low back pain: a randomized trial. *J Physiother.* 2011;57(4):231–8.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



MASKE-BAG: Luftveishåndtering redder liv, men det er grunnleggende at førstehjelperne er trygge på arbeidet sitt og yter effektiv livreddende førstehjelp når minuttene teller. Illustrasjonsfoto: Dag M. Søyland / Lærdal Medical

FORFATTERE

Anja Vasset

Anestesisykepleier og ambulansesarbeider,
Helse Møre og Romsdal

Sven Inge Molnes

Førstelektor, Institutt for helsevitenskap,
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet, Ålesund

Frøydis Vasset

Førsteamanuensis, Norges teknisk-
naturvitenskapelige universitet, Ålesund

NØKKELORD

- ▶ Prehospital
- ▶ Luftveishåndtering
- ▶ Barn
- ▶ Kompetanse
- ▶ Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.75947

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forskning på prehospitalt arbeid gir et signal om at luftveishåndtering av barn ikke er entydig og enkelt. Det er ulik kompetanse på området prehospitalt, og i de nordiske landene er det ulik kompetanse blant prehospitalt helsepersonell.

Hensikt: Å få utvidet kunnskap om prehospitalt helsepersonells opplevelser av tjenestens fag- og samhandlingskompetanse når det gjelder luftveishåndtering av barn.

Metode: Vi benyttet et kvalitativt design og gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer med fem, sju og åtte informanter. De representerte åtte ulike ambulansestasjoner og legesentre i Midt-Norge. Vi brukte en induktiv tilnærming i analysen.

Resultat: Studien viser usikkerhet generelt når det gjelder luftveishåndtering av barn, spesielt i akutte og kritiske situasjoner. Informantene var også usikre på hvordan de skulle bruke medisinsk utstyr som maske-bag. Informantene erfarte at de hadde lite vedlikeholdstrening og mangelfull opplæring i prosedyrer og samarbeid.

Konklusjon: Studien tyder på at det kan være behov for et kompetanseløft for å optimalisere prehospital behandling til barn med akutte og kritiske pusteproblemer. Informantene etterlyste mengdetrening, hospitering og simulering for å vedlikeholde både fag- og samhandlingskompetansen.

Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn

Informantene i studien var spesielt utrygge i akutte og kritiske situasjoner og usikre på hvordan de skulle bruke medisinsk utstyr som maske-bag.

Ufrie luftveier kan være en av hovedårsakene til dødsfall hos barn (1), men også akutt sykdom kan føre til luftveisproblemer (2). Derfor er det viktig at prehospitalt helsepersonell mestrer teknikker for å frigjøre luftveier hos pasienter (2–4). Prehospitalt helsepersonell kan være paramedics, sykepleiere, ambulansesarbeidere eller leger.

Hos barn er epiglottis (strupelokket) spissere og larynks (strupehodet) høytliggende, og dimensjonene er mindre enn hos voksne, men teknikkene er i hovedsak de samme (4). Det er flere faktorer som kan være med på å hindre uønskede hendelser hos barn, og en av disse er økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell.

Tverrprofesjonell samhandling

Prehospitalt helsepersonell har en enestående mulighet til å hindre uønskede hendelser ved å trene på alvorlig sykdom med enkle og livreddende tiltak i den akutte fasen. For å utføre livreddende tiltak og hindre utvikling av alvorlig sykdom eller komplikasjoner må anestesipersonell, ambulansespersonell og leger arbeide faglig forsvarlig og ha tilstrekkelig fag- og samhandlingskompetanse (5).

Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse er nødvendig for å få til en effektiv behandling av pasienten, og for å oppnå en bred kompetanseplattform (6–8). Det er dermed en forutsetning at helsepersonell innehar den kompetansen som trengs, kjenner til påkrevde tiltak og nødvendig utstyr som kan brukes i akutsituasjoner.

Prehospitalt arbeid i distriktene

I Melding til Stortinget nr. 13 (6) kommer

det tydelig frem at det er et økende behov for ulik kompetanse i helsesektoren, og at det er cirka 30 prosent ufaglærte arbeidstakere i kommunehelsetjenesten. Det kommer ikke tydelig frem hvilke sektorer som er representert, og hvorvidt denne meldingens innhold kan utgjøre en risiko for kvaliteten på det prehospitalt arbeid. Men det kan være nødvendig å styrke kompetansen i det prehospitalt arbeid, og da spesielt ute i distriktene.

I NOU 2015:17 (9) kommer det frem at mangel på kvalifisert helsepersonell i ut-

«Det kan være nødvendig å styrke kompetansen i det prehospitalt arbeid, og da spesielt ute i distriktene.»

kantkommuner kan bli utfordrende for å håndtere sykdommer og skader utenfor sykehus. I rapporten Kompetansebehov i ambulansesfag (10) presiseres det at det vil være behov for helsepersonell med kompetanse på ulike nivåer, og at det er behov for økt kompetanse i ambulansetjenesten nå og i fremtiden.

Krav til mestring

Ulik forskning bekrefter at hver enkelt arbeidstaker må vedlikeholde ferdighetene i basal luftveishåndtering av barn og ha kjennskap til nødvendig medisinsk utstyr som maske-bag, medisin og intubering (1, 3–4). Akuttmedisinsk helsepersonell bør mestre basal luftveishåndtering og trene på prosedyrene (4, 11).

Det foreligger ingen dokumentasjon som tilsier at intubering er et livreddende tiltak prehospitalt, men det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon på at basal luftveishåndtering redder liv (11). Det er grunnleggende at førstehjelpere er trygge på arbeidet sitt og yter effektiv livreddende førstehjelp når minuttene teller (3). Det støttes av Goldmann og Ferson (12), som presiserer at basal luftveishåndtering kommer i første rekke i behandlingen og krever vedlikeholdstrening.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å få utvidet kunnskap om prehospitalt helsepersonells innsikt i arbeidsplassens fag- og samhandlingskompetanse når det gjelder luftveishåndtering av barn.

Forskningsspørsmålet var som følger:

«Hvilke erfaringer har prehospitalt helsepersonell med fag- og samhandlingskompetanse i akutt luftveishåndtering av barn ute i distriktene?»

METODE

Design

I denne studien har vi anvendt et kvalitativt design. Kvalitativt design egner seg godt til å utforske erfaringer og meninger (13). Vi benyttet fokusgrupper for å få frem ulike erfaringer, og for å få en bredere forståelse av temaet fra de ulike profesjonene ute i ambulansetjenesten.

Utvalg

Ansatte på Klinikk for prehospitaltjenester og en kommunal legevakt i et distrikt i Midt-Norge ble forespurt om å delta i studien. Vi trakk ut et tilfeldig utvalg av ambulansestasjoner

og legesentre. Informasjonsskriv ble sendt til ledere ved tolv tilfeldige ambulansestasjoner, tre legesentre og Norsk Luftambulansse.

Sju ambulansestasjoner med stor geografisk spredning og ett legesenter ble med i studien. I alt 25 informanter takket ja til å være med i studien, men bare 20 stilte til intervju. Informantene var tverrprofesjonelle, mellom 21 og 49 år, og hadde 2 til 24 års yrkeserfaring. Inklusjonskriterier var at informantene arbeidet innenfor prehospitaltjenester. Tabell 1 viser hvor mange informanter som er inkludert innenfor de ulike profesjonene.

Datainnsamling

Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer våren 2017, med fem, sju og åtte informanter. Vi samlet inn samtykkeerklæring og kartla deltakernes erfaring, utdanning og alder. Intervjuene ble gjennomført ved tre ulike ambulansestasjoner. Intervjuene varte mellom 30 og 50 minutter og ble avsluttet med en oppsummering.

Vi benyttet diktafon, og førsteforfatteren transkriberte intervjuene umiddelbart. Ved prosjektstutt slettet vi datamaterialet. Vi benyttet intervjuguide med følgende fire åpne spørsmål:

- For å optimalisere behandlingen av barn, hva slags kompetanse tenker dere er viktig?
- Hvordan erfarer dere det tverrprofesjonelle samarbeidet i slike situasjoner?
- Fortell om deres kjennskap til eller kompetanse i det medisinsktekniske utstyret til barn.
- Fortell om hva slags trening og øvelse dere har i luftveishåndtering av barn eller i å bruke utstyr.

Analyse

Vi brukte en induktiv tilnærming i analysen, og gjennom fortolkning og abstrahering ble funnene meningsfulle (14). Vi ble inspirert av Giorgis (15) analysestrategi for å analysere de transkriberte intervjuene. Første- og sisteforfatteren gjennomførte analysen uten å bruke dataverktøy. Analysestrategiens fire trinn ble delt opp som følger:

- **Helhetsinntrykk.** Det transkriberte materialet ble grundig lest flere ganger for å danne et helhetsinntrykk.
- **Utarbeiding av meningsbærende enheter.** Vi delte opp teksten i meningsbærende enheter, med ulike fargekoder.
- **Abstrahering og kondensering av teksten.** Denne prosessen bidro til at vi utviklet to meningsbærende enheter: a) kommunikasjon og samhandling i prehospitalt arbeid med barn, og b) prehospital fagutvikling. Deretter kondenserte vi de meningsbærende enhetene til fire underkategorier, to under hver enhet. De ble videre brukt som overskrift i resultatkapittelet.
- **Sammenfatting av tekstens betydning.** En kritisk forståelse av teksten belyste gode sitater og fikk frem essensen i intervjuene.

Forskningsetiske vurderinger

Vi gjennomførte studien i samsvar med forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning (16). Informantene ble anonymisert under transkriberingen. Alle informantene leverte informasjonsskriv og signert samtykkeskjema. Informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst, uten at de måtte begrunne det. Studien er godkjent av klinikkensjef for prehospitaltjenester og NSD (referansenummer 50416).

RESULTAT

Kommunikasjon og samhandling i prehospitalt arbeid med barn

Kommunikasjon når minuttene teller

«Å være tydelig og tenke høyt kunne være helt grunnleggende for å unngå misforståelse», sa en informant og fikk støtte fra flere informanter. De mener at kommunikasjon mellom prehospitalt helsepersonell og andre ressurser som akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), luftambulansse og legevakt er nødvendig for god pasientbehandling.

De presiserte også at helsepersonell bør være fleksible i alle akutsituasjoner med barn fordi «foreldre ofte

kommer springende ut og hiver ungen i hendene til den første de ser», som en av informantene sa. Prehospitalt personell kan dermed ikke være låst til planlagte og fordelte arbeidsoppgaver, som flere av informantene påpekte. I tillegg kom det frem at personalet bør være kreativt og avlede barn fra det mest kritiske i situasjonen.

Tverrprofesjonelt samarbeid

Informantene var enige om at et godt tverrprofesjonelt samarbeid var sentralt i arbeidet deres, men det var likevel personavhengig om dette samarbeidet fungerte bra. De beskrev at de hadde et stort hjelpeapparat i AMK, luftambulanssen, legevakten og sykehuset, selv om de ikke alltid finnes i umiddelbar nærhet.

Flere av informantene sa at de hadde gode samarbeidserfaringer. En av dem påpekte følgende: «Jeg har aldri blitt avvist ved ønske om bistand.» Denne informanten presiserte at til tross for at de har tilgang til alle samarbeidspartnere, er ambulanssepersonell avhengig av å kunne arbeide selvstendig.

Denne selvstendigheten var grunnleggende fordi vi har store geografiske avstander, og tiden kan være knapp. Dessuten kan distriktene være uten legevakt noen deler av døgnet fordi flere har interkommunale samarbeid. Når legevakt er tilgjengelig, oppleves den som en ressurs og en trygghet for ambulanssepersonellet.

Informantene understreket at legene har et større erfaringsgrunnlag med barn og dermed har bredere kompetanse til å skille frisk fra syk og ufarlige fra potensielt alvorlige hendelser.

Prehospital fagutvikling

Behov for faglig utvikling

Noen av informantene presiserte at de ikke kunne lese seg til praktiske ferdigheter når de ikke fikk øvelse, trening og dermed erfaring i ferdigheten. De sa at det var nødvendig med prosedyretrening. De supplerte med at de ønsket hospitering ved sykehus som har organisert praktisk læring. En informant sa som følger: «Jeg ønsker trening med korrekt bruk av maske-bag.»

Informantene følte at hver enkelt

Tabell 1. Profesjoner representert i utvalget

Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3
1 lege	1 paramedic	1 paramedic/sykepleier
1 paramedic	3 paramedics/sykepleiere	2 ambulansarbeidere/sykepleiere
2 ambulansarbeidere	4 ambulansarbeidere	4 ambulansarbeidere
1 ufaglært		

Tabell 2. Analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Underkategorier	Eksempel på sitat
Kommunikasjon og samhandling i prehospitalt arbeid med barn	Kommunikasjon når minuttene teller	«Å være tydelig og tenke høyt kunne være helt grunnleggende for å unngå misforståelse.»
	Tverrprofesjonell samhandling	«Jeg har aldri blitt avvist ved ønske om bistand.»
Prehospital fagutvikling	Behov for faglig utvikling	«Jeg ønsker trening på korrekt bruk av maske/bag.»
	Gjennomført fagutvikling	«Praktiske utsjekker på barn har vi ikke.»

arbeidstaker fikk for mye ansvar for egen læring. Slikt ansvar for egen læring vil føre til store individuelle forskjeller i kompetansenivå, hevdet de.

Videre påpekte de at de har krav på avsatt tid til faglig utvikling i arbeidstiden, men at det er opp til den enkelte stasjonslederen hvor mye tid som blir avsatt til faglig utvikling. En intern tiltaksbok med tydelige prosedyrer var et godt hjelpemiddel, spesielt i akutt situasjoner med barn.

Gjennomført fagutvikling

Flere av informantene var opptatte av at det ikke er noen automatikk i å få tilbakemelding etter at pasienten er overlevert til sykehus, eller at de ikke har innsyn i pasientjournalen på grunn av taushetsplikten. Informantene hevdet at ikke å få tilbakemelding kan være med på å hindre erfaringslæring og faglig utvikling.

Videre understreket flere informanter at de bør få tilbud om kurs, utdanning og andre kompetansehevede tiltak, og at flere av slike tiltak bør være obligatoriske. «Vi i ambulansen har nettkurs, som per i dag er den eneste resertifisering vi har», sa en informant. Flere av informantene var opptatte av at kurs og årlige utsjekker hadde gjort dem tryggere

og flinkere: «Still krav til oss og gjør oss bedre.»

Noen informanter presiserte at det var nødvendig med forkunnskaper for å forstå kroppens anatomi og medikamentenes virkning: «Det er ofte bare én person med medisindele-

«Personalet bør være kreativt og avlede barn fra det mest kritiske i situasjonen.»

gering på vakt i ambulansetjenesten. Mye av ansvaret blir dermed liggende på den personen.» Noen av informantene savnet en instruktør med spesialistkompetanse: «Praktiske utsjekker på barn har vi ikke.»

DISKUSJON

Håndtering av akuttsituasjoner

Flere av informantene nevnte at usikkerhet i arbeidet kan være en av årsakene til stress, noe som også støttes av Smith og Roberts (17). De hevder at stress igjen kan føre til usikkerhet. Prehospitalt helsepersonell bør være trygge i arbeidet for å oppnå stressmestring i akuttsituasjoner. Livredde foreldre og urolige barn i en

akuttsituasjon er et stressmoment for ambulanspersonell, hevder Bohnström og medarbeidere (18).

Studier om hvordan ambulanspersonell håndterer stress i akuttsituasjoner er også gjennomført av LeBlanc og medarbeidere (19), som hevder at ambulanspersonell ofte er i svært stressende situasjoner. De påpeker videre at det er nødvendig å forberede prehospitalt helsepersonell på akutte stresssituasjoner, og at tilstrekkelig kompetanse er nødvendig (19).

Rolig kommunikasjon er viktig

Informantene presiserte at tydelig, rolig, enkel og målrettet kommunikasjon, spesielt i akuttsituasjoner, var grunnleggende for å optimalisere behandlingen. Ifølge Rehn og medarbeidere (11) vil god og rolig dialog med foreldre og barn føre til bedre tilnærming og mer trygghet, og er en god investering for behandlingen. De påpeker videre at kommunikasjon kan trenes.

Det kan oppstå kommunikasjonsutfordringer med panikkslagne foreldre og redde barn, hevder O'Malley og medarbeidere (20), og at man bør repetere informasjon i en sjokkfase da den lett kan glemmes. Noen av informantene hevdet at det skaper ro og tillit å tilnærme seg barnet på en behagelig og god måte, og det kan være starten på en optimal behandlingsskjede.

Ifølge Richardsen (2) og Grønseth og Markestad (21) kan det i tillegg være betryggende om helsepersonell forklarer barnet hva som blir gjort. Barn har generelt liten evne til å beskrive ubehag eller smerter. Denne utfordringen gjør kravet til observasjon større, og observasjon er grunnleggende for å gjøre riktige prioriteringer.

Kommunikasjon med barn

Det er annerledes å kommunisere med barn enn med voksne. Helsepersonell må møte barnet på barnets nivå med enkle ord og forklaringer: rolig, forsiktig, men med direkte stemme og en avslappet

kroppsholdning som ikke signaliserer stress og angst. Det å bruke utstyret på en kreativ og lekende måte kan være med på å skape tillit, som kan gi en bedre kommunikasjon (22).

Informantene hadde flere eksempler på hva som kunne være med på å ufarliggjøre situasjonen og avlede barnet. Eksempler kunne være å bruke plastkopp fremfor maske i oksygenbehandling, blåse opp gummihansker, vise på bamse eller bruke humor og historier.

Velge ord bevisst

Levetown (23) hevder at det kan være nyttig og livreddende å velge ord og uttrykk tydelig og bevisst, og at pårørende forventer informasjon. Faggrupper har sin egen terminologi som ikke er lett å forstå for pasientene og de pårørende. Kommunikasjon må tilpasses mottakeren, og det er viktig å være tydelig i samtalen og bruke enkle ord for å unngå misforståelser.

Ifølge Aggarwal og medarbeidere (24) er cirka 70 prosent av uønskede hendelser forårsaket av svikt i kommunikasjon og samhandling. Dette gjelder både kommunikasjon med kolleger og i møte med barnet og foreldrene. LeBlanc og medarbeidere (19) legger vekt på at det vanligste tiltaket i akuttmedisin er presis kommunikasjon.

Flere av informantene var opptatte av et godt tverrprofesjonelt samarbeid, og flere ønsket mer trening. Teamtrening på tvers av yrkesprofesjoner kan skape et bedre samarbeid (25, 26).

Fag- og samhandlingskompetanse i tjenesten

Situasjonen kan virke svært skremmende for foreldre som har barn med luftveisproblemer. De forventer å bli møtt av helsepersonell med god kompetanse. Det er grunnleggende at prehospitalt helsepersonell er trygge i arbeidet og yter effektiv, livreddende hjelp når minuttene teller. Den tryggheten er i tråd med minstekravene til basal luftveishåndtering prehospitalt (3).

Det må være en forutsetning i kritiske situasjoner at helsepersonellet har tilstrekkelig fag- og

samhandlingskompetanse (4). I en NOU (9) påpekes det at virksomheter skal stille krav til ansatte som yter akuttmedisinske tjenester og gi nødvendig opplæring og trening. De skal i tillegg sørge for at det stilles krav til alle ledd i helsetjenesten.

Informantene sa at det ikke var noen automatikk i å få tilbakemelding et-

«Informantene følte at hver enkelt arbeidstaker fikk for mye ansvar for egen læring.»

ter at pasienten var overlevert til sykehus, mest på grunn av taushetsplikten. Sykehuskulturen vektlegger pasientens behandling og helse generelt. Derfor blir prehospital opplæring ikke det sentrale i sykehusarbeidet. Hvorvidt taushetsplikt er den grunnleggende årsaken, er uklart.

Informantene sa at ledelsen ikke følger opp med trening i praktiske ferdigheter, og at utsjekk på barn ikke eksisterer. Ifølge Bjerkelund og medarbeidere (4) har hver enkelt arbeidstaker ansvaret for å vedlikeholde og utføre praktisk trening i arbeidet. Informantene ga uttrykk for at de ønsket en instruktør med spesialkompetanse, og at opplæringen og treningen var organisert.

Simulering er ønskelig

I dag har noen sjekklister for utført praktisk trening, men det er individuelt om behovet for videre øvelse og kunnskap blir fulgt opp. Simulering som pedagogisk metode er et alternativ til praktisk trening, ifølge Aggarwal og medarbeidere (24). Simulering i denne konteksten er relevant siden læresituasjonene er begrenset og stressnivået høyt.

Smith og Roberts (17) hevder at simulering forebygger stress, noe som vil være nyttig i denne typen arbeid. Med simulering kan helsepersonell bli mer bevisste på sin egen kompetanse, og det kan styrke kvalifikasjonene, skape gode læresituasjoner under

kontrollerte forhold og gjøre treningen realistisk.

Simulering kan erstatte reelle situasjoner med veiledet situasjonstrening og rekonstruere nylige hendelser. Derfor kan simulering være nyttig når læresituasjoner øves på og evalueres. Helsepersonellet kan i fellesskap reflektere over den utførte behandlingen (19, 25, 27). Simulering handler om å bli kompetent og klar til å utøve spesielle prosedyrer i eget yrke (26).

Godt samarbeid var personavhengig

God klinisk kompetanse er nødvendig for å arbeide selvstendig og for å ivareta pasientsikkerheten (28). Informantene opplevde at de hadde god samhandling med luftambulansene og sykehuset, og de syntes det tverrprofesjonelle samarbeidet var godt. Tverrprofesjonelt samarbeid er i tråd med Aggarwal og medarbeidere (24), som hevder at godt samarbeid og god ledelse kan føre til større selvstendighet i arbeidet.

Flere av informantene uttrykte at kvaliteten på samarbeidet var personavhengig ut fra hvem som var på jobb. Personavhengighet burde ikke være en avgjørende faktor ved samhandling i akuttsituasjoner. Systematikk og felles rutiner kan være med på å hindre at pasienter får ulik behandling alt etter som hvem som er på jobb. Handlingsmønsteret i akuttsituasjoner må være forutsigbart (9).

Informantene opplevde at interne prosedyrer var et godt oppslagsverk, og at de var lett tilgjengelige, oppdatert til enhver tid og nyttige i pasientbehandlingen. Bruk av nedskrevne interne prosedyrer i arbeidet støttes av Jewkes (29), som hevder at til tross for en begrenset mengde med avansert utstyr og ulik kompetanse blant personalet, kan kvaliteten bedres med gode prosedyrer.

For lite kompetanseheving

Informantene var opptatte av at de arbeidet mye selvstendig, men samtidig ga de tydelige signaler om at de også måtte være fleksible for å kunne samhandle godt med makkeren,

legen, AMK og sykehuset. Videre viste undersøkelsen vår at ambulanspersonell bør styrke fag- og samhandlingskompetansen, spesielt med tanke på at flere kommuner har inngått interkommunalt samarbeid innen legevaktstjenesten, og at det kan oppstå situasjoner med samtidskonflikt der de må arbeide uten assistanse fra for eksempel luftambulansen.

Det kan være nødvendig med kompetansehevende tiltak i utdanningen. Informantene viste tydelig at de var frustrerte over grunnutdanningen i ambulansfag, der det manglet kompetansekrav om luftveishåndtering av barn. Slike mangler i kompetansekrav viser at opplæringsansvaret på luftveishåndtering av barn kan ligge hos praksisfeltet.

Spesial- og masterutdanningen er frivillig i tjenesten, noe som kan føre til faglige individuelle forskjeller. En av årsakene til slike forskjeller er at det ofte utlyses stillinger som ambulansarbeider, uten krav til spesial- eller masterutdanning. Det kan være nyttig med krav til relevant videreutdanning på dette fagfeltet. Sykepleiere arbeider også ofte i ambulansetjenesten, det ser vi og av dette utvalget.

Metodiske refleksjoner

Førsteforfatteren arbeider selv prehospitalt og kjenner derfor feltet og fenomenet som vi studerte. Andre- og tredjeforfatteren kjenner ikke til fagfeltet i like stor grad. Ulik bakgrunn kan være en styrke i studien fordi vi kunne se ulike nyanser av datamaterialet. Et lite utvalg i et distrikt viser ikke breddekunnskap, det vil si at vi ikke vet sikkert hvordan prehospitalt ansatte i andre distrikter erfarer luftveishåndtering av barn. Likevel viste informantene interesse og engasjement for spørsmålene vi stilte, og vi fikk på den måten nyanserte data.

Det var en styrke med fokusgruppeintervjuer for å få til en diskusjon og refleksjon rundt de ulike temaene, og vi opplevde at materialet hadde tilstrekkelig bredde, var variert og rikt. Det kan likevel være en ulempe at det var en lege med i en av fokusgruppene,

og ikke i de to andre, fordi en lege har utdanning på et høyere nivå og kan ha tilegnet seg bedre kunnskap på området. Det kan være en styrke at to av forfatterne arbeidet med analysearbeidet fordi flere analyserte datamaterialet.

KONKLUSJON

Studien viser at deltakerne var usikre på hvordan de skulle behandle barn med akutte og kritiske pusteproblemer prehospitalt. De var usikre på hvordan de skulle bruke medisinsk utstyr, og de hadde lite vedlikeholdstrening og mangelfull opplæring. Barn med pustebesvær kan derfor være en utfordring i den prehospitaltjenesten.

Flere av informantene ga inntrykk av at fag- og samhandlingskompetansen ikke alltid var optimal i alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. De ønsket nødvendig opplæring for å håndtere faglig forsvarlig helsetjeneste og pasientsikkerhet i akutte og kritiske situasjoner. Deltakerne etterlyste mer mengdetrening, hospitering og simulering for å vedlikeholde kompetansen. ●

REFERANSER

- Smith AG, Gardner GH. Policy statement-prevention of choking among children. *American Academy of Pediatrics*. 2010;125(3):601-7.
- Richardson J. Akutt sykdom. Oslo: Gyldendal Undervisning; 2008.
- Berlac P, Hyldmo PK, Kongstad P, Kurola J, Nakstad AR, Sandberg M. Prehospital airway management: guidelines from a task force from the Scandinavian Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2008;52(7):897-902.
- Bjerkelund CE, Christensen PC, Dragsund S, Aadahl S. Hvordan oppnå fri luftvei? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2010;130(5):507-10.
- Meld. St. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
- Meld. St. nr. 13 (2011-2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43elbe825fb-097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
- Almås S, Vasset F. Health and social care students pursuing different studies, and their written assignment from workshop and online interprofessional education. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;36(3):116-21.
- Ødegård A, Willumsen E. Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
- NOU 2015:17. Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Oslo: Departementenes sikkerhets- og servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350ea9f93fedf/no/pdfs/no-201520150017000dddpdfs.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
- Helsedirektoratet. Kompetansebehov i ambulansfag. Rapport fra arbeidsgruppe. IS-0425. Oslo; 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/134/Kompetansebehov-i-ambulansfag-rapport-fra-arbeidsgruppe-IS-0425.pdf> (nedlastet 12.10.2018).

- Rehn M, Hyldmo PK, Magnusson V, Kurola J, Kongstad P, Rognås L, et al. Scandinavian SSI clinical practice guideline on prehospital airway management. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2016;60(7):852-64.
- Goldmann, K, Ferson DZ. Education and training in airway management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2005;19(4):717-32.
- Polit D, Beck C. *Nursing research*. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2017.
- Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
- Giorgi A. *Sketch of a psychological phenomenological method. Phenomenology and psychological research: essays*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1985.
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/helseforskning/forskriftstekst-forskrift-om-organisering-av-medisinsk-og-helsefaglig-forskning.pdf?id=2287758> (nedlastet 12.10.2018).
- Smith A, Roberts K. Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature. *Emergency Medicine Journal*. 2003;20(1):75-8.
- Bohnström D, Carlström E, Sjöström N. Managing stress in pre-hospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*. 2017;32:28-33.
- LeBlanc VR, Regehr C, Tavares W, Scott AK. The impact of stress on paramedic performance during simulated critical events. *Pre-hospital and Disaster Medicine*. 2012;27(4):369-74.
- O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Patient and family centered care and children in emergency department. *Pediatrics*. 2008;122(2):511-21.
- Grønseth R, Markestad T. *Pediatric og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
- Månsson ME. *Förberedelser av barn och föräldrar inför undersökelse eller åtgärd*. I: Hallström I, Lindberg T, red. *Pediatrisk omvårdnad*. 2. utg. Stockholm: Liber; 2015. s. 123-7.
- Levetown M. Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008;121(5):1441-60.
- Aggarwal R, Mytton OT, Derbrew M, Hananel D, Heydenburg M, Issenberg B, et al. Training and simulation for patient safety. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(2):34-43.
- Hagen IH, Molnes SI. Simulering kan gi bedre praksis. *Sykepleien*. 2013;11:48-50. DOI: 10.4220/sykepleien.2013.0103.
- Stangeland S / Universitetet i Stavanger. *Simulering redder liv*. Intervju med Aase I, Husebø S. *Forskning.no*; 2011. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/forebyggende-helse-helsetjeneste-helsead-ministrasjon-medisinske-metoder-sykepleievitenskap/2011/06> (nedlastet 12.10.2018).
- Tosterud R. *Simulation used as a learning approach in nursing education*. (Doktoravhandling.) Karlstad: Karlstads universitet, Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap; 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:760893/fulltext01.pdf> (nedlastet 12.10.2018).
- Aase K. *Pasientsikkerhet teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
- Jewkes F. Prehospital emergency care for children. *Arch Dis Child*. 2001;84(2):103-105.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Når et barn ikke får puste

Hva er det mest skremmende som kan skje? For ambulansesarbeider og anestesisykepleier Anja Vasset var svaret åpenbart.

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Renate Furre Henriksen-Sandvær**

Tenk deg at barnet ditt ikke får puste og du ringer 113, sier Anja Vasset.

– Da vil du helst at ambulansepersonellet som kommer, har best mulig kompetanse.

Det er det derimot ikke sikkert at de har.

Dette er nemlig et område, forteller Vasset, der prehospitalt helsepersonell kan bære på usikkerhet og lite erfaring.

TRYGT, RASKT OG RIKTIG

Etter tolv år på samme ambulansestasjon på Sunnmøre hadde Vasset kjent på behovet for å utvikle seg faglig. Men hva skulle hun fordype seg i?

Vel, det heter seg at man skal konfrontere sine demoner.

Hun gikk i seg selv for å finne ut hva hun fryktet mest, og trengte ikke å gruble lenge.

– Få ting var mer skremmende for meg enn et barn som ikke får puste, forteller hun.

MYE USIKKERHET

Tematikken ble utgangspunkt for hennes mastergrad, som blant annet inkluderer en studie om prehospitalt helsepersonells kompetanse på feltet.

Vassets forskningsartikkel «Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn» ble nylig publisert i Sykepleien Forskning.

Denne kvalitative studien, med 20 informanter fra ulike profesjoner, indikerte at mange kan være usikre

Anja Vasset

Anestesisykepleier og ambulansesarbeider i Helse Møre og Romsdal.

Står bak forskningsartikkelen «Prehospitalt helsepersonell er usikre på luftveishåndtering av barn» sammen med Sven Inge Molnes og Frøydis Vasset ved NTNU i Ålesund.

på luftveishåndtering av barn, spesielt i akutte og kritiske situasjoner.

– Det er ikke så ofte man kommer borti slike situasjoner, og mange har naturlig nok lite praktisk erfaring på feltet, påpeker Vasset.

Den viktigste konklusjonen var at det er behov for økt kompetanse og trening for å få større erfaringsgrunnlag.

– Kompetanse gir trygghet, og man kommer langt med ikke å stresse, påpeker Vasset.

TRENING OG TRYGGHET

I dag kan Vasset mer om luftveishåndtering av barn enn de fleste, og hun føler seg langt tryggere. I jobben har hun opplevd episoder der kompetansen har kommet godt med, men alt helsepersonell kan selvsagt ikke ha en master i emnet.

Både profesjonelt og som mor til et barn som har hatt luftveisutfordringer, er hun opptatt av at helse-

«Kompetanse gir trygghet, og man kommer langt med ikke å stresse.»
Anja Vasset

personell skal være best mulig skikket til å handle trygt, raskt og riktig når det virkelig gjelder.

– Når du kommer frem til et barn som ikke får puste, kan du ikke bare ta det med til legevakt eller sykehus. Du må kunne håndtere situasjonen der og da.

Hun forklarer at om man ser bort fra anatomiske forhold, som at forholdene er mindre og



proporsjonene annerledes hos barn, så er det i tillegg annet utstyr som skal benyttes.

Dessuten er det ofte panikkslagne foreldre til stede som helsepersonellet må forholde seg til og kommunisere med. Man skal også klare å tilnærme seg barnet på en måte som skaper tillit og roer ned situasjonen.

UVENTEDE SITUASJONER

Når barn har ufrie luftveier, kan det oftere være snakk om helt uventede situasjoner – som fremmedlegemer i halsen eller allergiske reaksjoner uten at man var klar over allergien.

Voksne kan oftere ha kjente helseutfordringer som gjør pustevanskene mer forventet.

– Når ambulansen kommer, er det uansett viktig at man er beredt til å gå rett på tiltak og er målrettet, forklarer Vasset.

– I en del situasjoner kan du gi medikament, som ved allergisk reaksjon eller falsk krupp. Ved fremmedlegeme må du gå rett på med tiltak for å få det opp, for eksempel fem ryggslag og støt i epigastriet.

I tillegg til at hver enkelt må vite hva som skal gjøres, er det viktig at samhandlingen mellom ulikt helsepersonell går friksjonsfritt.

– Ambulansepersonell er ofte alene på stedet, men det kan tilkomme luftambulans og andre senere, og da må det ikke oppstå usikkerhet blant de involverte, understreker Vasset.

KOMPETANSELØFT

– Ta ansvar, og hev egen kompetanse om du har mulighet til det!

LUFTVEIEKSPERT: Du må kunne håndtere situasjonen der og da, sier Anja Vasset om akutte situasjoner i luftveiene.



Slik lyder Vassets viktigste råd til helsepersonell som måtte kjenne seg usikre.

For å få fagbrev som ambulansarbeider kreves

«Ta ansvar, og hev egen kompetanse om du har mulighet til det!» Anja Vasset

fagbrev i ambulansesfag, som innebærer to år på videregående skole og to år som lærling.

Fem universiteter tilbyr nå bachelorstudium i paramedisin, og Universitetet i Stavanger har i samarbeid med Stiftelsen Norsk Luftambulans opprettet en mastergrad i prehospital intensivbehandling.

– Grunnutdanningen kan selvsagt ikke inkludere alt, men det må være lov å håpe på et kompetanseløft på feltet, sier Vasset. ●

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no



68.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien **Sykepleien**

FAGGRUPPENE



Faglig gruppe av øyesykepleiere NSF

Faggruppen for øyesykepleiere er et nettverk for sykepleiere som jobber innen øyefaget. Våre medlemmer er i hovedsak ansatte på helseforetakenes 21 øyeavdelinger, men kommer også fra privat sektor.

Vårt hovedmål er å være en faglig møteplass, og styret arrangerer årlige nasjonale fagkonferanser av høy kvalitet i samarbeid med ulike fagmiljøer og samarbeidspartnere fra legemiddelfirmaer. Vi deltar også i et nordisk samarbeid, som hvert tredje år arrangerer en nordisk fagkonferanse. I tillegg

er vi involvert i ulike prosjekter for å stimulere til fagutvikling, utdanning og forskning.

Øyefaget er i stadig utvikling både teknologisk og medisinsk, og har en økende pasientgruppe på grunn av demografiske endringer og nye behandlingsmuligheter. Det er en høy grad av oppgavedeling for sykepleiere i øyefaget, mange selvstendige arbeidsoppgaver som krever spesialkompetanse, og mye bruk av teknisk utstyr, for eksempel tolkning av diabetesfoto, intravi-

treale injeksjoner ved AMD og selvstendige postoperative kontroller.

Universitetet i Sørøst-Norge tilbyr videreutdanning i øyesykepleie, noe faggruppen har jobbet aktivt for i flere år ettersom utdanningstilbudet kun var tilgjengelig i Sverige.

Cirka 500 sykepleiere og spesialsykepleiere jobber ved landets øyeavdelinger. Faggruppen har 165 av disse som medlemmer.

Innmelding i faggruppen gjøres enkelt med en SMS til 02409 med kodeordet FGØS. Årskontingent er 300 kroner.

ANNONSE

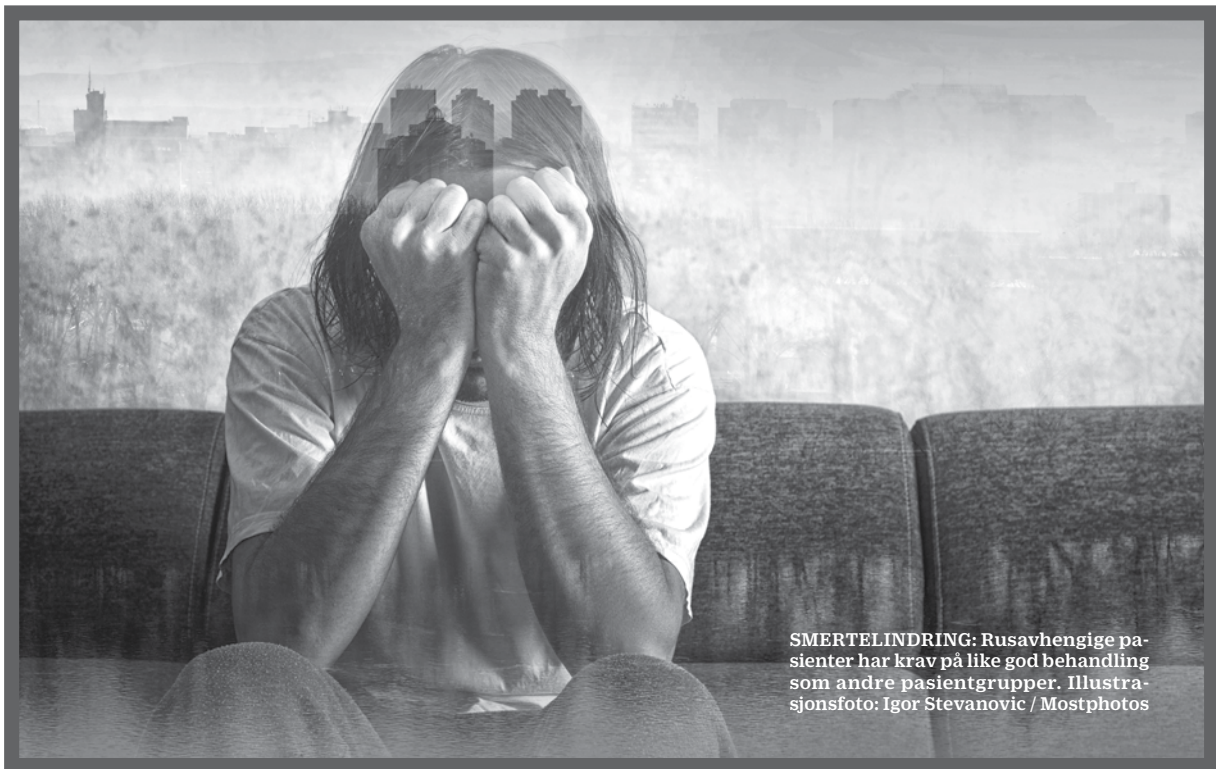
Har du en medarbeider som fortjener heder?



30 ÅR HOS SAMME ARBEIDSGIVER
– et kvalitetsbevis
MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Les mer på medaljen.no





SMERTELINDRING: Rusavhengige pasienter har krav på like god behandling som andre pasientgrupper. Illustrasjonsfoto: Igor Stevanovic / Mostphotos

FORFATTERE

Anne Berit Govertsen

Intensivsykepleier, Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, Sørlandet sykehus

Cathrine Aanensen

Anestesisykepleier, Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, Sørlandet sykehus

Ellen Benestad Moi

Universitetslektor, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

NØKKELOD

- Kvalitativ metode
- Kompetanse
- Rusavhengighet
- Samarbeid
- Spesialsykepleier

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.75746

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Internasjonal forskning viser at rusavhengige pasienter på sykehus ikke får den smertelindringen de har krav på. Det kan skyldes manglende kunnskap om medikamenter, bruk av smertekartleggingsverktøy, helsepersonells holdninger samt hvordan man skal tilnærme seg rusavhengige. Det foreligger ingen studier av hvorvidt norske smerteteam har betydning for smertelindring av rusavhengige.

Hensikt: Å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi utførte individuelle intervjuer med seks spesialsykepleiere i smerteteam ved fire norske sykehus og benyttet kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Smerteteam har tid til direkte pasientkontakt. Der smerteteamet oppdager manglende kompetanse hos helsepersonell, bistår de med støtte og undervisning i hvordan man skal dosere og kombinere ulike medikamenter for å lindre smerte hos rusavhengige. Videre bistår smerteteam med kunnskap om rusanalyse og smertekartlegging, hvordan etablere tillit og trygghet samt kommunisere med rusavhengige. Samarbeid med helsepersonell både i og utenfor sykehus vektlegges.

Konklusjon: Smerteteamet kan prioritere tid til den rusavhengige og være en ressurs for pasienter, leger og sykepleiere. Resultatene tyder på at smerteteam er en nyttig investering for å møte rusavhengiges behov for optimal smertelindring. Pasientene får lindret sin smerte og følges opp med behandlingsplan både på sykehus og etter utskrivelse.

Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige

Helsepersonell kan lære av smerteteam når de har farmakologiske spørsmål og skal utarbeide handlingsplaner, og når de skal etablere åpne og tillitsfullerelasjoner til pasienten.

Rusavhengighet utgjør et stort globalt helseproblem. Rusmiddelrelaterte sykdommer og skader gir hyppige sykehusinnleggelser, og smerter er en av de vanligste årsakene til at rusavhengige oppsøker sykehus (1).

Rusavhengighet karakteriseres av flere atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener etter gjentatt stoffbruk. Stoffbruken prioriteres høyere enn aktiviteter og forpliktelser, noe som kan gi økt toleranse for og dermed nedsatt effekt av legemidler som brukes, samt fysisk abstinens tilstand (2).

Hindre for adekvat behandling

Helsepersonells manglende kunnskap om toleranseutvikling, hyperalgesi (forhøyet følsomhet for smerte), substitusjonsmedikamenter og abstinenser kan gi inadekvat behandling og smertelindring (1, 3–5). Risikoen blir at pasienter skriver seg ut på eget ansvar. Manglende kompetanse om opioidavhengighet som stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, kan også komplisere adekvat smertelindring (6, 7).

Norske og internasjonale studier viser at tillitsforholdet mellom rusavhengige pasienter og helsepersonell er avgjørende for å danne ærlig og god dialog som vil sikre kvaliteten på videre smertelindring (1, 6–10). Flere studier viser at usikkerhet i tilnærmingen til rusavhengige pasienter bunner i manglende kompetanse,

manglende evne til å skape tillitsforhold, mistro til pasienten og holdninger som at rusavhengighet anses som selvforskyldt (6, 7, 10).

Smerteteam

Rusavhengige pasienter har krav på like god behandling som andre pasientgrupper (5). Internasjonale studier

«Rusavhengige blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, og alt er tilfeldig.»

Informant

er viser at sykehus mangler organiserte smerteteam til tross for at det finnes kunnskap om at smerteteam er viktige, nyttige og effektive redskaper for at rusavhengige skal få nødvendig smertelindring (6, 8).

Vi finner ingen offisiell statistikk over antallet smerteteam i Norge, men flere sykehus har etablert smerteteam for smertetilstander som er vanskelig å behandle hos inneliggende pasienter (11). Ifølge et konferansebidrag har kun 6 av 21 sykehus i Helse Sør-Øst smerteteam (12).

Hensikt med studien

Det foreligger ingen publiserte studier om norske smerteteams erfaringer med rusavhengige pasienter. Kunnskap hos smerteteam er viktig å belyse. Erfaringene kan bidra til at helsepersonell

får mer kunnskap og kan møte denne pasientgruppen på en bedre måte. Hensikten med denne studien er å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer i smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.

METODE

Studien har et kvalitativt design med seks individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer (13).

Informanter

Vi kontaktet smerteklinikker ved fem sykehus i Sør-Norge per e-post. Fire sykehus hadde smerteteam og erfaring med smertelindring av rusavhengige pasienter. Smerteteamene besto av en eller flere spesialsykepleiere og en anestesilege, og de var knyttet til en smerteklinikk eller anesthesiavdeling. To smerteteam drev oppsøkende virksomhet, men alle behandlet pasienter etter henvisninger.

Vi fikk innpass til forskningsfelt ved å anvende sykehusenes prosedyrer. En kontaktperson på sykehusene forespurte informanter om å delta. Inkluderte informanter måtte være spesialsykepleiere og ha minst to års erfaring fra smerteteam og behandling av rusavhengige pasienter. Etter at informantene hadde bekreftet at de ville delta, sendte vi informasjonsskriv via e-post til dem.

Intervjuer

Vi gjennomførte intervjuene i november og desember 2015, og de varte i 45 til 60 minutter. Første- og

andreforfatteren var til stede under alle intervjuene og hadde hovedansvaret for tre intervjuer hver. Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål knyttet til positive og utfordrende erfaringer med smertelindring av rusavhengige. Etter lydopptak transkriberte vi intervjuene fortløpende.

Vi anvendte kvalitativ innholdsanalyse (14) og leste transkripsjonene flere ganger for å danne et felles helhetsbilde. Intervjuteksten ble inndelt i meningsenheter som ble kondensert, abstrahert og kodet. Første- og andreforfatteren dannet meningsenheter og koder for fire intervjuer sammen, og hver for seg for to intervjuer.

Alle forfatterne diskuterte og reflekterte over uklårheter som oppsto gjennom analyseprosessen, noe som ga en ny og dypere felles forståelse. Refleksjonene var avhengige av artikkelforfatternes forståelse, erfaringer med pasientgruppen fra akuttmottak og intensivavdeling samt ulik erfaring med analyse av forskningsresultater. Ved hjelp av kodene ble likheter og ulikheter i tekstinholdet identifisert og sortert i tre kategorier (tabell 1).

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) er ikke undersøkelsen meldepliktig (prosjektnummer 44942). Undersøkelsen ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (15). Transkripsjonene ble anonymisert, oppbevart innelåst under forskningsprosessen og destruert etter gjennomført innholdsanalyse. Informantene undertegnet samtykkeerklæring etter at de hadde fått muntlig og skriftlig informasjon om studien.

RESULTATER

Et strategisk utvalg med seks spesialsykepleiere fra smerteteam ved fire norske sykehus deltok i studien. To sykehus var representert med to informanter, og to sykehus hadde en informant hver. Fem informanter var anestesie- eller intensivsykepleiere, mens en hadde spesialkompetanse innen smertebehandling. Alle var kvinner over 30 år og hadde arbeidet i smerteteam i mer enn tre år.

Tillit

Alle informantene erfarte at pasientene ble trygge da smerteteamet satte av

tid, tok smertene deres på alvor og møtete dem med respekt:

«Det å få pasienten trygg er alfa og omega.» (ID-A1)

Det var bred enighet om at gode møter var avhengig av ærlig og direkte kommunikasjon der smerteteamet brukte tid og torde å stille utfordrende og direkte spørsmål, selv om spørsmålene føltes ubehagelige. Informantene beskrev også at enkelte rusavhengige var velformuler-

«Det er ekstra krevende for helsepersonell å etablere et tillitsforhold til rusavhengige pasienter.»

te, av og til fortalte usannheter, var krevende og til dels manipulerende. Ofte kom pasientene fra miljøer hvor de ikke var vant til å stole på noen. En informant sa at hun ansvarliggjorde pasientene:

«Etablering av tillit går begge veier.» (ID-A2)

Informantene uttrykte at de hadde samme tilnærming til rusavhengige som til andre pasienter med smerteproblematikk, og at de ikke stigmatiserte, men var grensesettende. En informant påpekte hvor viktig det er å «nullstille seg» før møter med pasienten, og vise oppriktig interesse. Alle sa at erfaring ga trygghet, slik at de våget å stå i krevende situasjoner:

«Det er krevende og en balansegang å bygge allianse og stole på pasienten. Bli man for skeptisk, klarer man ikke å bygge allianser. Det er viktig at de føler de blir møtt på lik linje som andre pasienter.» (ID-A2)

Kompetanse

Alle følte seg privilegert som hadde tid til individuell smertebehandling og påpekte at smertekartlegging og rusanalyse måtte gjennomføres tidlig:

«Vi kan prioritere og kartlegge annerledes enn sykepleier på sengepost. Vi kan sette av tid, ta stolen inntil og lytte.» (ID-B1)

Alle informantene erfarte at

pasientenes tankekjør, søvnunderskudd, angst og depresjon skapte utfordringer i smertelindringen. Fullstendige fakta måtte frem for at smerteregimer skulle tilpasses og fungere for hver pasient:

«Vi er blitt mye bedre til å kommunisere: snakke om 'rus-sug', tankekjør og se pasientenes perspektiv. Det gjør at vi kommer i mål.» (ID-A2)

«Altså, jeg vil bare stresser dette: rusanalyse, smertekartlegging – se sammenheng og gi pasienten det han trenger. Ta han på alvor!» (ID-B2)

Det var enighet om at pasientmedvirkning innen bestemte rammer var avgjørende. Tett oppfølging gjennom hele pasientforløpet bidro til kontinuitet:

«Rusavhengige blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, og alt er tilfeldig.» (ID-B2)

«Å være til stede, tett oppfølging og evaluere er viktig.» (ID-B1)

Informantene hadde utvidede fagkunnskaper om smertelindring, som de mente var et kriterium for å lykkes med smertelindring til rusavhengige:

«Jeg gir ikke nødvendigvis mer medisiner, men flytter litt på dosene. Da blir det kanskje lettere for pasienten.» (ID-D)

«Noen ganger trenger pasientene andre medisiner enn opioider. Vi må gi riktige medisiner for at pasientene skal ha det bra. Da trenger sykehuset den kompetansen smerteteamet har.» (ID-D)

Informantene erfarte at smertebehandlingen tidvis var dårlig og kunnskapen mangelfull hos enkelte sykepleiere og leger på sengeposter. De sa også at sykepleierne lærte mer når smerteteamet gjorde vurderinger sammen med dem:

«Det er trygt for sykepleierne [...] lettere å ta kunnskapen videre.» (ID-A1)

Alle smerteteam arrangerte fagdager. Ett smerteteam underviste nyanstatte sykepleiere om smertelindring til rusavhengige. Tre sykehus hadde sykepleiere med roller som smertekontakter på sengeposter. Smertekontaktene hadde ansvaret for å være et bindeledd mellom smerteteamet og sengeposten.

Samarbeid

Sykehusavdelinger sendte henvisninger til smerteteamet, mens enkelte smerteteam drev oppsøkende virksomhet

i tillegg. Hvis pasienten var under lege-
middelassistert rehabilitering (LAR),
oppsoekte smerteteamet pasienten pre-
og/eller postoperativt for å sjekke for-
ordninger i henhold til retningslinjene
for smertebehandling.

Informantene sa at de gjorde selv-
stendige tilsyn og oppfølging. Aneste-
silegen foretok medikamentelle ordi-
nasjoner, men behandlingsplaner ble
utarbeidet i fellesskap:

«Mye av oppfølgingen er det jeg som
gjør, og jeg gir anestesileger oppdatering
og tilbakemeldinger.» (ID-C)

Alle informantene sa at lokale ret-
ningslinjer for smertelindring til rusav-
hengige har vært tilgjengelige i flere år,
og at retningslinjene var viktige i samar-
beidet mellom smerteteamene og sen-
gepostene. Enkelte sa at rusavhengige
pasienter oftere skrev seg ut på eget an-
svar før retningslinjene ble tatt i bruk:

«Det viktigste jeg har gjort når det gjel-
der kvalitetssikring av smerteteam, er
nok å lage retningslinjer.» (ID-C)

Alle mente det var viktig å være til-
gjengelig og holde god kontakt med «li-
vet på gulvet». En informant sa at det var
oppmuntrende å se at sykepleierne på
sengeposten fikk «stjerner i øynene» når
de mestret å lindre smerten til de pasi-
entene de opplevde som utfordrende:

«Det er ingen sykepleier på sengepost
som våger å titrere [gradvis øke dosen
til ønsket effekt] opp mot 100 mg mor-
fin intravenøst dersom du aldri har gjort
det før.» (ID-A1)

Informantene opplevde at samarbei-
det med legene på sengeposten varierte.
De bisto turnus- og assistentlegene med
erfaringer og kunnskap, og alle opplev-
de det som positivt å være en støtte og
sparringpartner. Tre informanter følte
imidertid at deres kompetanse ikke
ble benyttet hvis legene på sengeposten

ønsket å utarbeide egne smerteregimer.
Da fikk ikke pasientene nødvendig smer-
telindring, og sykepleierne på sengepos-
ten ble frustrerte:

«Jeg tør si fra og stå for det. Så får le-
gene heller bli sinte på meg. Som syke-
pleier i smerteteam tåler jeg det.» (ID-D)

Alle kontaktet LAR-konsulentene ras-
kest mulig dersom pasienten var un-
der LAR-behandling. Samarbeid med
LAR var spesielt nyttig når smertetea-

.....

**«Da informantene
brakte sin spesial-
kompetanse om kombi-
nasjoner og doseringer
av medikamenter,
oppnådde pasientene
smertelindring.»**

met ikke fikk tilstrekkelig informasjon
fra pasienten:

«Jeg ble tilkalt til en pasient som sto
på kjempedose metadon, 240 mg! Da jeg
kontaktet LAR, ble de overrasket. Det
viste seg at pasienten var utskrevet fra
et sykehus med den store dosen, uten
nedtrappingsplan.» (ID-B1)

Alle påpekte hvor viktig det var med
et godt samarbeid mellom smertetea-
met, LAR og fastlegen om nedtrapping.
Alle hadde gode erfaringer med å lage
nedtrappingsplaner som behandlende
sykehusleger sendte fastleger.

DISKUSJON

Tillit

Alle informantene erfarte at de må eta-
blere tillitsforhold på det første møtet,
at det tar tid og er essensielt for adekvat
smertebehandling. Disse erfaringene
samsvarer med forskning som viser at
det skaper gode relasjoner å ta seg tid til

å lytte til pasientens følelser og skjebner
(16), og at helsepersonellet er avhengig
av tillit for å utøve sykepleie (17).

Informantene sa videre at rusavhen-
gige er vant til å bli møtt med mistil-
lit og ofte kom fra miljøer hvor de ikke
var vant til å stole på noen. Dette utsag-
net er i tråd med forskning som viser at
rusavhengige er redde for ikke å bli tatt
på alvor (1, 8). Skau (17) fastslår at tillit
lett kan rives ned av krenkelsler. Interna-
sjonale studier viser også at sykepleiere
kan stigmatisere og mistolke rusavhen-
giges atferd, og at negative holdninger til
opioidavhengige forekommer (8–10, 18).

Blant norsk helsepersonell er det ogs-
å en allmenn oppfatning at rusavhen-
gige pasienter er uærlige om sitt rusmis-
bruk, og om effekten av medikamenter
(7, 19). Det er ekstra krevende for helse-
personell å etablere et tillitsforhold til
rusavhengige pasienter siden mange
rusavhengige er skeptiske til helsevese-
net og helsepersonell.

Samtidig er det viktig å ansvarliggjøre
pasientene i behandlingsopplegget, da
tillit går begge veier, ifølge en informant.
Hvis helsepersonellet ikke oppnår tillit
hos pasientene, kan det medføre at de
ikke får adekvat smertelindring og vel-
ger å avslutte behandlingen og skrive
seg ut fra sykehuset på eget ansvar. Hel-
sepersonellens holdninger og moralske
varsomhet er viktig for god sykepleiut-
øvelse og vellykket smertebehandling
(9, 20, 21).

Ifølge Nielsen (16) kan en god holdning
minke pasientens frykt for og skepsis
til at behandlingen ikke skal nytte. Tid-
ligere forskning viser at gode holdninger
er et viktig redskap for helsepersonell
for å etablere tillit og minke pasientens
frykt om at behandling ikke skal nytte
(7, 9, 16). Denne forskningen samsvarer
med resultatene i vår studie og viser at
tillit er et suksesskriterium i smertebe-
handlingen til rusavhengige.

Kompetanse

Informantene hadde gode erfaringer
med å avsette tid til å gjennomføre ru-
sanalyse og smertekartlegging, lage in-
dividuelle behandlingsplaner, stille åp-
ne og direkte spørsmål, ansvarliggjøre
pasienter, gjøre avtaler og sette grenser.
Disse erfaringene samsvarer med en

Tabell 1. Presentasjon av kategorier og underkategorier

Kategorier	Betydningen av tillit	Behov for økt kompetanse	Betydningen av samarbeid
Under- kategorier	<ul style="list-style-type: none"> • tid til å etablere tillit • viktigheten av å inn- gi tillit og trygghet • våge å stå i krevende situa- sjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • oppmerksomhet på rusana- lyse og smertekartlegging • viktigheten av kommunikasjon mellom sykepleier og pasient • fagkunnskap om smertelin- dring • undervisning satt i system 	<ul style="list-style-type: none"> • tilrettelegging for pasienten gjennom hele pasientforløpet • samarbeid innad i smerteteamet • behov for retningslinjer for smertebehandling • samarbeid med avdelinger på sykehuset • samarbeid med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

dansk studie (16), som viser at smerteteamet motiverer pasienten og gjør behandlingen til et felles prosjekt.

Skau (17) og Eide og medarbeiderne (22) understreker også at verdier som barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter blir synlige gjennom aktiv lytting, samtale, rådgivning og gode intervjuferdigheter.

Samtidig viser forskning at sykepleiere på sengepost har ulik erfaring, kompetanse og tid til å ta seg av den rusavhengige pasienten (10). Det holder ikke bare med ferdigheter i kommunikasjonsteknikk og kjennskap til hva som skal kartlegges, man må også forstå pasientens unike psykososiale kontekst (10, 22).

Det kan synes som at kartlegging og videre behandlingsopplegg kan stå i fare for å mislykkes dersom helsepersonellens kommunikasjon ikke er oppriktig og sannferdig. Videre kan gjentatte møter mellom smerteteam og pasienter bidra til adekvat smertelindring hvis pasienten blir involvert og ansvarliggjort.

Tre informanter uttrykte frustrasjon når enkelte leger ikke benyttet smerteteamets kompetanse, noe som kunne lede til inadekvat smertelindring. Alle informantene beskrev at de hadde erfart inadekvat smertebehandling og mangelfull kunnskap hos enkelte sykepleiere og leger på sengepost. Flere studier bekrefter at smertelindring til tider ikke eksisterer, og det avdekkes lite kunnskap om kompleksitet og manglende ruskartlegging (7, 8, 18).

Studiens informanter anbefalte fagdager og smertekontakter som bidrag for å øke ansattes kompetanse. Sykepleiere og leger har imidlertid et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert, drive kunnskapsbasert praksis og samarbeide med annet kvalifisert personell om pasientens behov tilsier det (23).

Det må også være et lederansvar å legge til rette for å etablere rutiner og systemer for smertekartlegging, samarbeid med smerteteam der de finnes, kursing og tilstrekkelig personell med nødvendige kvalifikasjoner for å

drive adekvat smertelindring (23, 24).

Ifølge en informant kan rusavhengige lett utagere og skape uro på en sengepost når de ikke blir tatt på alvor eller ikke får nødvendig smertelindring. Rusavhengige erfarer ofte at effekten av forordnede medikamenter uteblir (1). Derfor gjennomførte informantene individuell smertebehandling, som ble kontinuert og evaluert gjennom hele pasientforløpet.

Da informantene brukte sin spesialkompetanse om kombinasjoner og doseringer av medikamenter, oppnådde

.....
●
.....

**«Smerteteam
ser ut til å være et
suksesskriterium for
kvalitet og bidrar til
gode behandlings-
forløp.»**

pasientene smertelindring. Erfaringene til studiens informanter synliggjør at kompetansen på sengeposter om medikamentkombinasjoner og doser er mangelfull, og at smerteteamets hjelp er nødvendig.

Ifølge Duelund og medarbeidere (6) ble sykepleiere bedre rustet til å behandle pasienter med kompleks smerteproblematikk etter fagdiskusjoner med smerteteam. Det kan synes som at smerteteamet kan bidra til adekvat smertelindring ved å medvirke til økt kompetanse hos helsepersonell på sengeposter, men er avhengig av en ledelse som tilrettelegger for at kompetansen i organisasjonen utnyttes.

Samarbeid

Smerteteamet var lett tilgjengelig for helsepersonellet på sengepostene. Smerteteamene er et lavterskeltilbud, og de er fleksible, proaktive og videreformidler ny kunnskap, noe som synes å ha betydning i og med at leger og sykepleiere brukte smerteteamet for å sikre smertebehandling gjennom pasientforløpet. Informantene påpekte at det er en forutsetning at ledelsen er positive til smerteteam for at de skal være en ressurs for sykehuset.

Dersom sykehus ikke har

smerteteam, kan man stille spørsmål ved hvorvidt de klarer å opprettholde krav om spesialkompetanse i en komplisert smertebehandling. Pasientens behov bør være førende for hvilke faggrupper som involveres (24). Utviklingen peker mot en praksis der pasienten inkluderes i tverrprofesjonelle samhandlingsforløp (8, 24). Retten til pasientmedvirkning er lovfestet og skal tas i betraktning (20).

Kontinuitet i behandlingsforløpet kan trues som følge av en stadig økende profesjonalisering og spesialisering (24) og kan både svekke kvaliteten på behandlingen og gi en mangelfull behandling. Smerteteam ser ut til å være et suksesskriterium for kvalitet og bidrar til gode behandlingsforløp ved å løse pasienten gjennom hjelpeapparatet, slik at spesialkompetansen kommer pasienten til gode (24).

Sykehusene i studien hadde retningslinjer for smertelindring til rusavhengige pasienter. Før retningslinjene ble implementert, hadde det hendt at rusavhengige skrev seg ut på eget ansvar, noe som ga utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet. Informantene oppga at retningslinjene hjalp sykepleierne og legene til større felles forståelse for prinsipper for smertebehandling, og hindret at behandlingen ble personavhengig.

Resultatene fra en australsk og en britisk studie (1, 4) viste at rusavhengige ble behandlet med større verdighet og respekt etter at sykehusene i studiene hadde implementert retningslinjer, og helsepersonellet opplevde mindre aggressive og manipulerende pasienter. Disse funnene er i tråd med vår studie og viser at retningslinjer for smertebehandling er et suksesskriterium for adekvat smertelindring til rusavhengige.

Alle hadde et godt samarbeid med LAR da de skulle hente inn informasjon om medisiner og avdekke et eventuelt sidemisbruk hos inneliggende pasienter. Når pasientene er innlagt på sykehus, er kontakten med LAR viktig for å opprettholde og kontinuere rett substitusjonsdose (3, 5).

Samhandlingsreformen tilsier at

kommune- og spesialisthelsetjenesten skal samhandle når pasienter flyttes mellom sykehus og kommuner (25). Dette understreker hvor viktig det er å samarbeide med fastlegen og LAR, som kan etterse at nedtrapping organiseres som et siste ledd i et helhetlig behandlingsforløp.

Metodiske overveielser

Intervjuerne har erfaring som sykepleiere i akuttmottak og kjenner rusavhengiges utfordringer med smertelindring på sykehus, men har ikke erfaring med smerteteam. For forståelsen gir god forutsetning for å forstå utfordringene sykepleierne i smerteteam møter, og for å stille oppklarende spørsmål under intervjuene. For forståelsen kan også medvirke til at momenter blir oversett eller undervurdert.

Vi tilstrebet å redusere denne risikoen ved å klarlegge forståelsen gjennom hele forskningsprosessen, og ved å inkludere alle forfatterne i analyseprosessen (13, 14). Sisteforfatteren er spesialsykepleier med erfaring fra en intensivavdeling. Muligheten for at andre kan analysere og tolke annerledes, er likevel til stede.

Vi valgte informantene fordi de hadde lang arbeidserfaring fra smerteteam og dermed kunne synliggjøre og utdype spesialsykepleieres erfaringer med å lindre smerter hos rusavhengige pasienter. Alle ble informert om at vi ønsket å få frem både deres positive erfaringer og utfordringer. Likevel kom det frem mest positive beskrivelser, noe som tyder på at informantenes erfaringer fra arbeidet i smerteteam var overveiende positivt.

På den annen side kunne intervjuerne ha stilt flere spørsmål om utfordringer. Det er en kjent tendens at informanter svarer positivt på spørsmål i forskningsintervjuer (13). Vi vet ikke om denne tendensen har påvirket funnene i vår studie, men det er uansett noe man bør være oppmerksom på. Vi opplevde at dynamikken mellom informantene og intervjuerne var god, og informantene delte villig sine erfaringer.

Det er en styrke at det ikke er publisert tilsvarende studier i Norge, og det er behov for kunnskap basert på erfaringer fra spesialsykepleiere i smerteteam.

KONKLUSJON

Erfaringene fra spesialsykepleiere i smerteteam viser at smertelindring til rusavhengige pasienter er avhengig av tillit, kompetanse og samarbeid for at pasienten skal loses trygt gjennom sykehusinnleggelsen. Tid til pasienten er en suksessfaktor og et privilegium spesialsykepleierne i smerteteamet har.

Helsepersonell på sengeposter har behov for økt kompetanse for å møte den rusavhengiges behov for smertelindring. Helsepersonell finner støtte i smerteteamet, både når de har farmakologiske spørsmål, og når de skal utarbeide individuelle behandlingsplaner, men også når det gjelder hvordan de kan etablere tillitsforhold og anvende åpen kommunikasjon med den rusavhengige pasienten.

Godt samarbeid mellom helsepersonell og smerteteam er nødvendig under sykehusinnleggelsen for å gi adekvat smertelindring og helhetlige pasientforløp. Smerteteamet har også en unik rolle ved å tilrettelegge oppfølgingsplaner etter utskrivelse.

Det kan være interessant å undersøke den rusavhengiges erfaringer med smerteteam i senere studier. I tillegg kan man undersøke om helsepersonell får mer kunnskap om smertelindring til rusavhengige ved å samarbeide med smerteteam. ●

REFERANSER

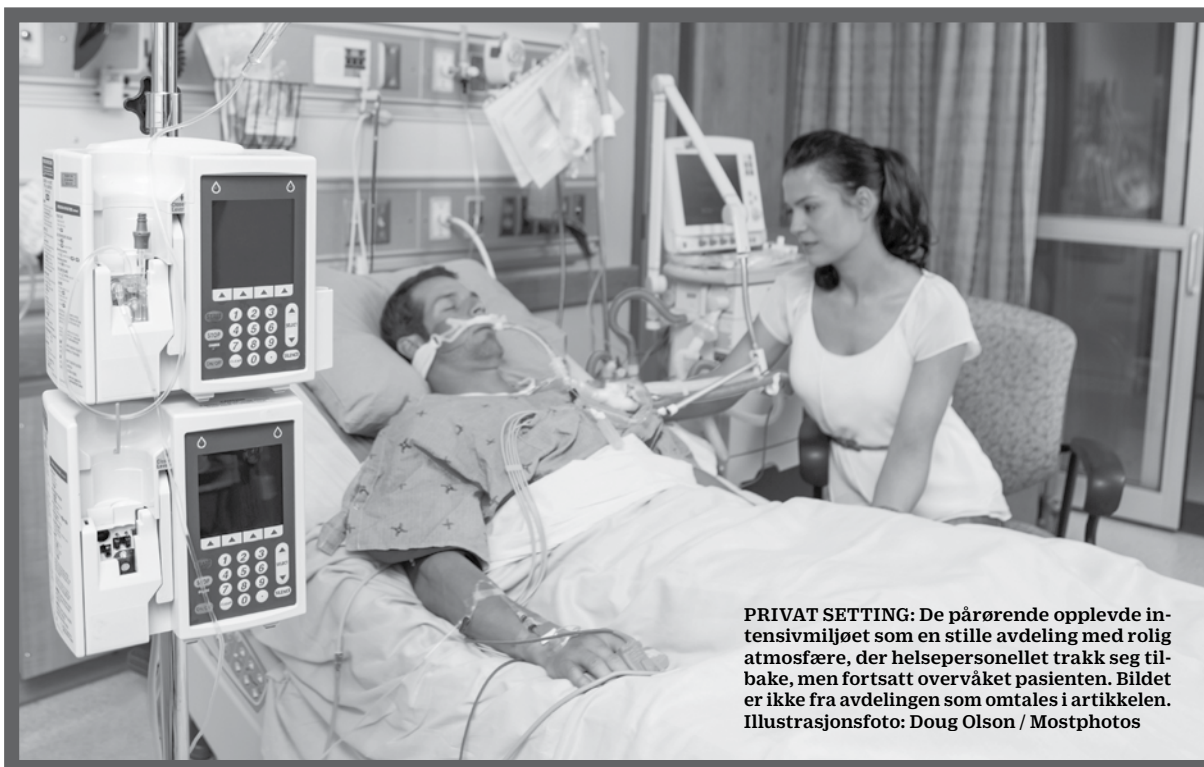
1. Blay N, Glover S, Bothe J, Lee S, Lamont F. Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012;42(2):289–97.
2. Organization WH. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 01/2018. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. Tilgjengelig fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1> (nedlastet 19.04.2018).
3. Fredheim OMS, Nøstdahl T, Nordstrand B, Høivik T, Rygnestad T, Borchgrevink PC. Behandling av akutte smerter under legemiddelasistert rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2010;130(7):738–40.
4. Wintle D. Pain management for the opioid-dependent patient. *Br J Nurs*. 2008;17(1):47–51.
5. Den norske legeförening. Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeförening; 2009. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebelhandling%20dnlf.pdf> (nedlastet 14.12.2017).

6. Duelund S, From M, Bastrup L. Smerteteam inddrager pasienter med kroniske smerter i postoperativ smertebehandling. *Sykeplejersken*. 2014;114(14):76–80.
7. Li R, Andenæs R, Undall E, Nåden D. Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 2012(3):252–60. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0131
8. McCreadie M, Lyons I, Watt D, Ewing E, Croft J, Smith M, et al. Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *J Clin Nurs*. 2010;19(19–20):2730–40.
9. Morgan BD. Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):165–75.
10. Morley G, Briggs E, Chumbley G. Nurses' experiences of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(5):701–11.
11. Helsedirektoratet. Veileder IS-2190. Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker. I: Helsedirektoratet, red. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/873/Veileder-Organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker-IS-2190.pdf> (nedlastet 19.02.2019).
12. Ljoså TM, Undall E. Akutt smerteteam (AST) i HSØ. Sykehuset Telemark; 2018 [PP-presentasjon fra en konferanse]. Tilgjengelig fra: https://docs.wixstatic.com/ugd/lc047b_9e9ab7b9bb5f4d7e8bbfdd8323b572d.pdf (nedlastet 19.04.2018).
13. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
14. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalyse. I: Granskår M, Höglund-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2. utg. Lund: Studentlitteratur; 2012.
15. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 14.12.2017).
16. Nielsen AS. Behandlingsarbeid i team: teambaseret behandling med behandlerrotation. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
17. Skau GM. Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
18. Liberto LA, Fornili KS. Managing pain in opioid-dependent patients in general hospital settings. *Med Surg Nurs*. 2013;22(1):33.
19. Krokmyrdal KA, Andenæs R. Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):789–94.
20. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
21. Stubberud D-G, Eikeland A, Sjøbjerg IL. Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
22. Eide H, Eide T, Keeping D, Eide E. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
23. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 15.02.2019).
24. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
25. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd888ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (nedlastet 14.12.2017).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



PRIVAT SETTING: De pårørende opplevde intensivmiljøet som en stille avdeling med rolig atmosfære, der helsepersonellet trakk seg tilbake, men fortsatt overvåket pasienten. Bildet er ikke fra avdelingen som omtales i artikkelen. Illustrasjonsfoto: Doug Olson / Mostphotos

FORFATTERE

Gislaug Kyrkjebø

Intensivsykepleier, Thoraxintensiv og Klinikk for thoraxkirurgi, St. Olavs hospital

Kari Hanne Gjeilo

Forskningssykepleier og førsteamanuensis, Klinikk for hjertemedisin og Klinikk for thoraxkirurgi, St. Olavs hospital og Institutt for sirkulasjon og billediagnostikk, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

John-Arne Skolbekken

Professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

NØKKELORD

- Intensiv
- Pårørenderfaringer
- Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.76230

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pårørende kan bidra som viktige støttespillere for pasienten, også ved intensivopphold, men de pårørendes situasjon og innsats er ikke blitt tilstrekkelig belyst i tidligere forskning. Oppmerksomheten har vært på å identifisere pårørendes behov og deres tilfredshet med hvordan helsepersonellet imøtekommer behovene. Tradisjonelt har intensivavdelinger hatt besøksbegrensninger. Flersengsavdelinger har virket skremmende, med lite rom for privat samvær. Pårørendes erfaringer med enerom og liberale besøkstider er lite utforsket.

Hensikt: Vi ønsket å få frem mer kunnskap om pårørendes erfaringer i tilknytning til forlenget intensivopphold etter hjertekirurgi på en avdeling med enerom og liberale besøkstider.

Metode: Grounded Theory-basert studie med semistrukturerte intervjuer med seks pårørende til intensivpasienter. Vi utførte analysen av datamaterialet i henhold til Constructivist Grounded Theory (CGT).

Resultat: Pårørende søkte og fremmet trygghet ved å være til stede for pasienten og hjelpe pasienten med å komme gjennom intensivoppholdet. Pårørende opplevde at enerom, lite venting, liberale besøkstider, informasjon, tillit til helsepersonell, privat samvær med pasientene og en rolig atmosfære på avdelingen ga mulighet for en aktiv rolle der de kunne støtte og beskytte pasientene. Pårørende ønsket sterkt å bidra til at pasienten og andre familiemedlemmer ble tryggere i en usikker, uvant, travel og krevende situasjon preget av svingende håp og emosjoner. Ved besøk var de primært opptatt av å støtte pasienten og beskyttet vedkommende mot sine egne reaksjoner og urovekkende samtaleemner. Sterke inntrykk og omsorgen for pasienten kunne gjøre det vanskelig å forstå viktig informasjon fra helsepersonell.

Konklusjon: Pårørende ønsket å bidra til at pasientene ble tryggere under intensivoppholdet, og de opplevde at innsatsen deres var en viktig ressurs. En rolig atmosfære, tillit til helsepersonellet og skjermet nærvær med pasientene gjorde det mulig for de pårørende å støtte og gi omsorg til pasientene. Funnene utfordrer tradisjonelle perspektiver på pårørenderoller, der pårørende tilskrives en mottakende og passiv besøksrolle.

Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle

Med en rolig atmosfære på enerom, liberale besøkstider og tillit til helsepersonellet kan de pårørende være en ressurs for hjerteopererte pasienter på forlenget intensivopphold.

Intensivbehandlingen er i stadig endring. Endringene påvirker interaksjonen mellom helsepersonell, pasienter og pårørende (1, 2). Mens helsevesenets behandlingsansvar er ufravikelig, kan pårørende bidra som viktige støttespillere for pasienten, også ved intensivopphold (1, 3).

De pårørendes situasjon og innsats er ikke blitt tilstrekkelig belyst i tidlige forskning (1, 3, 4). Målet med denne studien er derfor å belyse pårørendes situasjon ved forlenget intensivopphold etter hjerteoperasjon.

Et planlagt forløp ved en hjerteoperasjon innebærer ett døgn på intensivavdeling, der pasientene ekstuberes etter noen timer. De fleste pasientene er da medtatte. Deretter overflyttes de til intermedisær overvåking i ett døgn, etterfulgt av noen dager på sengepost med eventuell overflytting til lokalsykehus. Ved behov for forlenget intensivopphold endrer forløpet karakter og har flere likhetstrekk med generelle intensivopphold.

Tidligere forskning

Forskning på pårørende til intensivpasienter har vært sentrert rundt kriseopplevelser og stressreaksjoner som kan utgjøre en helseisiko for pasientenes familier. Pårørendes mest sentrale behov er identifisert som åpen og ærlig informasjon, anledning til å være hos pasienten, forsikring om at pasienten er ivaretatt, håp, oppdatering om pasientens tilstand samt behov for trøst og støtte.

Funnene er bekreftet gjennom flere studier og fremstår som veldokumenterte (4–8). Ivaretagelsen av pårørende

er primært dokumentert gjennom målinger av pårørendetilfredshet (9, 10). For personalet er intensivsettingen hverdagslig, mens den er en unik erfaring for pasientene og deres familier. Pasienter, pårørende og personalet kan derfor ha ulike fortolkninger av de samme hendelsene (2, 6).

Det foreligger begrenset kunnskap om pårørendeerfaringer i flere kontekster – om hvordan disse erfaringene preges av

Som svar på disse miljøutfordringene er det utformet retningslinjer for pasient- og familieorientert omsorg i intensivavdelinger, der en familievennlig struktur inkluderer venterom, enerom og liberale besøkstider (11, 12). Retningslinjene åpner for at pasientenes familier involveres under intensivoppholdet, og at pårørendes behov i en vanskelig situasjon blir anerkjent og møtt av helsepersonellet (3, 6, 12).

«Det viktigste for de pårørende var å søke trygghet, først og fremst for pasienten, men også for seg selv og familien.»

samfunnet, kulturen, typen helsevesen og av ulike bakenforliggende årsaker til at pasienter trenger intensivbehandling. Forskningen på feltet har tatt utgangspunkt i og fokusert på situasjonen til etterlatte (4), slik at pårørendeerfaringer til intensivoverleverer og pårørendes erfaringer med andre typer intensivopphold ikke er blitt like godt belyst (2, 10).

Retningslinjer

Pårørende kan oppleve intensivmiljøet som en fremmed, stressende og hektisk verden preget av kompleks behandling med høyt innslag av teknologi. Pårørende utsettes for høyt støynivå, begrenset fysisk plass for familien på flersengsrom, omfattende besøksrestriksjoner, venting før besøk uten tilrettelagte fasiliteter og sterke inntrykk fra intensivpasienter samlet i større rom (11–13).

Hensikten med studien

Til tross for drøyt tretti års forskning på temaet og pågående debatt, spesielt om besøkstider, foreligger det fortsatt ubesvarte spørsmål om hvordan intensivavdelingene ulike strukturer erfarer av pårørende, og hvordan pårørende opplever samspeilet med pasientene og helsepersonellet innenfor ulike rammer og romløsninger.

Tidligere forskning på området har etterlyst studier som kan gi mer kunnskap om struktur og interaksjon i intensivsettingen (9, 14), da slik kunnskap kan bidra til at helsepersonell tilrettelegger bedre for pårørende.

Hensikten med studien vår var derfor å tilføre kunnskap om pårørendes erfaringer og opplevelser i tilknytning til intensivopphold etter hjertekirurgi på en avdeling der det er innført enerom og liberale besøkstider.

METODE

Kompleksiteten knyttet til pårørendeerfaringer og vår ambisjon om å få fra pårørendes perspektiv tilsa at vi skulle anvende et kvalitativt forskningsdesign basert på Corbin og Strauss' (15) tilnærming til Grounded Theory (GT).

I tråd med et utforskende utgangspunkt valgte vi et induktivt design. Vi utførte analysen av datamaterialet i henhold til prinsippene for Constructivist Grounded Theory (CGT) (15).

GT er tradisjonelt bygd på symbolsk interaksjonisme kombinert med pragmatisk filosofi. Forklaringer, prosesser, erfaringer og hvordan situasjoner blir håndtert, etterspørres i GT-studier. Analyse av samspill mellom handling, struktur og interaksjon står sentralt.

CGT representerer en videreføring av GT med et mål om å bedre kunnskapen om ulike mulige fortolkninger av virkeligheten i en gitt kontekst, hvor forskeren betraktes som en medaktør, ikke som en nøytral oppdager av objektive funn (15).

Vi rekrutterte pårørende gjennom pasienter som var blitt hjerteoperert og hadde hatt et opphold ut over ett døgn på intensivavdelingen. Avdelingen inngår i et relativt nybygd sykehus med enerom, venterom, samtalerom og ingen faste besøkstider.

Dataene ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med pårørende til hjerteopererte pasienter som hadde overlevd intensivopphold. Oppholdet varte ut over det som var forventet etter en standard hjerteoperasjon. Tabell 1 viser intervjuguiden.

Utvalg

Ambisjonen var å rekruttere ti informanter, men det lot seg ikke gjøre innenfor prosjektets tidsramme. Intervjuene fant sted to til seks måneder etter sykehusoppholdet, da vi la til grunn at situasjonen trolig var mer avklart for pasientene og antok dermed at pårørende hadde hatt tid til å reflektere over hendelsene.

Vi henvendte oss skriftlig til pasientene for å rekruttere den de valgte ut som sin nærmeste pårørende over 18 år.

På grunn av faren for sammenblanding av forskerrollen og rollen som intensivsykepleier eller helsepersonell ble henvendelsene sendt fra sykehuset uten at vi hadde innsyn i hvem som ble tilskrevet. Vi fikk dermed først kjennskap til deltakernes identitet når de selv sendte inn svarbrev med kontaktdata.

Studien er godkjent av REK (prosjektnummer 2014/1144) og er basert på deltakernes skriftlige samtykke.

Datamateriale

Datamaterialet omfatter intervjuer med fire ektefeller og to voksne barn, i alt fire kvinner og to menn. Førsteforfatteren, som er intensivsykepleier med lang erfaring med hjertekirurgiske intensivpasienter, intervjuet pårørende. Fire av

«Tillit var sentralt i informantenes fortellinger.»

intervjuene ble foretatt hjemme hos informantene og to i kontorlokaler.

Intervjuene varte mellom 1 ¼ og 1 ¾ time. De ble tatt opp på lydbånd og transkribert i fulltekst. For å styrke troverdigheten oppsummerte vi hovedpunktene på slutten av intervjuene da vi stilte spørsmål som «Har jeg forstått deg rett ...?».

Analysen omfattet transkripsjon av intervjuer, memoskriving og skriveprosess i tråd med GT, koding av materialet og videre analyse med utvikling av konsepter og kategorier (15). En av medforfatterne leste gjennom transkripsjonene, og begge medforfatterne tok del i analyse- og skriveprosessen.

I åpen koding var hensikten å bryte datamaterialet ned i mindre og mer håndterlige deler. Derfor laget vi matriser for å få oversikt. Se eksempel i tabell 2.

Åpen koding, matriser, notater fra

intervjuer og transkribering ga mulighet for å strukturere datamaterialet ved aksial koding i ulike temaer og kategorier, for så, i tråd med en sirkulær arbeidsform, å vende tilbake til datamaterialet for å validere analysen (15). Tabell 3 illustrerer analyseprosessen.

Under analysearbeidet noterte vi både typiske og avvikende funn og rettet oppmerksomheten mot alternative forklaringer (15). Etter hvert intervju sammenholdt, endret og kontrollerte vi konsepter og kategorier opp mot dataene i tråd med prinsippet i GT om konstant sammenlikning (15).

Dette gjorde vi for å styrke troverdigheten til vår tolkning av dataene. Målet var å belyse situasjonen ut fra informantens perspektiv. Vi ivaretok dessuten troverdigheten til kategoriene og konseptene ved å presentere relevante sitater fra transkripsjonene.

RESULTATER

Analysen frembrakte to hovedtemaer: Pårørende søkte og fremmet trygghet gjennom å støtte pasientene og gi omsorg til dem gjennom intensivoppholdet. Det andre temaet var at kombinasjonen av en familievennlig struktur med enersløsning, liberale besøkstider og positive opplevelser med helsepersonellet på intensivavdelingen gjorde det mulig for de pårørende å praktisere en støttende og aktiv rolle når de var på besøk.

Fremme trygghet

Det viktigste for de pårørende var å søke trygghet, først og fremst for

Tabell 1. Intervjuguide

1. Hvem i din familie ble hjerteoperert?
2. Kan du fortelle om hvordan du opplevde denne tiden?
3. Hva betydde det for deg at hjerteoperasjonen medførte et lengre intensivopphold?
4. Hvordan opplevde du det å være pårørende på intensivavdelingen?
5. Hva synes du var viktig å bidra med i denne situasjonen?
6. Hvordan opplevde du dialogen med helsepersonellet om det du hadde behov for av informasjon?
7. Hvordan opplevde du dialogen med helsepersonellet om det du ønsket å formidle til dem?
8. Hvordan var det tilrettelagt for pårørende på intensivavdelingen?
9. Opplevde du at du fikk hjelp og støtte?
10. Hva kunne gjort situasjonen lettere for deg?

pasienten, men også for seg selv og familien. Informantene opplevde at de var i en «boble» der de hadde all oppmerksomhet rettet mot pasientens ve og vel, og de mobiliserte energi og

krefter for å kunne støtte pasienten gjennom intensivoppholdet. Agendaen til de pårørende besto i første rekke av støttende nærvær:

«Da kom tårene uten at han sa noen

ting. Så han følte at vi var der, ja. For det sa han, at det var godt å se meg: 'Godt at du er her', sa han. Og det var nok til at jeg trakk ned dørene.»

Intensivoppholdene varierte fra et par dager til opptil to uker, og både planlagte og akutte forløp var representert i fortellingene til de pårørende. Operasjonsdagen innebar uansett uutholdelig spenning for de pårørende.

Noen pasienter kom seg raskt etter å ha gjennomgått et nytt inngrep, mens for andre dominerte komplikasjoner og en usikker prognose. De pårørende fortalte også om respiratorbehandling og ulike former for bevissthetsforstyrrelser. De pårørende besøkte pasientene minst én gang daglig.

Gjennom pasientforløpet hadde pårørende vært på besøk på et eller flere sykehus og var opptatt med reising, jobb og familieforpliktelser. Det var krevende å være pårørende til en alvorlig syk. De beskrev det å forholde seg til svingende pasientforløp og uro for pasientene som å befinne seg i «en emosjonell svingstang».

Tabell 2. Eksempel på matrise

Informant	Sjokk og kriseopplevelser	Skånetiltak	Hvordan? Oppgaver og løsninger	Trygg selv av
1	Liv/død-spenning	- Senser: ikke uroe pasienten, ikke fortelle alt	- «Holde hodet kaldt» - «Ikke knekke sammen» - «Naturlig å være der», «Vi var rett og slett bare der» - På «overvakt», sørge for alt det nødvendige - Bevare roen og ikke fortvile med én gang INNSIKT/OVERSIKT	- Familien til stede - Nattevakter ringte hvis noe skjedde - «Oppgående», krefter og full oversikt
2	- Krise - «Boble»/sjokk - Dobbeltkjør - Frisk --> plutselig syk	- Senser: ikke fortelle om uro i familien	- Være til stede. Være sterk og positiv. Oppmerksomheten på pasienten - Læringsprosess: ble kjent med nye sider ved seg selv - Fellesskap, positivitet hos pasienten: «være to om det» - I gode hender	- Religiøs tro - Positivitet: håp av at pasienten ble ivaretatt - Egen styrke
3	- «Boble», film, absurd - Liv/død-veksling: spenning --> ny spenning - Krise og løsning - Veksling/«svingstang»	- Avventet besøk, «ikke se ham i for redusert forfatning» - «Et pust utenfra»	- «Dette skal gå bra» uten å være urealistisk - Holde seg oppdatert: tif. + nærvær - Åpenhet for tillit, trøst og bli oppmuntret - Sette ord på bekymringer - Pasienten ved godt mot! - tillit til helsevesenet - Være sterk	- Gode fagfolk - Tillit, håp - Åpen og ærlig informasjon, erfaring og egne ressurser
4	- Pendel: spenning og krise - Skuffelse - Plutselig kritisk syk	- Ikke vise egen uro - Holde følelser i sjakk - Balansering, realitetsorientering	- Status/oversikt så fort som mulig - Trøste, berolige, støtte - Realitetsorientere, være til stede mentalt - Bistand på ulike måter - Ordne opp praktisk	- Kompetansetungt miljø - Oversikt - Tidligere kunnskap og erfaringer - Håp!
5	- Spenning, spesielt operasjonsdagen - «Boble» - Ikke så overraskende - Løsning	Rolig nærvær - normale omgangsformer: «flire litt»	- Bidro med nærvær: Pasienten følte seg tryggere. Bekreftelse på at forløp var i henhold til plan, og at helsepersonell hadde kontroll - «Kan gå bra om det ikke ser så bra ut» - «Ta tida til hjelp» - «Stole på helsevesenet»	- Tillit til kompetanse, helsevesen og plan - Håp
6	- Løsning, men spenning	Rolig nærvær - samtale utenfor pasientens hørevidde	- Tro på og håp om at det skulle gå bra når så mange andre kom seg gjennom forløpet - Være til stede --> trakk ned dørene fordi pasienten sa «Godt at du er her»	- At pasienten ble ivaretatt, at noen var på rommet - Å bli informert - Håp - Tillit, «kontroll»

Tabell 3. Analyse av dataene

Kontinuerlig loggføring	Primærkoding	Matriser	Aksialkoding	Hovedkategorier
Intervjufase: hovedpunkter etter hvert intervju samt erfaringer	Mikroanalyse av data: spørreord, metaforbruk, uttrykk?	2 matriser med temabaserte koder	Bygge data opp igjen - temaer og konsepter	Hva binder dataene sammen? Hvordan forklares hovedkategoriene med underkategorier?
	44 koder	11 kolonner		2 hovedkategorier
Reflektere over intervjurollen	Kode baklengs: mer detaljorientert		Visuelle modeller utarbeidet	Underkategorier som viser hvordan hovedutfordringer ble løst
Relevant litteratur, veiledning	Ny koding ved nye innspill fra informanter		Litteratursøk i ulike faser	
	Er konsepter og temaer relevante?		Er konsepter og temaer relevante?	Er kategorier relevante og overgripende? Annen forskning?

Ulik grad av trygghet innen samme familie

Noen familiemedlemmer klarte knapt å være på besøk og ble beskrevet av informantene som «helt ferdige». Informantene påla seg selv å skjule sin egen uro for pasientene når de var på besøk. Noen reagerte sterkt på det første møtet med pasienten på intensivavdelingen, noe som ble forsterket av at de ikke var forberedt på pasientens endrede utseende og bevissthet. En pårørende beskrev et møte med en pasient etter en akutt operasjon, som tidligere var frisk, slik:

«Det er veldig mange som kan bli negativt overrasket over egne reaksjoner når de møter en mor eller farmor i en sånn situasjon og blir overveldet negativt fordi de opplevde intensivavdeling for første gang med måleapparat, pusteapparat og en nær slektning midt oppe i det som forandret hudfarge fra normal til grå i løpet av dagen.»

Å beskytte pasienten innebar å unngå å snakke om urovekkende emner, forlate avdelingen når de observerte at pasienten ble sliten, ikke forstyrre helsepersonellet i pasientrettet arbeid og bestrebe

seg på å opptre rolig overfor pasientene:

«Nå må jeg vise til min mor at jeg er bekymret, men ikke så bekymret at hun blir bekymret for at jeg blir bekymret! Så det er en sånn balansegang en må ha som pårørende, for jeg så jo hvor redd og preget hun var, da.»

Det virket betryggende for de pårørende å observere at pasienten ble beroliget av nærværet deres, noe som styrket troen på deres egen innsats. Informantene signaliserte et bekreftende familiefellesskap: Dette var noe de skulle komme gjennom sammen. De oppmuntret og avledet våkne pasienter fra uro og ubehag. Utenfor sykehuset påtok de seg oppgaver pasientene normalt skjøttet, de hadde omsorgsoppgaver for andre familiemedlemmer, og de oppdaterte sosiale nettverk om pasientens tilstand.

Handlingsrom for aktivt nærvær

Intensivmiljøet var nytt og ukjent for informantene, som beskrev en stille avdeling med rolig atmosfære, og de opplevde ikke intensivmiljøet som skremmende. Liberale besøkstider og enerom la godt til rette for at de pårørende kunne være til stede på pasientrommet:

«Så var det bare å gå rett på, for å si det sånn. Å få tilgang var uproblematisk for oss, vi kom rett på hele tiden!»

«For oss var det ikke mye venting, vi var på rommet hans. Han hadde jo enerom, ikke sant?»

«Enerom kontra flermannsrom, det er utrolig stor forskjell. Så det oppfattet jeg som utrolig positivt. Det gjorde på en måte det å være pårørende veldig enkelt, du har ingen andre momenter å forholde deg til enn pasienten og behandlingen. Og det, det er jo det du ønsker skal være i fokus når du besøker et sykehus.»

Det var muligheter for trygge, «private» rom mens helsepersonellet trakk seg tilbake, men fortsatt overvåket pasienten. Personalet ble overveiende beskrevet som «hyggelige», og informantene følte seg velkomne på avdelingen. Dialogen med helsepersonellet på pasientrommet bar imidlertid preg av en viss tilbakeholdenhet. I tillegg til å skåne pasienten for uro var

pårørende opptatt av å kommunisere med pasienten og utøve omsorg.

Ønsket mer informasjon fra helsepersonellet

De ønsket heller ikke å forstyrre helsepersonellet når de utførte pasientrettet arbeid. Derfor etterlyste informantene at helsepersonellet tok mer initiativ til å gi informasjon, ikke bare om pasienten, men om hvilke yrkesgrupper de hadde snakket med, døgnrytme, egne besøkstidspunkter og helsepersonellens forventninger til de pårørende.

«Også i Norge er pårørende blitt betraktet mer som besøkende enn som en ressurs for pasientene.»

I tillegg foreslo informantene at helsepersonellet ga en kort orientering om pasientens tilstand før besøk, en kort samtale med personalet etter besøk samt informasjonsmøter etter at den første sjokkfasen hadde lagt seg. Samtaler og møter utenfor pasientrommet ville også gi pårørende anledning til å snakke om sin situasjon og sine egne reaksjoner.

Informantene ble beroliget av at hjerterkirurgi i dag betraktes som en rutineoperasjon, og av bekreftelser på at det planlagte pasientforløpet i hovedsak ble fulgt. Komplikasjoner og betydelige avvik fra det planlagte pasientforløpet etter operasjonen reiste nye, ubesvarte spørsmål for noen av informantene. At disse spørsmålene ikke ble besvart, kunne skyldes manglende informasjon, men også at de ikke hadde forstått eller husket det de var blitt informert om:

«Vi fikk høre at det var så mange som tok denne operasjonen, og at det gikk bra. Vi håpet på det. Vi fikk egentlig ikke noen forklaring, de sa at alle prøvene var fine. Men der og da tenkte jeg at det der får jeg sikkert høre siden.»

Tillit hang sammen med informasjon

For pårørende var det knyttet tett sammen hvorvidt de fikk informasjon,

og hvorvidt de fikk inntrykk av at helsepersonellet var kompetente. Hvordan helsepersonellet formidlet informasjon, var avgjørende for hvorvidt helhetsinntrykket var tillitsvekkende:

«Akkurat hvor mye oversikt jeg følte at jeg hadde, det er jeg usikker på. Jeg fikk forståelsen av at de hadde kontroll på ting. Det var egentlig det viktigste for meg. Faguttrykk og alt det der betyr ikke så mye. At jeg ikke husker på alt kirurgen sa, er ikke hans feil.»

Tillit var sentralt i informantenes fortellinger. Pårørende hadde generelt stor tillit til helsevesenet, men i denne aktuelle settingen opplevde de tilliten som påtvungen:

«Man er totalt overgitt de menneskene som er rundt deg, om de maskinene fungerer. Man må jo bare ha tiltro til at alt skal fungere! Man kan ikke liksom gå inn i det og forvente eller lete etter feil, en må jo bare ha tiltro, ikke sant?»

Etter å ha observert at pasienten ble ivaretatt, opplevde informantene at den generelle tilliten til helsevesenet ble innfridd. Denne vissheten medvirket til at de stolte på at pasientene var i gode hender når de selv ikke var til stede.

Støtte fra helsepersonellet

Informantene ønsket informasjon fra leger og sykepleiere, men noen mente at helsepersonellet først og fremst skulle konsentrere seg om pasienten. Noen familiemedlemmer ivaretok hverandre og trengte derfor ikke støtte fra helsepersonellet så lenge pasienten kom seg gjennom intensivoppholdet. Andre ønsket og fikk den støtten de hadde behov for av helsepersonellet, men erfaringene varierte:

«For min egen del, tror jeg, at jeg var i sjokk, jeg var ikke i stand til å ta kontakt selv. Så jeg tror nok det hvis det hadde vært noen der som hadde tatt kontakt med meg, og satt seg ned og pratet litt, det tror jeg hadde gjort godt.»

Informanter som fikk støtte av helsepersonellet, oppfattet den som betryggende:

«Man er jo veldig sårbar som pårørende, en skal jo være til stede for den som er syk. Da er det godt at en kan få litt trøst og forståelse fra den som kan faget sitt, og at de skjønner at du er litt skjør,

at du faktisk trenger å få høre at det her går bra. Det er sånne småting som tar bort ærefrykten, som tar bort skrekken for slanger. At de tar seg tid, at du møter blikk, kanskje at de gir deg et lite smil.»

De pårørendes erfaringer med rolle til helsepersonellet varierte, men alle ønsket å kunne bidra til at pasientene ble tryggere gjennom de pårørendes støttende nærvær og omsorg.

DISKUSJON

Ved forlenget intensivopphold etter hjertekirurgi var det viktig for pårørende å gjøre pasientene tryggere gjennom beroligende, bekreftende, beskyttende og oppmuntrende nærvær.

Positive erfaringer med helsevesen og helsepersonell som opptrådte tillitvekkende, ingen ventetid, liberale besøkstider og en rolig atmosfære med muligheter for privat samvær på enerom åpnet for en aktiv pårørenderolle med egendefinert, pasientrettet agenda.

Pårørendes rolle

Engasjerte pårørende med stor tiltro til betydningen av sin egen rolle utfordrer tradisjonelle perspektiver på pårønderoller (16, 17), der familiers kapasitet og innsats for intensivpasientene er blitt lite vektlagt (1, 3, 14).

Også i Norge er pårørende blitt betraktet mer som besøkende enn som en ressurs for pasientene (18). Det å definere pårørende som passive besøkende eller som ressurser kan ha betydning for interaksjonen mellom de pårørende og helsepersonellet.

Funnene er i tråd med forskning på pårørende til intensivpasienter når det gjelder vektlegging av trygghet, kompetanse og ivaretagelse av pasienten, ærlig informasjon samt viktigheten av en familievennlig struktur (4–8, 12).

Pårørendes innsats er betydningsfull

Informantenes ønske om å stille opp for pasientene er blitt identifisert i tidligere forskning (4, 7, 8, 19). Studier har vektlagt at deltakelse er viktig for de pårørendes egen helsetilstand (20, 21), men har i mindre grad fått frem at pårørendes innsats er viktig for pasientene. Informantenes håp og positive forventninger til

hertekirurgi kan ha gjort det lettere for informantene å innta en ytende rolle.

Forskning har vist at pårørende ikke opplever samme belastninger ved intensivbehandling etter planlagt kirurgi som ved akutte intensivforløp (22). På den annen side er betydningen av pårørendes innsats for svært syke intensivpasienter blitt dokumentert i forskning (3, 23), noe som viser at sykdomskonteksten kan ha innvirkning, men ikke utgjør en forutsetning for at de pårørende kan innta aktive roller.

Forventninger til at pasienten skulle komme seg vel gjennom hjertekirurgi og intensivopphold, medvirket til at noen informanter ikke anså seg selv som en målgruppe for støtte fra helsepersonell. De ønsket kun informasjon, da familien tok vare på hverandre. Viktigheten av helsepersonells støtte og ivaretagelse av pårørende er nærmest blitt tatt for gitt, og er derfor i liten grad diskutert.

Forskning har tidligere vist at pårørende til intensivpasienter fortrenger egne behov fordi de er så oppmerksomme på pasientens situasjon (4, 7, 8, 20). Selv om noen pårørende ikke synes at de har behov for støtte, vil medlemmer av samme familie kunne reagere ulikt på pasientens sykdomsforløp og intensivopphold og ha større behov for engasjement fra helsepersonell. Pårørende er ulike med tanke på omsorg for pasientene, deltakelse, reaksjoner på pasientens sykdom og behov for støtte.

Informantene etterspurte oppdateringer om pasientens tilstand. For noen var bekreftende informasjon etter hjertekirurgi tilstrekkelig, men ikke når pasientforløpet tok en annen retning. Det er tidligere vist at avvik fra beskrevet behandlingsforløp øker pårørendes behov for forklaringer (24). Når anvendelsen av standardiserte pasientforløp i helsevesenet tiltar, kan reaksjoner og behov ved avvikende forløp utgjøre en aktuell problemstilling også for andre pårørendegrupper.

Tillit til helsevesenet

Informantene hadde tillit til helsevesenet generelt. De opplevde at helsepersonellet på avdelingen levde opp til denne tilliten. Pårørendes observasjoner av

hvordan helsepersonell ivaretok pasienten, og deres kontakt med helsepersonellet bekreftet at pasienten var i trygge hender. Viktigheten av at pårørende erfarer at pasientene blir tatt godt hånd om, samsvarer med forskning som har vist at pårørende beroliges av omsorg, godt håndverk og engasjement fra helsepersonell (4, 5, 8, 20, 21).

Når informantene opplevde at helsepersonellet hadde kontrollen, kompenserte det for et ufullstendig bilde av forløpet. Betydningen av tillit til helsepersonellet kan forklare forskningsresultater som viser at selv om majoriteten av pårørende ikke forsto innholdet i det som ble formidlet, var de like fullt fornøyde med informasjonstilbudet (25).

Forskning viser også at pårørende har avstått fra å stille spørsmål om uklarheter når de har tiltro til helsepersonellet (26). Dette funnet står i kontrast til forskningsresultater fra intensivavdelinger som i liten grad gir besøkende adgang, og der restriksjoner og venting har medført betydelig frustrasjon for pårørende og skapt mer usikkerhet (17).

Pårørende beskyttet pasienten

En viktig oppgave for informantene var å beskytte pasienten, som vi forstår som å skåne og skjerme pasienten. Ifølge forskning på pårørende som bor i stater med lav samfunnsmessig tillit, hadde beskyttelse en annen betydning da de overvåket helsepersonellens behandling av og omsorg for pasientene.

De antok at helsepersonellet gjorde mer for pasientene når pårørende var til stede (27). Pårørende påtok seg da en vaktende, advokatliknende rolle for å ivareta pasientens interesser (3, 16, 17, 20, 23, 28), mens informantene våre stolte på at pasientene uansett ble tatt godt hånd om.

Ambisjoner om å beskytte pasienten kom i konflikt med informantenes ønske om å stille spørsmål til helsepersonellet. Forskning har vist at pårørende avstår fra å stille spørsmål til helsepersonell ut fra beskyttelseshensyn, for å skåne pasienten for urovekkende samtaleemner på pasientrommet (7, 8, 29).

De la til grunn at helsepersonell som utfører pasientomsorg, ikke kan vie for

mye oppmerksomhet til pårørende. Studien peker på et behov for alternative arenaer for kommunikasjon med intensivpårørende (13, 19, 24).

Mer tilfredse med enerom

Informantene syntes det var enkelt og mulig å yte omsorg til og støtte pasientene gjennom intensivperioden når de lå på enerom. Intensivavdelinger med enerom er lite utforsket, men målinger av tilfredshet før og etter omlegging av romstruktur viser at tilfredsheten tiltar når det gis mulighet for privatliv og bedre atmosfære på avdelingen vektlegges (30).

Resultatene fra disse studiene representerer en endring fra forskning der intensivmiljøet beskrives som skremmende og støyende (10, 11). Selv om intensivmiljøet fremstår som roligere, etterlater møter med et kritisk sykt familiemedlem likevel sterke inntrykk som gjør at pårørende fortsatt vil ha behov for forberedende informasjon (4, 13, 31).

Ulike familiemedlemmer opplevde nærværet forskjellig på intensivavdelingen, men dette funnet er lite belyst i tidligere forskning (4). Ifølge Olsen og medarbeidere har intensivpasienter bekymret seg for at enkelte familiemedlemmer ikke tåler å komme på besøk (32). Slike funn kan løfte frem variasjon i erfaringer og opplevelser, ikke bare mellom familier, men også innenfor den enkelte familie.

Pårørendes erfaringer viste at en moderne, familievennlig struktur og tillitvekkende erfaringer med helsepersonell tilrettela for at pårørende kunne innta en støttende og ytende rolle overfor pasientene. Denne pårønderollen fremstår som mer aktiv og mindre mottakende enn det som tidligere er vist i forskning.

Metoderefleksjon

Intervjuene genererte rikholdig informasjon om pårørendes erfaringer og opplevelser. Pårørendes perspektiv og stemmer kom frem, også om forhold vi ikke stilte spørsmål om i intervjuguiden, som at informantene la stor vekt på betydningen av tillit til helsevesenet generelt og til helsepersonell de

hadde kontakt med gjennom pasientforløpet. Vi drøftet funnene ut fra relevant forskning, og vi har grunn til å mene at funnene er relevante for pårøndererfaringer i en liknende kontekst.

Antallet informanter ble lavere enn planlagt, da vi satte strek ved seks informanter etter ni måneder. Det lave antallet er en svakhet ved studien. Til tross for at vi hadde ambisjoner om å rekruttere flere informanter, mener vi at datamaterialet i form av pårøndererfaringer rommet både felles og mer varierte erfaringer, noe som styrket analysen av funn (15,

«Denne pårønderollen fremstår som mer aktiv og mindre mottakende enn det som tidligere er vist i forskning.»

33). Antall informanter vurderes prinsipielt etter hvorvidt dataene belyser problemstillingen i tilstrekkelig grad.

Da utvalget besto av informanter som ble hentet fra en avgrenset populasjon, der informantene hadde erfaringer fra et avgrenset og definert felt, kan det forsøres å nedjustere kravet til antallet informanter (33).

Vi konkluderte med at utvalget informanter var sammensatt ut fra ulike familiære roller, kjønn og geografisk tilhørighet, datagrunnlaget var tilstrekkelig, og vi oppnådde metning i datamaterialet. Det er likevel mulig at pasientene rekrutterte familiemedlemmer ut fra ulike familiære roller, men som likevel hadde mye felles, og at funnene ble preget av dette.

Funnene er basert på en tolkning av intervjumaterialet. Intervjueren inntok en dobbeltrolle som forsker og fagutøver. Vi unngikk å blande sammen yrkesrolle og forskerrolle i intervjusettingen ved at vi ekskluderte pasienter som førsteforfatteren, som også er intensivsykepleier, hadde hatt pasientansvaret for. Rollen som intensivsykepleier kan likevel ha påvirket informantene og bidratt til at de underkommuniserte kritikk.

God kjennskap til feltet, både hos førsteforfatteren og en av medforfatterne, er en styrke for studien. Likevel innebærer yrkestilknytning en risiko for forutinntatthet og utilstrekkelig avstand til feltet ved tolkning av data (15). Denne risikoen er forsøkt redusert ved at vi involverte en medforfatter uten samme tilknytning i alle leddene i forskningsprosessen.

Dataene bygger på pårørendes fortellinger i etterkant av intensivoppholdet, noe som kan ha preget funnene, både med hensyn til hvordan hendelsesforløpet ble erindret, og hvordan det ble vurdert. Detaljerte opplysninger kan lett glemmes, men det er uvisst om glemt informasjon forringer kvaliteten ved formidling av mer sammensatte opplevelser og erfaringer.

Informantene var pasientenes ektefeller av begge kjønn samt voksne barn av begge kjønn. Det er ukjent om variasjon i familiære roller og kjønn hadde betydning for våre funn, men vi mener at familieroller og familiedynamikk i tillegg til individuelle reaksjoner i samme familier bør belyses gjennom forskning.

KONKLUSJON

Pårørende erfarte at det var mulig med trygghetsopplevelser til tross for spenning og usikkerhet i intensivperioden. Tillit til helsepersonellet, informasjon, forventninger til hjertekirurgisk behandling og en familievennlig struktur la grunnlaget for en mer aktiv pårønderolle enn det som er beskrevet i tidligere forskning.

Pårørende opplevde at de var en viktig ressurs for intensivpasientene gjennom den innsatsen de gjorde. Dette funnet utfordrer tradisjonelle perspektiver på pårønderoller, der pårørenden primært tilskrives en mottakende og passiv besøksrolle. Funnene peker på stor variasjon i reaksjonsmønstrene innenfor samme familie, noe som i liten grad er blitt belyst tidligere, og som bør utforskes nærmere. ●

Takk til pasientene som rekrutterte en av sine pårørende, og takk til de pårørende som deltok i studien.

Vi vil også takke Klinikk for thoraxkirurgi ved St. Olavs hospital.

Til sist takker vi Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av intensivsykepleiere for at førsteforfatteren fikk delta på skriveseminar i 2017.

REFERANSER

- Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*. 2012;18(5):540–7.
- Hwang DY, Yagoda D, Perrey HM, Currier PF, Tehan TM, Guanci M, et al. Anxiety and depression symptoms among families of adult intensive care unit survivors immediately following brief length of stay. *Journal of Critical Care*. 2014;29(2):278–82.
- McAdam J, Arai S, Puntillo K. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 2008;34(6):1097–101.
- Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(4):501–9.
- Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs*. 2012;22(11–12):1651–8.
- Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2007;36(5):367–76.
- Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1998;14(4):161–9.
- Linnarsson JR, Bubini J, Perseus K-I. Review: a meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(21–22):3102–11.
- Rothen HU, Stricker KH, Heyland DK. Family satisfaction with critical care: measurements and messages. *Current Opinion in Critical Care*. 2010;16(6):623–31.
- Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest*. 2007;132(5):1425–33.
- Choi Y-S, Bosch SJ. Environmental affordances: Designing for family presence and involvement in patient care. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2013;6(4):53–75.
- Davidson JE, Aslaksen RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103–28.
- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimensions of critical care nursing*. DCCN. 2014;33(4):181–93.
- Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*. 2015;19(6):1183–1202.
- Corbin JM, Strauss AL. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, California: Sage; 2008.
- Levine C, Zuckerman C. Hands on/hands off: Why health care professionals depend on families but keep them at arm's length. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2000;28(1):5–18.
- Vandall-Walker V, Clark AM. It starts with access! A Grounded Theory of family members working to get through critical illness. *Journal of Family Nursing*. 2011;17(2):148–81.
- Haugdahl HS, Eide R, Alexandersen I, Paulsby TE, Stjern B, Lund SB, et al. From breaking point to breakthrough during the ICU stay: A qualitative study of family members' experiences of long-term intensive care patients' pathways towards survival. *J Clin Nurs*. 2018;27(19–20):3630–40.
- Blom H, Gustavsson C, Sundler AJ. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients – A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013;29(1):1–8.
- Johansson I, Fridlund B, Hildingh C. What is supportive when an adult next of kin is in critical care? *Nursing in critical care*. 2005;10(6):289–98.
- Robley L, Ballard N, Holtzman D, Cooper W. The experience of stress for open heart surgery patients and their caregivers. *Western Journal of Nursing Research*. 2010;32(6):794–813.
- Halm MA, Treat-Jacobson D, Lindquist R, Savik K. Caregiver burden and outcomes of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2007;36(3):170–87.
- Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, Ilaoa D, et al. In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2010;38(3):808–18.
- Micik S, Borbasi S. Effect of support programme to reduce stress in spouses whose partners 'fall off' clinical pathways post cardiac surgery. *Australian Critical Care*. 2002;15(1):33–40.
- Mathew JE, Azariah J, George SE, Grewal SS. Do they hear what we speak? Assessing the effectiveness of communication to families of critically ill neurosurgical patients. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*. 2015;31(1):49–53.
- Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*. 2005;10(1):23–30.
- Schenker Y, White DB, Asch DA, Kahn JM. Health-care system distrust in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 2012;27(1):3–10.
- Gibson V, Plowright C, Collins T, Dawson D, Evans S, Gibb P, et al. Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nursing in Critical Care*. 2012;17(4):213–8.
- Dreyer A, Nortvedt P. Sedation of ventilated patients in intensive care units: relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(5):549–56.
- Jongerden IP, Slooter AJ, Peelen LM, Wessels H, Ram CM, Kescioglu J, et al. Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before–after study. *Intensive care medicine*. 2013;39(9):1626–34.
- Health talk.org. Intensive care: experiences of family & friends 2015 [opdatert 2016, sitert 13.10.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/intensive-care/intensive-care-experiences-family-friends/topics>.
- Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009;25(4):190–8.
- Kelly SE. *Qualitative interviewing techniques and styles*. I: Dingwall R, De Vries R, Bourgeault L, red. *The Sage handbook of qualitative methods in health research*. London: Sage; 2010. s. 307–26.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE

NSFs Faggruppe av lungesykepleiere

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe av lungesykepleiere (NSF FLU) er en landsomfattende faggruppe for NSFs medlemmer som arbeider med lungepasienter i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Lungefaget omfatter både kronisk, akutt, kritisk og uheldredelig syke. Lunge- og respirasjonssykdommer øker stadig, og behandlingsmulighetene stiller høye krav til kompetanse og kvalitet. NSF FLU gir medlemmene tilbud om forskningsnettverk, faglig nettverk og oppdatert kunnskap innen fagfeltet.

Faggruppen skal bidra til å øke bevisstheten innen lungefaget, og til at sykepleiere

innen fagfeltet blir trygge i behandling og forebygging, og i støtte til pasienter og pårørende.

- NSF FLU skal
- arbeide for å øke kvaliteten på sykepleie til lungepasienter
 - bidra til forebygging av lungesykdom
 - bidra til utvikling, utdanning og forskning innen sykepleie til lungepasienter
 - ha nasjonale og internasjonale kontakter
 - samarbeide med andre faggrupper og pasientorganisasjoner
 - bidra til å utvikle og videreutvikle utdanningsprogrammer av høy kvalitet

● muliggjøre samarbeid og erfaringsutveksling på tvers av sykehus og kommuner i Norge

Faggruppen tilbyr:

- *Fagblad for lungesykepleiere* to ganger i året
- nyhetsbrev
- årlig landskonferanse
- kurs i respirasjonsfysiologi og måleteknikk hvert annet år
- lokale faggrupper i de fleste fylkene
- stipender og støtte til konferanser, kurs og kongresser

Lyst til å bli medlem? Meld deg inn via vår nettside på nsf.no eller ring 02409 (medlemstjenester).



PRAKSIS: Intensivsykepleier Michael Mortensen veileder Veslava Petrovskaja på Haukeland universitetssjukehus. Foto: Marit Fonn

FORFATTERE

Ragnhild Nyhagen

Intensivsykepleier og høgskolelektor, Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høgskole

Mons Sjøberg

Intensivsykepleier og seksjonsleder, Oslo universitetssykehus

Mona Austenå

Intensivsykepleier og høgskolelektor, Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høgskole

Anne Lene Sørensen

Førstelektor og studieleder, Lovisenberg diakonale høgskole

Jofrid Høybakk

Høgskolelektor, Lovisenberg diakonale høgskole

Kristin Heggdal

Professor og forskningsleder, Lovisenberg diakonale høgskole

NØKKELORD

- ▶ Aksjonsforskning
- ▶ Organisering
- ▶ Veiledning
- ▶ Ledelse
- ▶ Intensivsykepleie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.74893

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Utdanningen av intensivsykepleiere i Norge er i stadig endring ved at utdanningen beveger seg i retning av å bli mer akademisk samtidig som kravet til en høy andel praksisstudier opprettholdes. Denne endringen stiller krav til organiseringen av praksisveiledningen.

Hensikt: Prosjektet hadde til hensikt å øke kvaliteten på praksisveiledningen ved hjelp av organisatoriske endringer.

Metode: Dette aksjonsforskningsprosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom en intensivseksjon ved Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høgskole (LDH). Seks intensivsykepleiere som var veiledere for intensivstudenter i praksis, deltok i prosjektet og fulgte et kull med studenter ved masterutdanningen ved LDH gjennom tre praksisperioder. I den samme perioden gjennomførte de et opplærings- og oppfølgingsprogram bestående av et emne i klinisk veiledning på 10 studiepoeng, og deltok i veiledningsgrupper, refleksjonsgrupper samt planleggings- og evalueringsmøter. Veilederes erfaringer ble studert gjennom fokusgruppeintervjuer før, underveis og etter prosjektperioden.

Resultat: Veilederne opplevde at prosjektet hadde positive konsekvenser for kvaliteten på studentveiledningen. Fellesskapet med de andre veilederne, kompetansutvikling og mulighet til diskusjon og veiledning på problemstillinger i praksis var verdifullt for å utvikle veilederrollen. Gjennom kontinuerlig evaluering av praksis og utprøving av nye tiltak fikk veilederne mulighet til å delta i utvikling av praksis. Gjennom nært samarbeid mellom lederen og veilederne gjorde vi noen organisatoriske grep for å tilpasse driften til veiledning.

Konklusjon: Det vil alltid være et gap mellom hva som er ønskelig, og hva som er mulig å få til på en arbeidsplass med høy aktivitet, stadige endringer og begrensede økonomiske og bemanningsmessige ressurser. I dette prosjektet var det et mål å verksette tiltak som var gjennomførbare innenfor ordinære driftsrammer. Vi erfarte at små grep kan gi store gevinster.

Små organisatoriske grep kan gi bedre praksisveiledning på intensivavdelinger

Tiltak som bli-kjent-dag, tidlig løs-funksjon, gruppemøter og internundervisning ga store gevinster for veilederne og studentene på Oslo universitetssykehus.

Utdanningen av intensivsykepleiere i Norge er i stadig endring. Utviklingen har gått fra bedriftsintern opplæring via videreutdanning på høgskolenivå til spesialisering som intensivsykepleier på mastergradsnivå. Samtidig som utdanningen beveger seg i retning av å bli mer akademisk, opprettholdes kravet til en høy andel praksisstudier (1).

Når utdanningen blir mer avansert, øker også kravet til veiledere i praksis. Hvis kvaliteten på praksisstudiene skal holde tritt med utviklingen, må det tenkes nytt rundt organiseringen av praksisveiledningen.

Tidligere forskning

Internasjonale studier peker på at veiledning er en krevende oppgave, og at rammefaktorene for veiledning ofte ikke er tilfredsstillende. En australsk studie viste at mangelen på et formalisert veiledningsprogram resulterte i at veilederne opplevde høyt arbeidspress, manglende opplæring, lite samarbeid med andre veiledere og lite tid til planlegging (2).

En svensk studie viste at nettopp veiledningsutdanning, tilbakemeldinger på veiledningen, tid til forberedelser og støtte fra ledelsen var faktorer som fasiliterte veiledningen (3). Veiledere ved en norsk intensivavdeling rapporterte at nok tid og involvering fra ledelsen var viktige rammefaktorer (4).

Veiledere av svenske bachelorstudenter evaluerte en veiledningsmodell som var utarbeidet for å redusere mangler og fasilitere et godt akademisk læringsmiljø. De syntes veiledningsmodellen var nyttig. En risikofaktor i praksisstudier var at praksisveilederne ikke hadde tilstrekkelig akademisk eller pedagogisk

kompetanse (5). En litteraturstudie oppsummerer med at strukturerte veiledningsprogrammer er viktige for både opplæring, rekruttering og tilfredshet hos sykepleiere (6).

Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er en pedagogisk modell som kan være til hjelp med å planlegge, gjennomføre og evaluere undervisning og veiledning. Modellen ble utviklet av Bjørndal

«Veilederne etterlyste større forståelse fra ledelse og kollegaer for hvor ressurskrevende det er å ha veilederansvar.»

og Lieberg (7) og er videreutviklet av Hiim og Hippe (8). Modellen beskriver følgende seks sentrale faktorer som har betydning for læring: læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, læreprosessen og vurdering.

Faktorene er avhengige av hverandre og inngår i et helhetlig system der ingen av faktorene egentlig kommer først (8). Vi har i denne artikkelen valgt å trekke frem de organisatoriske rammefaktorene og vil vise hvordan disse faktorene påvirker deltakerne i prosjektet og således er avgjørende for helheten.

Hensikten med studien

Dette prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom en intensivseksjon ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Lovisenberg diakonale høgskole (LDH). Vi ønsket å utforske nye måter

praksisveiledningen av intensivsykepleierstudentene ved seksjonen kunne organiseres på. Motivasjonen var å lage rammer for veiledningen som ga et bedre tilbud til både veiledere og studenter. Det ledet oss til følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan veiledning organiseres for å øke kvaliteten på praksisveiledningen?

METODE

Forskningsdesign

Vi anså aksjonsforskning som et godt design for dette prosjektet, da hovedideen med aksjonsforskning er at problemer i praksis kan studeres vitenskapelig sammen med dem som faktisk kjenner på problemene (9). Metoden innebærer at løsninger kommer fra bunnen i organisasjonen, et såkalt bottom-up-perspektiv (10).

Praktikerne deltar aktivt for å kritisk vurdere gjeldende praksis og finne forbedringsmuligheter. Aksjonsforskning er en dynamisk prosess, og praksis kan endres gjennom tidsperioden der datainnsamlingen skjer, og nye tiltak iverksettes (11). Forskning og endringer i praksis skjedde parallelt, og data ble samlet inn og analysert kontinuerlig.

Forskergruppa

Fra intensivseksjonen deltok to intensivsykepleiere med mastergrad, der den ene var prosjektleder. I tillegg deltok seksjonslederen. Fra høgskolen deltok en høgskolelektor samt studielederen og forskningslederen. De to intensivsykepleierne hadde også delstillinger ved høgskolen i prosjektperioden. Gruppa hadde jevnlig møter

fra vi startet planleggingen av prosjektet i mai 2016 frem til vi publiserte prosjektets resultater.

Etiske overveielser

Vi innhentet godkjenning til å gjennomføre prosjektet fra personvernombudet på sykehuset. Prosjektet ble gjort kjent gjennom rundskriv og muntlig informasjon til sykepleierne ved seksjonen.

Vi informerte om at det var frivillig å delta, og at det var anledning til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt i prosessen. Intensivsykepleiere med spesielt engasjement for veiledning ble oppfordret til å delta. Prosjektdeltakerne signerte informert samtykke før prosjektstart.

Utvalg

Seks intensivsykepleiere deltok i prosjektet. De hadde 2–16 års erfaring som intensivsykepleiere og ulik erfaring med veiledning. Felles for dem var interessen og engasjementet for studentveiledning.

Aktiviteter i prosjektet

Prosjektdeltakerne fikk tilbud om et studium i klinisk veiledning ved høgskolen. Studiet hadde et omfang på 10 studiepoeng og var organisert i tre moduler. I starten av hver praksisperiode var det informasjonsmøte med studenter, veiledere, prosjektleder og lærer. Disse møtene fungerte som en arena for å bli kjent, utveksle erfaringer og avklare forventninger. Høgskolelektoren presenterte læreplan og plan for praksisperioden.

I forkant av praksisperiode to og tre holdt veilederne, prosjektlederen, læreren og seksjonsledelsen planleggingsmøter der vi diskuterte erfaringer fra tidligere praksisperioder og la planer for kommende praksisperiode. Underveis i alle praksisperiodene arrangerte vi veiledningsgruppemøter for veilederne, der veilederne fikk anledning til å ta opp og få veiledning i problemstillinger fra praksis.

Vi arrangerte også to refleksjonsgruppemøter for veiledere og studenter sammen, med tid til å reflektere over pasientsituasjoner og veiledningsmetoder.

Datainnsamling

Vi valgte fokusgruppeintervju som hovedmetode for datainnsamling.

I tillegg skrev vi feltnotater under veiledningsgruppene, refleksjonsgruppene og planleggingsmøtene. Et fokusgruppeintervju er et forskningsintervju der deltakerne i størst mulig grad diskuterer fritt rundt et forhåndsbestemt tema (12).

Utfordringen består i å skape en dynamikk i gruppa som bidrar til å få frem ulike perspektiver som gir mangfold og bredde, og som kan be-

«Bli-kjent-dagen ble positivt evaluert: Den skapte en felles forståelse for målene med praksisperioden.»

svare forskningsspørsmålene. Det er et mål at ingen blir for dominerende, og at gruppa ikke er for homogen (13, 14).

Vi gjennomførte fem fokusgruppeintervjuer med veilederne i perioden september 2016 til oktober 2017, det første før prosjektstart og det siste etter prosjektslutt. Alle fokusgruppeintervjuene ble innledet med en presentasjon av forskningsspørsmålet. Deretter stilte vi åpne spørsmål om veilederne sine erfaringer med studentveiledning og organiseringen av veiledningen. De åpne spørsmålene ble utdypet og konkretisert ved å spørre om hvordan veilederne samarbeidet, og hvordan samspeilet med ledelsen bidro til å legge til rette for studentveiledning.

I fokusgruppene kunne veilederne drøfte og dele sine erfaringer med nye veiledningsmetoder og komme med forslag til endringer i prosjektet. Vi diskuterte resultatene fra hvert enkelt intervju i forskergruppa. Resultatene var utgangspunkt for eventuelle nye spørsmål og behov for utdypning i neste fokusgruppe.

Analyse

Vi transkriberte lydbåndene fra fokusgruppeintervjuene og analyserte dem sammen med feltnotatene fra gruppemøtene. For å

sikre refleksivitet, relevans og validitet (15) var hele forskergruppa involvert i analyseprosessen. Vi gjennomførte Brinkmann og Kvaales (16) femtrinnsmetode for kvalitativ innholdsanalyse. Meningsbærende enheter ble trukket ut av teksten, deretter kondensert, og foreløpige temaer ble dannet.

I neste fase kondenserte vi meningsenhetene ytterligere med en viss grad av fortolkning. Etter dette ble temaet dannet med et overordnet og abstrahert innhold. Vi diskuterte resultatene i forskergruppa før vi bearbeidet datamaterialet ytterligere. Etter at vi hadde analysert intervjuene, sammenfattet vi resultatene og brukte dem i den kontinuerlige evalueringen av iverksatte endringer i prosjektet.

RESULTATER

Før prosjektstart beskrev veilederne mangler ved hvordan praksisveiledningen var organisert. For eksempel mente veilederne at mye var styrt av tilfeldigheter: «Det har nok ikke vært så mye oppfølging og sånn. Det har vært veldig opp til oss veiledere å styre skuta.»

Seksjonen tok imot mange studenter, og på grunn av ulike arbeidstidsordninger falt studentansvaret ofte på de samme intensivsykepleierne. Veilederne etterlyste større forståelse fra ledelse og kollegaer for hvor ressurskrevende det er å ha veilederansvar: «Det krever at drift ser at det å ha student innebærer planlegging og mye ekstraarbeid i løpet av en dag. De sier at de forstår, men det stemmer ikke helt med det de gjør i praksis.»

Veilederne erkjente at de selv hadde et ansvar for å formidle behovene sine til ledelsen: «Jeg tror også at vi er for dårlige til å si fra. Vi må bli tydeligere på hva det krever å ha studenter.»

Med utgangspunkt i førsituasjonen samt erfaringene vi gjorde oss gjennom prosjektperioden, identifiserte vi tre hovedtemaer som hadde betydning for hvordan praksisveiledningen ved seksjonen ble organisert.

Disse temaene var *veilederfelleskap, tilrettelegging av drift og bygging av kultur for veiledning.*

Veilederfelleskap

Prosjektdeltakerne var positive til å være i en gruppe som kunne ta felles studentansvar, utveksle erfaringer og gi hverandre tilbakemeldinger: «Vi er en gruppe faste veiledere som skal jobbe sammen. Vi skal ha den samme undervisningen, og vi kan diskutere, samarbeide og spørre hverandre om råd.»

Flere hadde erfaringer med utfordrende situasjoner der det var godt å kunne nyttiggjøre seg av kollegaers kompetanse for å gjøre studenten god. Veilederne fortalte at det å ha egne fora for erfaringsutveksling og diskusjon ga mulighet til å samarbeide og benytte seg av hverandres kompetanse.

Gruppemøtene ble lagt til dager da bemanningen gjorde det mulig for veilederne å gå fra seksjonen i det aktuelle tidsrommet. De som møtte opp på fritiden, fikk timer til avspasering. Veilederne uttrykte følgende: «Gruppesamtalene både med og uten studenter har vært fine. Man blir tatt ut av seksjonen og får rom for å prate og rom for å diskutere.»

Selv om veilederne snakket sammen om veiledningsoppgaver i hverdagen, ga veiledningsgruppene dem større rom til å gå i dybden på problemstillinger. De var enige i at det var ønskelig å fortsette med veiledergrupper også etter at prosjektperioden var over.

Tilrettelegging av drift

Prosjektdeltakerne la vekt på betydningen av et godt samarbeid mellom veiledere og seksjonsledelsen for at driften skulle kunne tilpasses veiledningen. Veilederne hadde et håp om at prosjektet kunne virke positivt i så måte: «Jeg føler at veiledning blir litt høyere prioritert nå, at studentene kommer mer i fokus.»

En av hovedutfordringene veilederne trakk frem, var det å skulle ivareta både studenten og intensivpatienten samtidig. Av hensyn til studentens

læringsutbytte var det ønskelig å få jobbe med komplekse pasienter, men det var krevende å rekke alle gjøremål og samtidig finne tid til veiledning og refleksjon:

«Jeg syns at det ofte blir litt knapt med tid. Fordi det er ikke en post-pasient som snart skal hjem. Det er en komplisert pasient med multi-organsvikt, og den ene endringen du gjør, får konsekvenser for det andre.

«Aktiv og imøtekommende ledelse var sentralt for å kunne gjennomføre tiltakene.»

Så skal du drive med veiledning, og så skjer det noe, og så måtte du stille, og så er det visitt, og så var den dagen over.»

I en slik hverdag var det vanskelig for veilederne å trekke seg tilbake sammen med studenten for å reflektere over læresituasjonene.

For å styrke samarbeidet mellom ledelsen og veilederne gjennomførte vi planleggingsmøter i forkant av praksisperiodene, der veiledere, den faglige ledelsen og driftsledelsen var til stede. Der ble vi enige om flere tiltak for å imøtekomme veilederens ønsker. For å sikre studentene gode læresituasjoner skulle veilederne selv ta et større ansvar for å formidle konkrete ønsker om pasientfordeling og læresituasjoner.

For at veilederen og studenten skulle få tid til å bli kjent og planlegge samarbeidet dem imellom, skulle de ha «løs-funksjon» første vakt sammen, altså ikke ha pasientansvar, men eventuelt hjelpe til der det er behov.

En uke etter forventningssamtalen med læreren satte vi av tid til en ekstra oppfølgingssamtale mellom veilederen og studenten for å kunne gjøre en tidlig evaluering av hvorvidt planene som ble lagt under forventningssamtalen, var hensiktsmessige. Disse tiltakene ble høyt verdsatt av veilederne: «Jeg synes det er bra

at vi har fått til det at vi første dagen kan få lov til å være 'løse'. At det har blitt standard. At første dagen vi er sammen, går vi rundt og ser på ting, og så lenge det går for driften, så er det veldig ålreit å gå den runden. Bli kjent og vise rundt. Da flyter ting bedre senere.»

Tid til å legge et godt grunnlag for praksisperioden viste seg å være verdifullt for studenten og veilederen, og det var noe de dro nytte av senere: «Jeg tror nok jeg har blitt mer bevisst på å gi beskjed til drifterne om at 'studenten min trenger sånn og sånn', og da har vi faktisk fått et veldig godt samarbeid med drifterne, så vi har egentlig fått det sånn som vi har villet.»

I løpet av prosjektperioden ble veilederne mer bevisste på sitt eget ansvar for å legge til rette for gode læresituasjoner for studentene. De opplevde at de ble hørt av ledelsen når de ga uttrykk for ønsker og behov i forbindelse med praksisveiledningen.

Bygging av kultur for veiledning

Veilederne var opptatte av at studentene skulle bli godt mottatt. Fra prosjektperiodens start ble det arrangert en bli-kjent-dag på første praksisdag for studenter, læreren og veiledergruppa. Høgskolelektoren presenterte studiets læringsutbyttmål, og studenter og veiledere utvekslet forventninger.

Bli-kjent-dagen ble positivt evaluert: Den skapte en felles forståelse for målene med praksisperioden. Videre fungerte tiltaket som en arena for å utveksle informasjon om studentenes læring i praksis.

Veilederne følte at det ikke var tilstrekkelig aksept i avdelingen for at det kan være en krevende oppgave å ha student. De ønsket mer anerkjennelse for veiledningsoppgavene fra kollegaene sine.

En av veilederne uttrykte det slik: «Det er jo ikke lett for avdelingen, sånn som i dag, når det er åtte pasienter og det løpes [...] Det er ikke sånn at vi bare kan gå og si lykke til. Når man i tillegg får litt sånne

kommentarer som 'når er du tilbake?', så føles det ikke godt i det hele tatt.»

For å skape en felles forståelse og kultur for studentveiledning i personalgruppa tok veilederne initiativ til å holde internundervisning om veiledning. Prosjektdeltakerne ønsket å gi noe igjen i forbindelse med studiet. De så det også som en fordel for dem selv at kollegaene lærte mer om veiledning. I tillegg inviterte prosjektdeltakerne kollegaene til en diskusjon om utfordringer og muligheter ved å ha studenter i seksjonen.

Veilederne opplevde at det var viktig at hele personalgruppa tok et kollektivt ansvar for studentene, og at også kollegaer som ikke hadde særskilt veiledningsansvar, bidro. De fremhevet at de selv kunne bidra til å bygge en kultur for veiledning ved å dele av sine kunnskaper og erfaringer, og ved å inkludere kollegaene i arbeidet med studentene.

DISKUSJON

Ideen til prosjektet kom fra et ønske om å gjøre praksisveiledning mer attraktivt for intensivsykepleierne ved seksjonen. Det er dokumentert at veiledere har behov for god støtte fra ledelsen, og at god veiledning best kan gjennomføres dersom veiledningssituasjonen er godt organisert (3, 17).

I den didaktiske relasjonsmodellen fremheves det at alle faktorene påvirker hverandre, det vil si at rammene for veiledningen vil påvirke blant annet hvordan veilederen og studenten har mulighet til å jobbe. Rammene vil også påvirke hvilket innhold veilederen greier å legge i veiledningen, altså hva det er mulig å veilede i (8). Rammefaktorene er således avgjørende for hvilket mulighetsrom studenter og veiledere gis.

Endringene som ble gjennomført, ble dels innført fra starten av prosjektet, og dels underveis (tabell 1). De første endringene var et resultat av antakelsene våre om hva som skulle til for å heve kvaliteten på veiledningen. Disse antakelsene baserte vi på forskning og erfaringer fra seksjonen. Underveis i prosjektet vurderte vi både etablert praksis og de nyinnførte aktivitetene

og gjorde ytterlige endringer på bakgrunn av dette.

Tidlig løsfunksjon var lett å gjennomføre

I en intensivavdeling handler relevante rammefaktorer for god veiledning av studenter om veilederkompetanse, daglige arbeidsoppgaver og tilgjengelige ressurser i form av tid og organi-

«Studentenes læringsprosess var en motivasjonsfaktor for veilederne.»

sering (17). Rammene i prosjektet tillot ikke at bemanningen økte eller andre ressurskrevende tiltak for å frigjøre tid til veiledning.

Vi kom imidlertid frem til flere mindre tiltak som lot seg gjennomføre innenfor gjeldende økonomiske og bemanningsmessige rammer. Løsfunksjon tidlig i praksisperioden

ga veilederen og studenten tid til å bli kjent og legge rammer for samarbeidet dem imellom. Tidlig løsfunksjon var en endring som var enkel å gjennomføre, men som like fullt krevde planlegging og samarbeid mellom veilederne og ledelsen.

Endringen ble gjennomført som et resultat av at veilederne hadde blitt ansvarliggjort og utfordret til selv å foreslå forbedringer, og av at lederen så muligheter til å gjøre endringer innenfor eksisterende rammer. Aktiv og imøtekommende ledelse var sentralt for å kunne gjennomføre tiltakene. I tidligere studier etterlyser veiledere støtte fra ledelsen og tydelige rammer (4).

Barrierer for god veiledning

Studentenes læringsprosess var en motivasjonsfaktor for veilederne, mens rammefaktorer som forstyrret læringsprosessen, virket demotiverende. Faktorer som tidspress, usikkerhet på egen kompetanse og følelsen av å være alene med studentansvaret ble trukket frem som barrierer for å påta seg veiledningsoppgaver. Disse funnene støttes

Tabell 1. Gjennomførte endringer i prosjektet

Endringer	Gjennomført fra prosjektets begynnelse	Gjennomført underveis i prosjektet	Videreføres etter prosjektslutt
Tilbud om 10 studiepoengs studium i veiledning for veiledere	✓		To veiledere årlig tilbys fullt studium
Bli-kjent-dag for studenter, veiledere og lærer første praksisdag	✓		✓
Veiledningsgruppe for veiledere underveis i praksisperiodene	✓		✓
Refleksjonsgruppe for studenter og veiledere underveis i praksisperiodene	✓		✓
Planleggingsmøte med veiledere og seksjonsledelse i forkant av praksisperiodene		✓	✓
Veiledere involveres i pasientfordeling		✓	✓
Veileder og student har løsfunksjon første dag de går sammen i praksis		✓	✓
Avsatt tid til ekstra oppfølgingssamtale i starten av praksisperioden		✓	
Internundervisning om veiledning for sykepleiergruppa ved seksjonen		✓	✓

av annen forskning, som viser at adhoc-løsninger for å organisere veiledningen gir dårlige resultater (2, 17).

Veilederne opplevde at verken ledelsen eller kollegaer forsto hvor ressurskrevende det er å ha veilederansvar, noe som underbygges av flere internasjonale studier (18, 19). Det å ha veiledningsansvar samtidig med å ha ansvar for pasienter med komplekse behov ble beskrevet som en krevende kombinasjon.

Virkninger av endrede rammefaktorer

Allerede før noen endringer var iverksatt, uttrykte veilederne at de var positive til at det nå ble arbeidet for bedre rammer rundt praksisveiledningen. Underveis i prosjektet ble veilederne mer bevisste på sin rolle. De tok mer ansvar, foreslo forbedringer og deltok aktivt i å prøve ut endringer. I tråd med fremstillingen i den didaktiske relasjonsmodellen så vi at når rammefaktorene ble endret, fikk det ringvirkninger for de øvrige faktorene som hadde betydning for veiledningen (8).

Selv om driftsrammene ikke alltid tillot at veiledernes forbedringsforslag ble gjennomført, opplevde vi at den tette dialogen mellom ledelsen og veiledergruppa gjorde det enklere å finne gode løsninger. Flere studier viser til at usikkerhet om rammene rundt og innholdet i veilederrollen er en barriere for god veiledning som vanskeliggjør situasjonen for veilederne (17, 20).

I prosjektet vårt løftet vi frem ansvaret som ligger i veilederrollen og tydeliggjorde mulighetene veilederne har for å få innflytelse på rollen sin. Ved at veilederne tok et større ansvar selv, opplevde vi at de fikk mer innflytelse på sin egen arbeidssituasjon.

Mindre ensomt veilederansvar

Fellesskapet i veiledergruppa gjorde at det ble mindre ensomt å veilede. Det ble et forum for læring ved at veilederne delte erfaringer og ga hverandre tilbakemeldinger på praktiske problemstillinger. Flere studier har pekt på at veiledere synes det er ensomt å være alene med ansvaret for en student. De etterlyser muligheter for mer samarbeid og delt ansvar (4, 18).

Mot slutten av prosjektperioden vektla veilederne også verdien av å inkludere øvrige kollegaer i arbeidet med studentveiledningen gjennom internundervisning og ved å benytte kollegaers spesialkompetanse. Veilederne tok således selv ansvar for å bygge en kultur for veiledning ved seksjonen som kunne danne en bedre ramme for praksisveiledningen.

I den didaktiske relasjonsmodellen

«Fellesskapet i veiledergruppa gjorde at det ble mindre ensomt å veilede.»

er rammene gitte forhold som begrenser eller muliggjør læring (21). Endringene i rammefaktorene (tabell 1) som vi har gjennomført, er grep vi har gode erfaringer med, og som fremmer en god læringsprosess i tråd med den didaktiske relasjonsmodellen.

KONKLUSJON

Det vil alltid være et gap mellom hva som er ønskelig, og hva som er mulig å få til på en arbeidsplass med høy aktivitet, stadige endringer og begrensede økonomiske og bemanningsmessige ressurser. I dette prosjektet har det vært viktig for oss å holde oss til tiltak som er gjennomførbare innenfor ordinære driftsrammer.

Fellesskap og organisering har vært suksessfaktorer for å bedre vilkårene for studentveiledning ved seksjonen. Styrket opplæring og oppfølging har økt veiledernes kompetanse og engasjement for studentveiledning. Tettere samarbeid mellom veilederne og ledelsen har gjort at vi har sett nye muligheter for å tilrettelegge driften for veiledning.

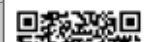
Gjennom dette prosjektet har vi erfart at små grep kan gi store gevinster som innebærer høyere kvalitet på praksisveiledningen i intensivavdelinger. ●

REFERANSER

1. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammepplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo; 2005. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdf/v269388-rammepplan_for_intensivsykepleie_05.pdf (nedlastet 20.04.2018).
2. Trede F, Sutton K, Bernoth M. Conceptualisations and perceptions

of the nurse preceptor's role: a scoping review. *Nurse Education Today*. 2016;36:268–74.

3. Martensson G, Engstrom M, Mamhidir AG, Kristofferzon ML. What are the structural conditions of importance to preceptors' performance? *Nurse education today*. 2013;33(5):444–9.
4. Hansen BS, Gundersen EM, Bjørna GB. Improving student supervision in a Norwegian intensive care unit: a qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. 2011;13(3):255–61.
5. Hall-Lord ML, Theander K, Athlin E. A clinical supervision model in bachelor nursing education – purpose, content and evaluation. *Nurse education in practice*. 2013;13(6):506–11.
6. Nash DD, Flowers M. Key elements to developing a preceptor program. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2017;48(11):508–11.
7. Bjørndal B, Lieberg S. Nye veier i didaktikken? En innføring i didaktiske emner og begreper. Oslo: Aschehoug; 1978.
8. Hiim H, Keeping D, Hippe E. Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
9. Hummelvoll JK. Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
10. Sjøvoll N. Aksjonsforskning i sykepleie: en kommunikativ utfordring: en litteraturstudie av utviklingen i aksjonsforskning i sykepleien etter 1994. Bodø: Høgskolen i Bodø; 2002.
11. McNiff J. Action research: principles and practice. 3. utg. London: Routledge; 2013.
12. Wibeck V. Fokusgrupper: om fokuserte gruppintervjuer som undersøkingsmetode. Lund: Studentlitteratur; 2000.
13. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
14. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
16. Brinkmann S, Kvale S. InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing. 3. utg. Thousand Oaks, California: Sage; 2015.
17. Williams L, Irvine F. How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*. 2009;17(4):474–83.
18. Valizadeh S, Borimejad L, Rahmani A, Gholizadeh L, Shahbazi S. Challenges of the preceptors working with new nurses: a phenomenological research study. *Nurse Education Today*. 2016;44:92–7.
19. McCarthy B, Murphy S. Preceptors' experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an Irish context. *J Nurs Manag*. 2010;18(2):234–44.
20. Omansky GL. Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review. *J Nurs Manag*. 2010;18(6):697–703.
21. Hiim H, Hippe E. Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling: en studiebok i didaktikk. Oslo: Universitetsforlaget; 1993.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Enkle grep kan bidra til å redusere forekomsten av trykksår, blant annet ved å velge hensiktsmessig underlag i sengen og stolen til risikopasienten. I dag finnes det mange ulike typer madrasser.

Hensikten med denne artikkelen er å gi en oversikt over madrass typer og samtidig understreke at madrasser alene aldri kan redusere forekomsten av trykksår.

NØKKELORD:

► Kunnskapsbasert sykepleie ► Forebyggende behandling ► Medisinsk-teknisk utstyr ► Hud

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75679

Slik velger du riktig trykkfordelende madrass

Det finnes en mengde ulike madrasser. Her får du en oversikt som kan hjelpe deg med å velge madrass typen som er best for hver enkelt sårpatient.

Forekomsten av trykksår hos pasienter i Norge har vist seg å ligge opp mot 18 prosent på sykehus (1, 2) og rundt 25 prosent på sykehjem (3). Forekomsten er høy selv om den avhenger noe av hvilke avdelinger som inkluderes i undersøkelsene.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» har ført til mer oppmerksomhet på trykksårforebyggende arbeid i Norge (4), men fortsatt er det rom for forbedring (5). Hvis vi ser tilbake på anbefalinger i tiltakspakken (tabell 1), er det enkle grep som kan bidra til å redusere forekomsten av trykksår, blant annet ved å velge hensiktsmessig underlag i sengen og stolen til risikopasienten. Det finnes i dag mange ulike typer madrasser.

Hensikten med denne artikkelen er å gi en oversikt over madrass typer, men vi må samtidig understreke at madrasser alene aldri kan redusere forekomsten av trykksår. Det mest avgjørende for å forhindre at trykksår utvikler seg, er å redusere trykk og skjærekrefter. Derfor er motivering til aktivitet og mobilitet sammen med trykkfordelende utstyr og stillingsendring de viktigste tiltakene (6).

FORFATTERE


Ida Marie Bredeesen
Sykepleier, forsker og førsteamanuensis, Ortopedisk klinikk, OUS, Ullevål og Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, USN



Guro-Marie Eiken
Høgskolelektor, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge (USN)



Lena Leren
Doktorgradsstipendiat, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge (USN)



Edda Johansen
Førsteamanuensis og sykepleier, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, USN og Generell intensiv avdeling, Vestre Viken

RISIKOVURDERING

Når det gjelder risikovurdering, punkt 1 i tabell 1, om å vurdere «alle pasienter for trykksårrisiko ved innleggelse i sykehus og ved første møte med pasient i sykehjem», anbefales det at risikovurderingen gjøres innen fire timer (7). Vurderingen gjøres enten ved å bruke vurderingsskjemaer for trykksårrisiko, som for eksempel skjemaene til Braden, Norton og Waterlow (7), eller ved å bruke tre spørsmål fra pasientsikkerhetsprogrammet (7, 8):

- Har pasienten trykksår ved innleggelse/overflytting?
- Har pasienten behov for hjelp til å endre stilling i seng eller stol?

- Vurderer du det som sannsynlig at pasienten kan få trykksår under innleggelsen?

Pasienten anses å være risikopasient hvis svaret på ett av spørsmålene over er «ja».

Ifølge de store trykksårorganisasjonene National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) og Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (6) må vi være oppmerksomme på å vurdere om de som allerede har trykksår, er i risiko for



HENSIKTMESSIG UNDERLAG: Det viktigste for å forhindre at trykksår utvikler seg, er å redusere trykk og skjærekrefter. Her er det Ida Marie Bredesen som behandler en pasient med trykksår. Arkivfoto: Erik M. Sundt

å utvikle nye sår. Hvis svaret er «ja», må vi kombinere de forebyggende tiltakene med behandlingstiltakene hos disse pasientene.

HVA ER ET TRYKKSÅR?

Trykksår er en pasientskade som i stor grad kan forebygges hvis man iverksetter tiltak raskt. Trykksår defineres slik:

«Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev, vanligvis over et benfremspring, som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter. Flere medvirkende faktorer eller konfoundere [forvekslingsfaktorer] er også assosiert med trykksår; betydningen av disse faktorer er ennå ikke belyst.» (12, s. 12)

SKJÆRENDE KREFTER

Skjærende krefter beskrives på følgende måte: Når en pasient sklir ned i sengen eller stolen, sitter huden fast i underlaget mens dypere vevslag blir flyttet og fører til redusert blodsirkulasjon og hudskade på grunn av at blodkar blir sammenklemt eller lukket. I tillegg kan trykk og skjærende krefter skade cellene direkte og gi celledød (9).

Trykksår oppstår hyppigst over beinfremspring som korsbein (os sacrum), hæler og hofter (trochanter major, hoftekam) for sengeliggende pasienter og over sitteknutene (ischial tuberosities) hos stolavhengige pasienter (6)

(figur 1). Trykksår kan i tillegg oppstå som følge av trykk fra blant annet CPAP-maske, trakeostomi, nesegrimer, kateeterslanger, ortopedisk utstyr som gips, krager og ortoser eller kompresjonsstrømper (6).

Ettersom trykksår defineres som skade i huden og underliggende vev uten at det nødvendigvis er hull i huden, er det viktig at vi ikke tenker på trykksår som kun et hudproblem.

FINN RISIKOPASIENTEN

Det første vi må gjøre, er å identifisere risikopasientene for å få iverksatt hensiktsmessige forebyggende tiltak. Det er

«Det er viktig at vi ikke tenker på trykksår som kun et hudproblem.»

mange risikofaktorer relatert til trykksår (11). I en nyere systematisk oversiktsartikkel er aktivitet, mobilitet, sensorisk persepsjon og hudstatus de viktigste faktorene for å unngå trykksår (11).

Når vi skal velge riktig trykkfordelende underlag, avhenger det av pasientens risikofaktorer for å utvikle trykksår. Valget påvirkes også av hvorvidt pasientene allerede har trykksår, og hvor pasienten befinner seg, for eksempel på institusjon eller i eget hjem (6).

Ved immobilitet er de viktigste tiltakene underlag som madrass i sengen og puter i stolen, stillingsendring,

kontinenspleie og ernæring (6, 7). Det er viktig å være klar over at det ikke er nok bare å vurdere aktivitet eller mobilitetsnivå etter som utstørsrelatert trykksår kan oppstå og så hos mobile pasienter.

ANBEFALINGER

I den norske oversettelsen av den internasjonale retningslinjen utarbeidet av de tre store trykksårorganisasjonene (6) står det følgende:

«Bruk en høyspesifisert reaktiv skummadrass i stedet for en standard skummadrass for alle personer som har trykksårrisiko.» og «Bruk et aktivt trykkfordelende underlag (overmadrass eller madrass) til personer med høyere risiko for å utvikle trykksår der det ikke er mulig med hyppig manuell stillingsforandring.» (12, s. 9)

Disse anbefalingene er basert på den forskningen som finnes om madrasser. Trykkfordelende madrasser har vært i produksjon siden 60-tallet og er stadig under utvikling (13). Hjelpemiddeldatabasen til Nav gir en oversikt over de fleste madrassene som er tilgjengelige i Norge (14).

Selv med en slik oversikt over madrass typer er det mange som ikke kjenner til spesifikasjonene til de ulike madrassene, og oversikten fra Nav kan derfor være av begrenset verdi for noen.

Som nevnt innledningsvis er det ulike måter å vurdere risiko på. Risikonivåene kan deles inn i «ingen risiko», «lav til moderat risiko» og «høy risiko» eller «i risiko / ikke i risiko» basert på de tre spørsmålene fra pasientsikkerhetsprogrammet, som ofte benyttes i Norge (7).

ULIKE MADRASSTYPER

Vår erfaring er at det er viktig å være klar over at de mer avanserte madrass typene som viskoelastisk skum og alternerende madrasser kan redusere pasientens egen evne til å forflytte seg i sengen.

En pasient som har klart å snu seg på egen hånd på en standard sykehusmadrass, kan miste den evnen når han eller hun legges over på for eksempel en viskoelastisk madrass. Pasienten synker ned i madrassen, og den gir etter når pasienten setter hånda ned i madrassen for å hjelpe seg selv til å endre stilling.

Helsepersonell må derfor være klar over dette og innføre en stillingsendringsrutine for de pasientene som ikke klarer å snu seg eller endre stilling på egen hånd på en slik type madrass.

Hæler er fortsatt utsatt for trykk selv på mer avanserte madrasser. Andre forebyggende tiltak for å unngå trykksår på hælene må derfor kombineres med alle typer madrasser (6).

Trykkfordelende underlag deles som oftest inn i reaktive og aktive (figur 2). Reaktivt underlag fordeler trykket over en større kontaktflate, enten ved at individet synker ned i madrassen, kalt «immersion», eller omsluttes av materialet i madrassen, kalt «envelopment» (15, 16). Aktive



Tabell 3.
Ulike madrass typer
og praktisk informasjon

Skann QR-koden og kom
rett til tabellen på
sykepleien.no

underlag, derimot, varierer trykket over et område over tid (15, 16) og er avhengige av strømtilførsel.

Reaktivt underlag er laget av skum, luft, gel, vann, fiber eller kuler – «air-fluidized», mens aktive madrasser kan være alternerende madrass eller vekseltrykkmadrass (15). Vi må sikre oss at utstyret er i orden før og underveis når det benyttes, og det må være en plan for å kontrollere og vedlikeholde utstyr slik at det er forsvarlig å bruke.

Hudens temperatur og fuktighet har fått økt oppmerksomhet de siste årene, og enkelte madrasser har derfor innebygd mikroklimakontroll, kalt «low-air-loss». Slike madrasser slipper ut luft for å påvirke hudens temperatur og fuktighet og dermed redusere faren for trykksår (15).

I tabell 3 (se QR-koden) er madrasser delt inn i reaktive og

«Hæler er fortsatt utsatt for trykk selv på mer avanserte madrasser.»

aktive. Madrasser kan også deles inn i «low-tech» og «high-tech», hvor «high-tech» gjenspeiler mer avanserte, strømtilkoblede, høyteknologiske madrasser (18).

«Air-fluidized» og «low-air-loss» inngår i «high-tech»-madrasser sammen med vekseltrykkmadrasser eller alternerende madrasser (18). Vekseltrykkmadrasser er for øvrig kontraindisert ved ustabil vertebralfraktur og ved nakke- og skjelettraksjon som ikke er fiksert.

VELGE MADRASS

Enkelte helseforetak har utviklet algoritmer for beslutningsstøtte når de skal velge hensiktsmessig madrass basert på de madrassene som er tilgjengelige. Et slikt eksempel er algoritmen til Vestre Viken helseforetak, som ble utviklet i forbindelse med deres systematiske trykksårforebyggende arbeid (21).

Nyere oversiktsartikler og retningslinjer konkluderer med at pasienter som er i risiko for å utvikle trykksår, skal ha en annen type madrass enn en standard sykehusmadrass (6, 18). Det finnes derimot mindre forskning på hvilken annen type madrass man da skal velge.

Det er ikke nok beviser fra undersøkelser til å gi en anbefaling i valget mellom ulike høyspesifiserte skummadrasser eller andre reaktive madrass typer eller «low-tech»-madrass typer (18).

Når vi sammenlikner med standard sykehusmadrass, har andre skumalternativer, som viskoelastisk skum, kommet bedre ut når det gjelder forebyggende egenskaper. Det samme har vekseltrykkmadrasser, alternerende madrasser eller «high-tech»-madrasser (18).

FOREBYGGENDE EVNER

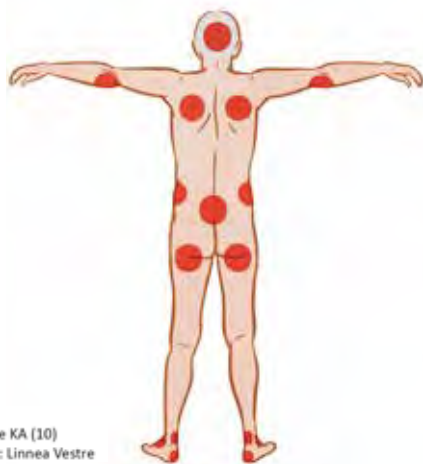
De fleste undersøkelser som er tatt med i oversiktsartikler, viser ingen forskjell i forebyggende evner mellom ulike trykkfordelende underlag med konstant lavt trykk

Tabell 1. Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for trykksår

1	Vurder alle pasienter for trykksårrisiko ved innleggelse i sykehus og ved første møte med pasient i syketjen.
2	Sikre nødvendig trykkfordelende utsityr/underlag hos alle risikopasienter.
3	Undersøk regelmessig huden til alle risikopasienter.
4	Sikre stillingsforandring og/eller aktivitet hos alle risikopasienter.
5	Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos alle risikopasienter.
6	Involver pasient og pårørende i planlegging og gjennomføring av trykksårforebyggende tiltak.
7	Informere om trykksårrisiko og forebyggende tiltak ved henvisning, utskrivelse og overflytting.

Kilde: HelseDirektoratet (7)

Figur 1. Trykkutsatte punkter ved ryggeleie i seng



Kilde: Bakke KA (10)
Illustrasjon: Linnea Vestre

Tabell 2. Trykksårkategorier

Hel hud	
Dyp vevsskade	Rødbrun, blåilla farge. Intakt hud eller bløtvev.
Kategori 1	Intakt hud med rødhet som ikke blekner ved trykk. Kan være vanskelig å oppdage hos personer med mørk hudfarge.
Åpen hudskade	
Kategori 2	Overfladisk, åpent sår med rødrosa sårbunn, uten dødt vev. Kan også se ut som en intakt eller revnet serumfylt eller blodfylt bløtvev.
Kategori 3	Tap av hele hudlaget. Fettvev synlig. Områder med dødt vev kan forekomme. Underminering/tunneldannelse.
Kategori 4	Gjennomgående tap av vev. Synlige muskler, sener, bein.
Ikke klassifiserbar	Dekket med dødt vev/nekrose, og man kan ikke vurdere dybde.

Kilde: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance (8)

Figur 2. Hvordan trykk fordeles på reaktive og aktive madrasser



Illustrasjon: Linnea Vestre

(reaktive madrassetyper unntatt standard sykehusmadrass) eller med vekseltrykk (alternerende) (18). Det er heller ikke funnet forskjell i forebyggende evne mellom fullmadrass eller overmadrass for vekseltrykkmadrasser eller alternerende madrasser (18).

En annen oversiktsartikkel konkluderer med at det er moderat bevis for at aktive madrasser med luft og hybride madrasser har bedre forebyggende evner enn standard sykehusmadrasser, men pasientene kan oppleve begrenset komfort når de bruker aktive madrasser (20).

Manglende bevis kan skyldes manglende undersøkelser og det faktum at madrasser alene ikke kan forebygge trykksår, men må kombineres med blant annet stillingsendring. Når helsepersonell skal velge madrass, er de avhengige av de madrassstypene som er tilgjengelige på arbeidsplassen deres.

BEHANDLE TRYKKSÅR

Hvis pasienter har trykksår, er det svært viktig at det ikke utøves direkte trykk mot såret (6). Det betyr at pasienter med trykksår over halebeinet ikke bør ligge på ryggen. Slike begrensninger må tas i betraktning når vi velger madrass.

I likhet med for forebyggende madrasser finnes det systematiske oversiktsartikler for madrasser som brukes til å behandle trykksår (19). Også her foreligger det lite bevis for hva slags type madrass som har best effekt på heling av trykksår (19).

Den internasjonale retningslinjen for trykksårforebygging og -behandling anbefaler likevel at vi velger et underlag som gir økt trykkfordeling, reduserer skjærekrefter og har mikroklimakontroll for pasienter med trykksår i kategori 3 og 4 samt ikke-klassifiserbare trykksår (6) (tabell 2). Den samme anbefalingen for madrassvalg gjelder for pasienter med dyp vevsskade som ikke kan avlastes ved stillingsendring (6).

BEVIS FOR EFFEKT

Forskningen som er gjort på trykkfordelende madrasser, har en del mangler (18, 19, 22). Utfordringen er at det finnes mange ulike madrasser fra ulike produsenter som er tilgjengelige på markedet. Ulik begrepsbruk er også en utfordring. Det er ikke enighet i ulike undersøkelser om uttrykk som benyttes for å beskrive underlaget, og ofte er ikke madrassstypen godt nok beskrevet når det gjelder størrelse, tykkelse eller dybde og tetthet på skummet.

Hva som er en standard sykehusmadrass, er heller ikke definert i undersøkelsene, og vi vet at standardmadrassen i enkelte helseforetak kan være viskoelastisk madrass, mens andre bruker skummadrass. Det er også viktig å vite hvordan produsentene har klassifisert sine madrasser i henhold til trykksårkategoriene.

Andre forhold som påvirker bevisene for effekt, er at det er spesifikke produsenters madrass som er testet, og utvalget er ofte for lite til å generalisere funnene fra undersøkelsene. Det er vanskelig å gjøre en god blindet og randomisert undersøkelse, det vil si at forskerne og deltakerne

ikke vet hvilken type madrass pasienten ligger på. Over-
siktartikler tar med undersøkelser som er gamle, og no-
en typer madrasser er ikke lenger i bruk (18, 19, 22).

Dessuten er ikke alle madrassprodusentene tilgjenge-
lige i Norge. Andre tiltak enn madrassens forebyggende
effekt, for eksempel stillingsendring, er heller ikke alltid
tydelige i de ulike undersøkelsene. Da er det vanskelig å
vite om det er madrassen eller andre tiltak, for eksempel
stillingsendringen, som har bidratt til å unngå trykksår.

HENSYN VED MADRASSVALG

Det er flere hensyn sykepleiere og annet helsepersonell
må ta når vi vurderer valg av madrass: pasientens grad av
immobilitet og inaktivitet og graden av fuktighet mellom
madrassen og pasienten, som eksempelvis svette, urin eller
sår væske (mikroklimakontroll). Videre må sykepleierne
og helsepersonellet vurdere om pasienten er i risiko for
å få flere sår, og vurdere antall sår, alvorlighetsgraden og
lokasjonen av eksisterende sår (23).

Pasientens vekt og størrelse spiller inn på valget av
madrass. Det er viktig å være klar over at det er vekt-
begrensning på underlaget. Noen madrasser kan ha en
maksimal vekt på 100 kg. Tunge og store pasienter syn-
ker for mye ned i materialet til at det gir den trykkforde-
lende effekten vi ønsker.

I motsetning kan for lette og små pasienter synke for
lite ned i materialet, eller materialet kan være for hardt
og i verste fall gi pasienten sår eller forverre tilstanden
på eksisterende trykksår.

PASIENTKOMFORT

Pasientkomfort er svært viktig (20). Enkelte av de høytek-
nologiske madrassene kan ha en del sjenerende bråk fra
motoren. Pasientene kan dessuten føle ubehag av å ligge
på enkelte underlag. Noen føler seg klamme eller har følel-
sen av å gynge. Disse opplevelsene er subjektive som vi må
ta med i betraktningen når vi skal velge madrass.

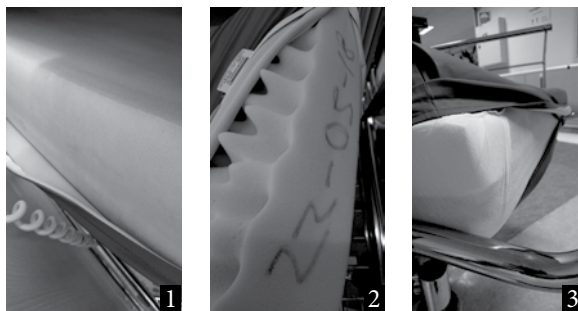
Enkelte pasienter, for eksempel dem med redusert be-
vissthetsnivå, vil ikke nødvendigvis kunne gi beskjed om
hvordan de opplever madrassen. Derfor må helseperso-
nell se etter tegn på ubehag fra madrassen.

Madrassen må for øvrig være enkel å bruke, og det
kan være nødvendig med opplæring for å kunne sikre
forsvarlig bruk av enkelte madrasser, ikke minst aktive,
høyteknologiske madrasser. Det må også foreligge infor-
masjon om rengjøring og vedlikehold av underlaget (6).

Hva er forventet bruks- og levetid for madrass og
trekk? Det er ofte forskjellig garanti for trekk og selve
madrassen, og vi bør ha en plan for utskifting. Forsvar-
lig vedlikehold og utskifting av madrasser krever gode
rutiner og tydelig ansvarsfordeling. Rutiner for utskif-
ting vil avhenge av hvor i helsetjenesten vi befinner oss.

INGEN GULLSTANDARD

Det første vi gjør når vi skal velge hensiktsmessig ma-
drass, er å foreta en strukturert risikovurdering av



1. FORDELER TRYKKET: Flat, kompakt skummadrass.

2. STØRRE FLATE: Kompakt skummadrass med forhøyninger
som fordeler trykket over et større område enn den flate, kom-
pakte skummadrassen på bilde 1.

3. VISKOELASTISK FULLMADRASS: 7 cm viskoelastisk skum og
8 cm høykvalitetsskum.

pasienter. Denne vurderingen må utføres så raskt som
mulig. Konklusjonen fra risikovurderingen kan legge før-
inger for hvilken type madrass pasienten bør ha for å
unngå trykksår eller sikre en hensiktsmessig madrass
til dem med eksisterende trykksår. Ettersom svært man-
ge pasienter har en eller flere risikofaktorer, vil en stor
andel ha behov for en bedre løsning enn en kompakt
skummadrass.

Det er beklageligvis ingen gullstandard for hva slags
madrass som er best for enhver pasient ettersom under-
søkelser ikke kan konkludere med sterke bevis. Det er
nødvendig med mer forskning rundt bruken av ulike ma-
drasstyper for å forebygge og behandle. Uansett hvilken
madrass vi velger, bør alle pasienter ha et individuelt stil-
lingsendingsregime og sikres at pasientsikkerhetspro-
grammets tiltakspakke for forebygging av trykksår etter-
leves. ●

REFERANSER

- Skogestad JJ, Martinsen L, Borsting TE, Granheim TI, Ludvigsen ES, Gay CL, et al. Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests. *J Clin Nurs.* 2017;26(1-2):202-14.
- Bredesen IM, Bjoro K, Gunningberg L, Hofoss D. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):149-56.
- Hansen RL, Fossum M. Nursing documentation of pressure ulcers in nursing homes: comparison of record content and patient examinations. *Nursing Open.* 2016;3(3):159-67.
- Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet (1 trygge hender 24/7). Oslo: Helsedirektoratet [sitert 21.02.2019]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Torsøe M. Dårige madrasser på norske sykehus gir liggesår. Oslo: Forskning.no; 2014. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/helsetjenester/darlige-madrasser-pa-norske-sykehus-gir-liggesaar/536269> (nedlastet 21.02.2019).
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Perth, Australia; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf> (nedlastet 06.03.2019).
- Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tiltakspakke for forebygging av trykksår. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/insatsomrader/_attachment/33047_downloadfalse&_ts=14e26104012 (nedlastet 06.03.2019).
- Johansen E. The 3-risk approach to pressure ulcer assessment in Norway – safe or a risky business? *Wounds UK.* 2017;13(4):50-4.
- Stekelenburg A, Gawlitta D, Bader DL, Oomens CW. Deep tissue injury: how deep is our understanding? *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89(7):1410-3.

10. Bakke KA. Trykksår hos 33 000 sykehuspasienter ... Sykepleien. 1997;85(8):10–7.
11. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs SJ, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(7):974–1003.
12. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Forebygging og behandling av trykksår: kortutgave av retningslinje. 2014. Hentet fra: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/norwegian-qr-jan2016.pdf> (nedlastet 26.02.2019).
13. Clancy MJ. Pressure redistribution devices: what works, at what cost and what's next? *J Tissue Viability*. 2013;22(3):57–62.
14. Fagsenteret for Nav. Hjelpemiddeldatabasen. Madrasser og overmadrasser [sitert 21.02.2019]. Oslo; 2019. Tilgjengelig fra: <http://www.hjelpemiddeldatabasen.no/r9x.asp?linktypeiso&linkinfo=181218>.
15. Takahashi M BJ, Dealey C, Gefen A. Pressure in context. I: *Wounds International*, red. International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London: Wounds International; 2010. s. 2–10.
16. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Support surface standards initiative – terms and definitions related to support surfaces. USA: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP_S31_TD.pdf (nedlastet 06.03.2019).
17. Holte HH, Underland V, Hafstad E. Oppsummert forskning om forebygging av trykksår. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_2016_trykksar.pdf (nedlastet 06.03.2019).
18. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Middleton V, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 3;(9):CD001735. DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub5.
19. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Leung V. Support surfaces for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 11;10:CD009490. DOI: 10.1002/14651858.CD009490.pub2.
20. Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192707.

21. Johansen E, Juritzen H, Monsen B, Engebretsen E, Bakken L. Samarbeider om å forebygge trykksår. *Sykepleien*. 2017;105(e-6471):1–10. DOI: 10.4220/Sykepleien.2017.6471
22. Rae KE, Isbel S, Upton D. Support surfaces for the treatment and prevention of pressure ulcers: a systematic literature review. *J Wound Care*. 2018;27(8):467–74.
23. Moysidis T, Niebel W, Bartsch K, Maier I, Lehmann N, Nonnemacher M, et al. Prevention of pressure ulcers: interaction of body characteristics and different mattresses. *Int Wound J*. 2011;8(6):578–84.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

BARNE- OG FAMILIETJENESTEN I ARNA OG ÅSANE, BERGEN KOMMUNE SØKER AVDELINGSLEDERE

Etat for barn og familie har overordnet driftsansvar for barne- og familietjenesten som blant annet omfatter helsestasjons- og skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og Barne- og familiehjelpen.

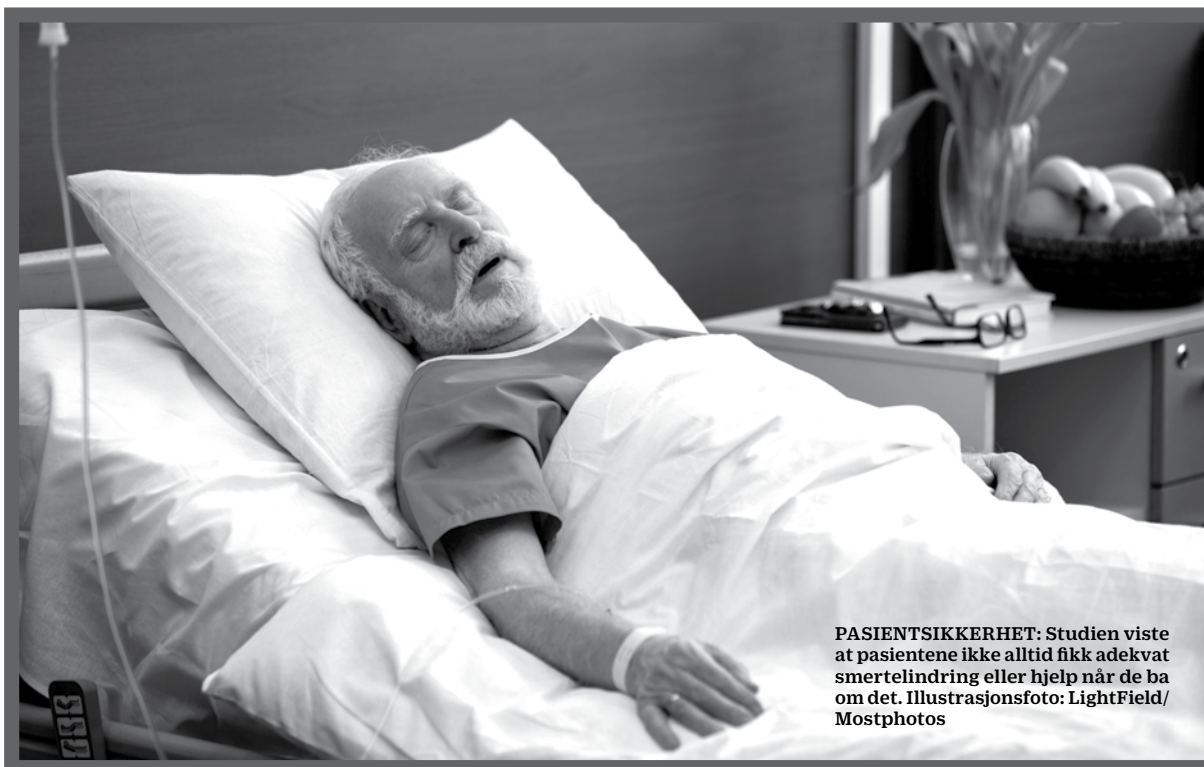
Etaten har videre ansvar for barneverntjenesten, bosetting av enslige mindreårige flyktninger, Barnevernvakten, Utekontakten og SLT-arbeid. Avdelingsleder vil ha økonomi-, personal- og fagansvar for sin avdeling.

Vi ønsker avdelingsledere med helsesykepleierutdannelse med et stort og tydelig engasjement for ledelse, utviklingsarbeid, og motivasjon for ledelsesoppgaver og ansvar. Barne- og familietjenesten er under modernisering og utvikling, du som avdelingsleder får muligheter til å være en pådriver i dette spennende arbeidet.

Les mer om stillingene på Sykepleienjobb.no og søk enkelt derfra. Vi ser frem til å høre fra deg!



Foto: Katarina Lunde/
Bergen Kommune



PASIENTSIKKERHET: Studien viste at pasientene ikke alltid fikk adekvat smertelindring eller hjelp når de ba om det. Illustrasjonsfoto: LightField/ Mostphotos

FORFATTERE

Eli Eliassen

Universitetslektor og operasjons-
sykepleier, Nord universitet,
Bodø

Sissel Holla

Universitetslektor og operasjons-
sykepleier, Nord universitet,
Bodø

Terese Bondas

Professor og helsesøster,
Det helsevitenskapelige fakultet,
Universitetet i Stavanger

NØKKELORD

- Perioperativ sykepleie
- Pleielidelse
- Pasientforløp
- Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.77201

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Eldre pasienter som innlegges på sykehus for kirurgisk behandling, flyttes raskt mellom forskjellige nivåer i helsetjenesten. Da kan pasienter bli utsatt for påført pleielidelse, som kan bli en ekstra byrde og hindrer rehabilitering.

Hensikt: Å beskrive sykepleieres erfaringer med pleielidelse som påføres eldre pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep.

Metode: Studien har en kvalitativ, eksplorativ design med totalt sju intervjuer. Vi gjennomførte et fokusgruppeintervju, fem kvalitative dybdeintervjuer med to informanter i hver gruppe og ett individuelt intervju med én sykepleier. Femten sykepleiere deltok. De var ansatt i hjemmetjenesten, på sykehjem og på operasjonsavdelinger.

Resultat: Sykepleierne som deltok, hadde erfart at sykepleiere hadde opptrådt respektløs mot eldre pasienter. Verdikonflikter oppsto i møter mellom pasientene og helsepersonellet, og det var vanskelig å diskutere uetisk oppførsel med ledere eller kolleger. Pasienter fikk ikke alltid adekvat smertelindring, og de fikk ikke alltid hjelp når de ringte på eller ba om hjelp.

Konklusjon: Eldre pasienter risikerer å bli utsatt for pleielidelse i form av krenkelser, neglisjering og mangel på adekvat smertelindring i kirurgiske forløp, der pasienter flyttes raskt mellom ulike enheter. Påført unødvendig lidelse kan forebygges ved å samtale med pasient og pårørende. En god kommunikasjon og etisk refleksjon med kolleger om observerte krenkelser gjenspeiler en etisk ansvarlig ledelse.

Pleielidelse i perioperative pasientforløp for eldre

Pasienter flyttes raskt mellom ulike enheter i kirurgiske forløp. Spesielt de eldre risikerer å bli utsatt for pleielidelser som krenkelser, neglisjering og dårlig smertebehandling.

Det har skjedd store endringer i kirurgisk pasientbehandling. Endringene medfører kortere liggetid på sykehus i forbindelse med kirurgisk behandling, også for de eldre. I den forbindelsen kan pasienter utsettes for lidelse utover selve sykdommen og behandlingen. I denne artikkelen valgte vi å bruke begrepene «påført pleielidelse» og «påført lidelse».

Eriksson sammenfatter «pleielidelse» som krenking av pasientens verdighet, uteblitt pleie, fordømmelse, straff og maktutøvelse (1). Dahlbergs begrep, «påført lidelse», beskrives som negative møter med helsepersonell som gjør at pasientene blir sårbare, og denne lidelsen påføres som følge av mangel på omsorg (2).

Alle mennesker ønsker å bli godt ivaretatt, få omsorgsfull sykepleie og bli møtt med forståelse, verdighet og respekt av helsetjenesten (3, 4). Pasienter kan likevel møte helsepersonell som opptrer krenkende, som medfører at pasienter påføres lidelse. Helsepersonell kan oppføre seg frekt og respektløst, og de kan overse og ydmyke pasienter og behandle dem som om de er usynlige (2, 5–7).

Albina oppgir et eksempel på at en eldre mann blir utsatt for grove krenkelser i form av fysisk berøring og verbale krenkelser i forbindelse med en operasjon (8). Willassen med flere viser et eksempel på at en pasients smerte blir ignorert, og oppgir eksempler på verbale krenkelser i form av negative omtaler av pasientens kropp (9).

Pasientforløp

I studien vår forteller sykepleiere om pasienter over 60 år. Verdens

helseorganisasjon (WHO) definerer mennesker mellom 60 og 75 år som eldre, og mennesker over 75 år som gamle. Eldre flyttes ofte til rehabiliteringsavdelinger eller hjemmet sitt kort tid etter kirurgisk behandling, og dette omtales som pasientforløp, behandlingslinjer, behandlingssløyfer eller traumekjeder (10).

Et kirurgisk pasientforløp deles normalt inn i tre faser: preoperativ,

«Det skjer krenkelser, særlig verbale krenkelser, både fra sykepleiere og leger i perasjonsteamet, og det er veldig vanskelig å ta dette opp.»
Operasjonssykepleier

intraoperativ og postoperativ fase. Den preoperative fasen er tiden fra det er bestemt at pasienten skal opereres, til pasienten ankommer operasjonsavdelingen. Denne tiden består av forberedelser for pasienter og personalet. I operasjonsavdelingen blir pasientene ivaretatt av det kirurgiske teamet, som i hovedsak består av kirurg, operasjonssykepleiere, anestesilege og anesthesisykepleier (3, 11, 12).

Perioperativ sykepleie

Begrepet «perioperativ sykepleie» ble tatt i bruk i USA på 1970-tallet. Lindwall og von Post definerer perioperativ sykepleie som de sykepleiehandlingene og sykepleieaktivitetene som

utføres av operasjons- og anestesisykepleiere under den pre-, intra- og postoperative fasen i forbindelse med operasjon, vanligvis på operasjonsavdelinger (13).

I de nordiske landene er utdanningene og ansvarsområdene forskjellige for disse spesialsykepleierne, og arbeidsområdet til perioperative sykepleiere kan variere fra sykehus til sykehus og er også forskjellig fra land til land (14). Perioperativ sykepleie kan i dag i videste forstand omfatte kontakt og omsorg med pasienten på poliklinikker, oppvåkningsenheter, dagkirurgiske operasjonsavdelinger og kontakt med pasienten via telefon før og etter operasjoner (14).

Ansvar for å beskytte pasienten

Operasjons- og anesthesisykepleiere arbeider i et flerfaglig operasjonsteam sammen med leger, ingeniører og portører, og hele teamet har ansvaret for å opptre omsorgsfullt (4). Operasjonssykepleiere har et særlig ansvar for å beskytte pasientene slik at de ikke settes i forlegenhet, og at de ikke krenkes når de er nakne eller forsvarslosse (4).

Forskning om pleielidelse på tvers av behandlingsforløp, slik vi har gjort, er nytt. Det er viktig å få mer kunnskap fra sykepleierens perspektiv om påført lidelse i det perioperative forløpet for å utvikle sykepleien.

Hensikten med artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å beskrive sykepleieres erfaringer med påført pleielidelse. Funnene i denne artikkelen fremkom i en studie vi

har gjort om pasientsikkerhet og eldre (15).

METODE

Design

Vi valgte kvalitativ metode med semi-strukturerte intervjuer. Det ble utført innholdsanalyse av datamaterialet (16).

Utvalg

Vi intervjuet 15 sykepleiere som arbeidet i mindre og større bykommuner. De var ansatt på operasjonsavdelinger, på sykehjem og i hjemmesykepleien. Vi valgte en kombinasjon av fokusgruppe med fire deltakere, fem intervjuer med to deltakere samt ett individuelt intervju for å styrke og berike studien og få et innsideperspektiv fra hele det kirurgiske pasientforløpet. Tabell 1 viser detaljert informasjon om deltakerne.

Datainnsamling

Vi kontaktet ledere på sykehus og i kommuner. De formidlet kontakt med sykepleierne vi intervjuet. Intervjuene ble utført i perioden mars 2014 til september 2015. Hovedspørsmålene omhandlet pasientsikkerhet til eldre som gjennomgikk kirurgisk behandling. Vi benyttet en veiledende intervjuguide, som vi utarbeidet med bakgrunn i litteratur og forfatternes erfaringer.

Det var totalt 23 spørsmål i studien. Spørsmålene var åpne, og vi ba i tillegg om utdypning når sykepleierne beskrev opplevelser der pasienter hadde blitt utsatt for verbale krenkelser eller neglisjering, eller var blitt oversett. Vi spurte også om sykepleierne kunne gi oss eksempler på slike hendelser. Vi utførte totalt sju intervjuer: ett intervju med én deltaker, fem intervjuer med to deltakere og ett fokusgruppeintervju.

I fokusgruppeintervjuet deltok fire sykepleiere. To var ansatt på sykehjem og to i hjemmetjenesten. I dette intervjuet var tredjeforfatteren moderator. Hennes oppgave var å få deltakerne til å snakke sammen og håndtere den sosiale dynamikken slik at alle kom til orde. Andreforfatteren gjennomførte alle intervjuene, mens førsteforfatteren

tok notater og kom med tilleggsspørsmål (16). Tabell 2 viser detaljer om intervjuene.

Analysen

Etter intervjuene oppsummerte vi og skrev ned hovedinntrykkene. Førsteforfatteren transkriberte alle intervjuene med unntak av ett. Vi utførte en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet (17, 18). Denne analysemetoden ble valgt fordi den anses som egnet til å undersøke deltakernes erfaringer, holdninger, motiver og tanker samt gå i dybden på noen av temaene.

Første- og andreforfatteren hørte på opptakene og leste gjennom tekstene

«Verdikonflikter oppstår når sykepleiere er vitne til at andre omsorgspersoner oppfører seg uhøflig.»

flere ganger. Utsagnene ble så delt inn i meningsenhet, kondensert meningsenhet og koder, som så ble tematisert (17, 18).

Førsteforfatteren har hatt hovedansvaret for analysen, men alle forfatterne har hatt jevnlike møter der vi gjennomgikk og diskuterte analyser, fortolkninger og tekst. Tabell 3 viser eksempler på hvordan utsagnene ble delt inn i meningsenhet, kondensert meningsenhet og koder, og hvordan disse ble til undertema og hovedtema.

Etiske hensyn

Vi informerte skriftlig og muntlig om studien til lederne og informantene. Sykepleierne har skrevet under på informert samtykkeerklæring. De oppga alder, utdanning og antall år i yrket i forkant av intervjuene, med unntak av det første intervjuet, der denne informasjonen ble oppgitt under selve intervjuet.

Vi informerte sykepleierne om at studien var frivillig, og om at de hadde rett til å trekke seg fra studien uten grunn. Fire informanter trakk

seg samme dag som vi hadde avtale å gjennomføre intervjuene. Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (prosjektnummer 37833).

RESULTATER

Sykepleierne i studien hadde erfaringer med at pasienter var påført pleielidelse, for eksempel respektløs oppførsel, og at helsepersonell neglisjerte pasienter som prøvde å oppnå kontakt. Verdikonflikter medførte at det var spesielt vanskelig for sykepleierne å drøfte påført lidelse med kolleger og ledelse.

Respektløs oppførsel mot pasienter

Sykepleiere som var ansatt på sykehjem, hadde eksempler på at pasienter med kognitiv svikt og demensdiagnoser var utsatt for verbale krenkelser. De kom også med eksempler på av det var sendt inn avviksmeldinger på ansatte fordi de hadde oppført seg upassende mot pasienter.

Operasjonssykepleierne fortalte om krenkelser både fra sykepleiere og leger i operasjonsteamet. Det kunne være banning eller andre verbale uttrykk som sykepleierne mente var upassende. En operasjonssykepleier sa det slik:

«Det skjer krenkelser, særlig verbale krenkelser, både fra sykepleiere og leger i operasjonsteamet, og det er veldig vanskelig å ta dette opp.»

En annen operasjonssykepleier sa følgende:

«Anestesisykepleieren har faktisk gitt pasienten beroligende sånn at pasienten skal slippe å være vitne til kirurgen som står og slenger med ord. Jeg tror ikke vi er det eneste sykehuset i landet som har dette problemet.»

Flere operasjonssykepleiere hevdet at problemet med verbale krenkelser mot pasienter var velkjent på mange operasjonsstuer, og at det var vanskelig å ta det opp med kolleger.

Mangel på adekvat smertelindring

Sykepleierne fortalte at eldre pasienter ikke alltid fikk adekvat smertelindring. En sykepleier ansatt i hjemmesykepleien sa dette:

«Krenkelser i forhold til smerter. Det har jeg opplevd flere ganger. At vi mistror deres smerter.»

Sykepleiere som var ansatt i hjemmesykepleien og på sykehjem, hadde opplevd stigmatisering av pasienter med misbruksproblematikk. De hadde også opplevd at pasienter ikke hadde fått adekvat smertelindring etter operasjoner. En sykepleier sa følgende:

«Det er kanskje dessverre litt for vanlig at vi har høy terskel for å gi eventuell medisin. Sannsynligvis er det for eksempel motvilje mot å gi morfin, for da må man passe bedre på pasienten når vi er dårlig bemannet, og det kan også være at sykepleieren er redd for at pasienten skal falle.»

En sykepleier på rehabiliteringsavdelingen sa at en pasient hadde fortalt på legevisitten at han hadde fått dårlig smertelindring etter en operasjon. Det fremkom i journalen at pasienten ikke hadde fått smertestillende medikamenter som var ordinert ved behov. Hun sa som følger:

«Når vi ikke har gitt behovsmedisin, blir det helt feil. Vi kan være redde for å gi for mye smertestillende da det har vært fokus på dette i mediene at pasienter er neddopet. Derfor er dette et veldig komplisert tema.»

Pasientenes forsøk på sykepleierkontakt ble oversett eller neglisjert

I intervjuene beskrev sykepleiere neglisjering av pasienter som prøver å oppnå kontakt. Sykepleierne som var ansatt på sykehjem, fortalte at pasienter ble oversett, og at de ikke fikk hjelp når de ringte på. En sa dette:

«De har blitt oversett. Vi får avvik på at de ringer på, og ingen kommer og ser til dem.»

Det beskrives som svært vanskelig og krenkende for pasienter ikke å få hjelp når de har smerter, ligger vondt eller trenger hjelp av andre grunner.

DISKUSJON

Denne artikkel retter søkelyset mot pleielidelse som påføres eldre pasienter som gjennomgår kirurgisk behandling og pleie. I studien finner vi respektløs oppførsel mot pasienter,

Tabell 1. Informasjon om sykepleierne som deltok

Sykepleier/spesialsykepleier	Nåværende arbeidssted	Alder	Kjønn	Antall år i yrket
Operasjonssykepleier med videreutdanning i helse, miljø og sikkerhet	Operasjonsavdeling	47	K	26
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	48	K	24,5
Anestesisykepleier	Operasjonsavdeling	49	M	25
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	62	K	27
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	49	K	25
Operasjonssykepleier med mastergrad	Operasjonsavdeling	44	K	23
Operasjonssykepleier	Operasjonsavdeling	52	K	27
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg	Sykehjem	33	K	2,5
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg	Sykehjem	30	K	8
Sykepleier	Sykehjem	40	K	14
Sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg	Sykehjem	50	K	10
Sykepleier	Hjemmesykepleien	40	K	11
Sykepleier	Hjemmesykepleien	40	K	12
Sykepleier	Hjemmesykepleien	59	M	19
Sykepleier	Hjemmesykepleien	56	K	20

Tabell 2. Informasjon om de sju intervjuene

Intervjuform	Antall deltakere	Arbeidssted
Fokusgruppe	4	2 ansatt på sykehjem 2 ansatt i hjemmesykepleien
Kvalitativt individuelt intervju	1	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på operasjonsavdeling
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt på sykehjem
Kvalitativt intervju med sykepleiere	2	Ansatt i hjemmesykepleien

manglende smertelindring og neglisjering fra helsepersonellens side når pasienter forsøkte å oppnå kontakt. Sårbare grupper, som pasienter med forvirringstilstander og kognitiv svikt,

var særlig utsatt. Det samme var eldre pasienter med rusproblematikk.

Studier, også fra operasjonsavdelinger, viser at det skjer alvorlige og uakseptable krenkelser av pasienter (7, 9).

Albina har eksempler på grove krenkelsers av en pasient i perioperativ sykepleie. Hun påpeker at operasjonspasienter er i en særlig sårbar situasjon fordi de er bedøvet (8).

Det kan være vanskelig å få helsepersonell til å fortelle om slike kritikkverdige situasjoner. Ifølge Eriksson kan pasienter føle åndelig og sjelelig lidelse forårsaket av fornedrelser fra medmennesker. De kan også oppleve skyld i forbindelse med behandling eller sykdom. Disse lidelsene oppleves av pasienten selv, men de kan også oppstå på grunn av fordømmende holdning fra pleiepersonalet (1).

Lindwall og von Post beskriver at pasienter lider under ydmykende handlinger. De skriver at dersom helsepersonell virkelig ønsker å beskytte pasientens verdighet, må de tvinge seg til å se det de ikke vil se. Videre sier de at verdikonflikter oppstår når sykepleiere er vitne til at andre omsorgspersoner oppfører seg uhøflig. De avslutter med at det er nødvendig å diskutere og reflektere rundt slike kritikkverdige hendelser som påfører pasienter lidelse og ydmykende opplevelser (19).

Perioperativ omsorg innbefatter at operasjons- og anestesisykepleiere skal ivareta pleien av operasjonspasienten. De skal beskytte pasienten slik at vedkommende ikke utsettes for lidelse utover den som forårsakes av

det kirurgiske inngrepet. Perioperative sykepleiere skal verne pasienter mot krenkelsers slik at pasienten ikke påføres unødig lidelse, som Dahlberg og Martinsen beskriver (2, 4).

Nordtvedt mener at moralsk sensitivitet kjennetegnes ved å identifisere og fange opp moralsk relevante trekk ved en situasjon. Som et eksempel på en situasjon der sykepleiere bør væ-

«Det er helt nødvendig å utvikle samarbeidet på tvers av behandlingsnivåer.»

re spesielt varsomme overfor pasientene, bruker han det å blotte pasienten (20). Slike situasjoner er velkjente for operasjonssykepleiere i forbindelse med leiring av pasienten, altså hvordan man legger pasienten til rette for en operasjon, slik at operasjonen kan gjennomføres. Operasjonssykepleieren skal ivareta pasientens integritet og verdighet ved å hindre blotting av pasientens kropp (20).

I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, og at pasienten har rett til helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket (21). Ifølge

lovverket skal helsepersonell utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte, og hjelpen skal være omsorgsfull (13). Studien vår viser at det har forekommet alvorlige krenkelsers, og at pasienter har blitt påført pleielidelse.

Respektløs oppførsel mot pasienter

Sykepleiere har et faglig, etisk og juridisk ansvar for stå opp mot krenkelsers av pasienter og for ikke å delta i eller godta uakseptabel atferd (3, 21, 22). Sykepleierne beskrev at de følte ubehag når slike uheldige hendelser oppsto, noe som samsvarer med funnene til Lindwall og von Post (13).

Sykepleierne hadde stått i vanskelige situasjoner og hadde valgt å gi pasientene ekstra beroligende medikamenter slik at de sovnet. De ville at pasientene skulle slippe å oppleve verbale utbrudd fra operasjonsteamets medlemmer. En slik måte å beskytte sårbare pasienter på, kan diskuteres, men sykepleierne kan oppleve handlingstvang og løser situasjonen på best mulig måte.

Det er viktig at helsepersonell har gode samarbeidsevner, og at de lærer seg gode måter å kommunisere på. Det er ikke uvanlig at det oppstår konflikter på operasjonsstuen. Konfliktene kan i verste fall gå ut over pasientens sikkerhet, eller pasienten kan føle seg krenket (13, 14).

Våre funn er forenlige med Willassen og medarbeidere (15). De beskriver uverdige omsorg og krenkelsers i perioperativ praksis og konkluderer med at det er behov for refleksjon og diskusjon om etikk og verdighet i faget. Videre konkluderer de med at disse temaene må diskuteres i utdanningsprogrammene for å øke bevisstheten om holdninger og bidra til å endre disse til fordel for pasienter, ansatte og studenter (9).

Respektløs oppførsel mot pasienter kan forklares på mange måter. Den kan begrunnes i arbeidsrelaterede stressfaktorer, fysiske eller psykiske sykdommer, misbruk, ubetenksomhet eller redsel for å gjøre feil (18). Makthierarkier, redsel for represalier eller mobbing er årsaker til at

Tabell 3. Eksempler på hvordan rådata ble til hovedtemaer

Meningsenhet rådata	Kondensert meningsenhet	Koder	Undertema	Hovedtema
Krenkelsers skjer, det kan være folk i «hodeenden» som er sure eller uforskammet. Jeg sier ikke at det er normalen, men det har skjedd flere ganger i løpet av det siste året. Og du føler ubehag ved det og kommenterer det når pasienten har sovna eller ...	Anestesi-personell kan være sure eller uforskammet mot pasienten	Ansatte kan være sure eller uforskammet mot pasienten	Verbale krenkelsers	Respektløs oppførsel mot pasienter
Man kan merke en viss grad av stigmatisering. Hvis det er pasienter som har historikk, at de har vært misbrukere, enten alkohol eller medikamenter, så kan det være vanskelig å få rett medikamenter for smerter eller ...	Det kan være vanskelig å få riktig smertelindring til pasienter som har vært misbrukere av alkohol eller medikamenter	Pasienter med misbruksproblematikk får ikke adekvat smertelindring	Pasientens smerte blir ikke tatt på alvor	Mangel på adekvat smertelindring
Pasienter ringer og ringer uten å få hjelp. Og når det endelig kommer noen inn, så gir hun pasienten beskjed om at hun kommer tilbake med én gang, og så gjør hun ikke det ...	Pasienter blir oversett når de ringer på og trenger hjelp	Ansatte overser pasienter med behov for hjelp	Pasienter får ikke hjelp ved behov	Pasienters forsøk på sykepleierkontakt ble oversett eller neglisjert

helsepersonell ikke greier å ta opp disse vanskelige situasjonene. Kommunikasjonsproblemer av ulike slag er en av årsakene til uønskede hendelser (15).

Nordtvedt mener at det er mange forklaringer på hvordan moralske sammenbrudd kan skje. Han peker på makthierarkier, blind lydighet, følelsesmessig avstumpethet, ideologi, sadisme og empatisvikt som årsaker til moralske sammenbrudd (23). Hvor lett medarbeiderne synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted, handler om sikkerhetsklimate og åpenhet (24).

I USA har det lenge vært jobbet med profesjonelle utviklingskurs for sykepleiere og leger som har dårlig oppførsel for å oppnå en atferdsendring fordi

slik oppførsel utgjør en risiko for pasientsikkerheten. Tidlig tilbakemelding fra kolleger og ledere er viktig for at den ansatte forstår virkningen av sin oppførsel (25).

Mangel på adekvat smertelindring

Funnene våre viser at pasienter ikke alltid får adekvat smertelindring i forbindelse med kirurgiske inngrep. Sykepleierne hadde eksempler på at enkelte pasienter ble stigmatisert. Eksemplene gjaldt rusmisbrukere og er hentet fra både sykehjem og hjemmetjenesten.

Det er alvorlig at svake pasientgrupper ikke får adekvat smertelindring i forbindelse med kirurgiske inngrep, noe som medfører lidelse for pasientene. Smerteuttrykkene og smerteopplevelsene er forskjellige fra pasient til

pasient, og de er også kulturbetinget (26).

Dersom pasienter ikke får adekvat smertelindring, viser det alvorlig mangel på pleie (1). Mulige løsninger for sykepleiere er å oppdatere sin kunnskap om smerter og smerteuttrykk i forskjellige kulturer, delta i læringsnettverk og bedre samarbeidet med farmasøyter og leger. Smertelindring kan bidra til å forebygge fall blant eldre.

Tverrfaglig samarbeid, årlig legemiddelgjennomgang og hverdagsrehabilitering har stor betydning for fallforebygging. Det norske pasientsikkerhetsprogrammet har fallforebygging i helseinstitusjoner som satsingsområde (27).

Det er viktig med tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og

FAGGRUPPENE

NSFs faggruppe for sykepleiere i dermatologi og venerologi

NSFs faggruppe for sykepleiere i dermatologi og venerologi ble dannet på 1990-tallet og teller i dag rundt 180 medlemmer.

Medlemmene kommer primært fra hudavdelinger og hud- og veneriske poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, men også fra primærhelsetjenesten. Noen av faggruppens sykepleiere er private aktører innen kosmetisk dermatologi. Felles er interessen for dermatologi og høy sykepleiefaglig standard når vi møter pasientene våre.

En dermatologisk sykepleier kan møte pasienter med psoriasis, eksem, sår, allergier, kløe

eller benigne og maligne hudforandringer. Nye behandlingsmetoder og medikamenter har de siste årene gjort livet til hudpasientene svært mye enklere, men mange er kronisk syke og vil trenge hjelp eller hjelp til selvhjelp i mange år.

Ved flere av landets hudavdelinger jobber også sykepleiere med venerologiske problemstillinger. De har samtaler med pasienter om seksuelt overførbare infeksjoner, utfører tester og jobber med smitteoppsporing, og har derfor en viktig rolle i arbeidet med å redusere seksuelt overførbare sykdommer i Norge.

Faggruppen jobber aktivt for å opprettholde videreutdanningen i dermatologi og venerologi ved Universitetet i Sørøst-Norge, som også tilbyr en videreutdanning i kosmetisk dermatologi. Faggruppen samarbeider med dermatologiske sykepleiere i Sverige, Finland og Danmark, hvor hovedmålet er kompetanseutveksling.

Som medlem av faggruppen får man tilgang til faggruppens nettside, kursrabatt på faggruppens årlige Hudseminar og mulighet til å søke om stipender og prosjektmidler.



Sykepleien Forskning på facebook

Skann QR-koden og kom rett til Sykepleien Forskning på facebook.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



kommunehelsetjenesten, bedre sykepleiedokumentasjon, bruk av tolk og deling av nødvendig informasjon når pasienter flyttes mellom forskjellige nivåer i forbindelse med kirurgiske inngrep (28). Det er helt nødvendig å utvikle samarbeidet på tvers av behandlingsnivåer.

Pasientenes forsøk på sykepleierkontakt ble oversett eller neglisjert

Sykepleiere som var ansatt på sykehjem, kom med eksempler på at pasienter ikke fikk hjelp når de ringte på. Dahlberg viser også til eksempler der pasienter ikke har tilgang til alarmknappen og derfor ikke får tilkalt hjelp ved behov (2).

I melding til Stortinget nr. 13, «Kvalitet og pasientomsorg», kommer det frem at pårørende er urolige over mangelen på verdighet, omsorg, tillit og trygghet for skrøpelige, hjemmeboende eldre over 80 år. De får ikke hjelp til avtalt tid, og det er for lite kvalifisert hjelp (24). Pårørende er ofte en styrke for eldre når de blir innlagt på sykehus eller sykehjem, og når de mottar hjemmesykepleie.

Martinsen har et eksempel der en kreftsyk kvinne i den siste uken av sitt liv ble nektet hjelp av en sykepleier til å ligge bedre. Kvinnen ringte på, men fikk ikke hjelp. Sykepleieren handlet skamløst og brukte travelt om unnskyldning for ikke å hjelpe en sårbar pasient med store smerter (28). Malmedal peker på at dårlige holdninger og ledelse, mangel på kunnskap og trange økonomiske rammer kan være årsaker til at pasienter ikke får hjelp (6).

KONKLUSJON

Vi utførte datainnsamlingen på tvers av helsetjenestenivåer. I studien er det eksempler på respektløs oppførsel, mangel på adekvat smertelindring og neglisjering når pasientene forsøkte å oppnå kontakt, og funnene antyder at eldre pasienter blir påført uønsket lidelse. Den viktigste oppgaven til sykepleiere er å lindre lidelse og fremme helse. Sykepleiere, ledere og annet helsepersonell må samarbeide for ikke å påføre eldre pasienter mer lidelse, spesielt når kontinuitet i sykepleien er en utfordring.

Studien viser betydningen av

personsentrert omsorg, bedre samarbeid mellom de forskjellige nivåene i tjenestene samt bedre smertebehandling. Perioperative sykepleiere må ha dialog med pasienten gjennom hele pasientforløpet, og ikke bare under operasjon.

Studien viser også at kommune- og spesialisthelsetjenesten bør inkludere Lindwall og von Posts perioperative dialogmodell. Denne modellen retter oppmerksomheten mot pasientenes verdighet, som inkluderer kontakt med pasienten og de pårørende og kollegial dialog i og mellom enheter. Åpenhet og diskusjon om krenkelser er nødvendig i arbeidsmiljøet for å bedre sikkerhetsklimaet. Det er viktig at sykepleiere diskuterer hvordan slike hendelser kan håndteres.

Det trengs mer forskning på området som også omfatter pasienter og pårørendes opplevelser om påførte pleielidelser i forbindelse med kirurgisk behandling. Sykepleiere bør stå i spissen for å fremme et omsorgsfullt miljø for pasienter og ansatte, og de må ha mot til å ta opp uheldige hendelser. Dersom sykepleiere ikke melder fra om uakseptabel atferd, bidrar de til at slike holdninger og slik oppførsel får fortsette.

Vi takker informantene som deltok i studien, og ledere som bidro til at vi fikk tilgang til feltet. Vi takker også Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere NSFLOS for tildelte prosjektmidler, som gjorde det mulig å gjennomføre studien.

REFERANSER

- Eriksson K. Det lidende mennesket. TANO; 1995. Tilgjengelig fra: <https://www.nb.no/nbsok/nb/0d79cb121e3390070c32a13495f4b681?langno#24> (nedlastet 05.04.2018).
- Dahlberg K. Vårdlidande – det onödiga lidandet. Nordic Journal of Nursing Research. 2002;22(1):4–8.
- Dåvøy GAM, Eide PH, Hansen I. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
- Martinsen K. Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten. I: Dåvøy GAM, Eide PH, Hansen I, red. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018: s. 130–146.
- Schjøtler G, Delmar C. Angst, sårbarhet og skam – operasjonspasienters sanseerfaringer. Klinisk Sykepleie. 2016;30(01):17–30.
- Malmedal W. Sykehjemmetts skyggesider: når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep. Oslo: Kommuneforlaget; 1999. Tilgjengelig fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/87e05ae260bb654022d3df693f62e068.nbdigital?langno#0> (nedlastet 14.03.2018).
- Linh M, Bergens A. Når betendet blir en patientsikkerhetsrisiko. Läkartidningen. 2015;112:DF16. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/profile/Marion_Lindh/publication/281828685_In_Process_Citation/links/5638d96408ae4bde502e00f.pdf (nedlastet 14.04.2018).
- Albina JK. Patient abuse in the health care setting: The nurse as patient advocate. AORN Journal. 2016;103(1):73–81.
- Willassen E, Blomberg A-C, von Post I, Lindwall L. Student nurses' experiences of undignified caring in perioperative practice – Part II. Nursing Ethics. 2015;22(6):688–99.

- Orvik A. Organisorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og Klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Dam Akademisk; 2015.
- Rothrock JC, McEwen DR, Alexander EL. Alexander's care of the patient in surgery. 15. utg. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2015.
- Lindwall L, von Post I. Perioperativ vård: att förena teori och praxis. Lund: Studentlitteratur; 2008.
- Lindwall L, von Post I. Perioperativ vård: den perioperativa vårdprocessen. Lund: Studentlitteratur; 2000.
- Steelman VM. Concepts basic to perioperative nursing. I: Rothrock JC, red. Alexander's care of the patient in surgery. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2015: s. 1–15.
- Eilassen E, Holla S, Bondas T. Risiko for uheldige hendelser i perioperative pasientforløp til eldre – en kvalitativ studie. Klinisk Sykepleie. 2018;32(2):94–110.
- Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsinterview. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105–12.
- Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. Nursing & Health Sciences. 2013;15(3):398–405.
- Lindwall L, von Post I. Preserved and violated dignity in surgical practice – nurses' experiences. Nursing Ethics. 2014;21(3):335–46.
- Hansen I, Brekken RS. Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I: Hansen I, Eide PH, Dåvøy GAM, red. Operasjonssykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018: s. 320–39.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 12.04.2018).
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 18.02.2019).
- Nordtvedt P. Makt kan føre til ondskap. Oslo: Sykepleien; 2014. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/etik_11.pdf (nedlastet 03.04.2018).
- Meld. St. nr. 13 (2016–2017). Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id252441/> (nedlastet 18.02.2019).
- Samenow CP, Worley LLM, Neufeld R, Fishel T, Swiggart WH. Transformative learning in a professional development course aimed at addressing disruptive physician behavior: a composite case study. Academic Medicine. 2013;88(1):117–23.
- Ellingsen S, Drageset S. Peroperativ smertelindring. I: Dåvøy GAM, Eide PH, Hansen I, red. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018: s. 478–89.
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsom%C3%A5der/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner> (nedlastet 18.02.2019).
- Naustdal A, Nettetland G. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Oslo: Sykepleien Forskning. 2012;3(7):270–7. DOI: 10.4220/sykepleieint.2012.0133.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe av sykepleiere i urologi

NSFs faggruppe av sykepleiere i urologi (FSU) ble dannet i 1986. Faggruppen har et styre med fem styremedlemmer og to aktive varemedlemmer. Vi har rundt 300 medlemmer og lokalgrupper og kontaktpersoner i de fleste fylker.

Faggruppen er en møteplass for fag- og kunnskapsutvikling. Medlemmene utgjør et nettverk av kompetanse, både innad i faggruppen og på tvers av NSF's fagområder.

FSU jobber for å

- stimulere til utvikling, utdanning og

- forskning innenfor fagområdet
- bidra til utnyttelse, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap
- bedre kvaliteten på sykepleien til pasienter med urologiske sykdommer og plager
- videreutvikle nasjonalt og internasjonalt samarbeid

- Fordeler ved medlemskap i faggruppen:
- fagbladet *URO info*, som gis ut tre ganger per år
- årlig urologisk konferanse

- gode stipendordninger:
 - MEDAC- og BANDA-stipend
 - fagutviklings-/utdanningsstipend
 - seks reisestipender per år

Bli medlem via våre nettsider, nsf.no/faggrupper/urologi, eller ved å sende kodeordet NSFFSU til 02409.

Vi er også på Facebook, søk på Urologiske sykepleiere - NSF.

Vår medlemskontakt er Sissel Aalstad Berg, sissilb@hotmail.com. Leder er Heidi Nikolaisen, hei-niko@online.no.



NSF/FFD – Faggruppe for diabetessykepleiere

NSF/FFD ble stiftet i 1984 og het da ISID – interessegruppe for sykepleiere innen diabetes. I 1995 fikk ISID en samarbeidsavtale med NSF, og i 2004 skiftet man navn til NSF/FFD. I dag har faggruppen 320 medlemmer over hele landet og 18 lokalgrupper.

Det overordnede målet for NSF/FFD er å videreutvikle en god kvalitativ, kvantitativ og individuell sykepleieomsorg for personer med diabetes og deres pårørende ved å

- bidra til tverrfaglig samarbeid for å sikre kompetanse i alle ledd samt like opplæ-

- ningsmuligheter uavhengig av geografi
- videreutvikle veilednings- og opplæringsmetoder for personer med diabetes og deres pårørende, sykepleiere, studenter og annet helsepersonell
- påvirke til faglig kompetanseheving ved videre- og etterutdanning
- stimulere til sykepleiefaglig forskning og prosjektarbeid

Som medlem i NSF/FFD kan man søke på reisestipend, utdanningsfond og fagutviklingsfond.

Annethvert år arrangerer vi Nasjonalt

sykepleiersymposium, og det arrangeres lokale temamøter av lokallagene.

Vi ønsker oss medlemmer fra alle deler av helsetjenesten, og vi ønsker å være et fagnettverk for sykepleiere med interesse for diabetes. Sentralt for faggruppen er kompetanse, samarbeid, kvalitetssikring og å motivere til fagutvikling.

Er du medlem av NSF og ønsker å melde deg inn i FFD, kan du melde deg inn på nsf.no. Velg «faggruppe» og deretter «bli medlem». Har du noen spørsmål, send oss gjerne en e-post.

Forum for kreftsykepleie

Norsk Sykepleierforbunds Forum for kreftsykepleie (FKS) er en faggruppe bestående av kreftsykepleiere og sykepleiere som arbeider med kreftsyke pasienter og deres pårørende.

Kreftsykepleieres funksjons- og ansvarsområde omfatter forebygging av kreft og behandling, lindring og rehabilitering av pasienter med kreft. I tillegg har kreftsykepleiere sentrale oppgaver innen veiledning, undervisning, utviklingsarbeid og forskning. Arbeidsfeltet er primært spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjoner og ulike private virksomheter.

FKS har 1742 medlemmer, fjorten lokalgrupper og to spesielle interessegrupper (SIG-grupper). Vi tilbyr mange spennende arrangementer til våre medlemmer, blant annet lokale fagkvelder og en nasjonal konferanse annethvert år.

Les mer om faggruppen og hvordan du kan bli medlem på vår nettside, nsf.no/faggrupper/kreftsykepleiere. Besøk oss også på Facebook, søk på Forum for kreftsykepleie.

- Ved å være medlem i faggruppen får du
- fagtidsskriftet *Kreftsykepleie* to ganger i året
- rabatterte konferanseavgift på FKS Landskonferanse

- delta på lokale fagkvelder gratis eller til redusert pris
- søke stipender til konferanser og prosjekter etter to års medlemskap
- Faggruppens formål er å
- øke medlemmenes fagkompetanse
- arbeide for en bemanningsnorm for kreftsykepleiere
- samarbeide med andre nordiske og europeiske kreftsykepleierorganisasjoner
- bidra med finansiering til forsknings- og utviklingsprosjekter
- bidra med innspill til ulike høringer innen helse og omsorg
- være synlige i fagmiljøet

HOVEDBUDSKAP

Sykepleieren spiller en viktig rolle i å identifisere tidlige symptomer på sepsis og kartlegge pasienter som står i fare for å utvikle tilstanden. Men mange sykepleiere mangler kunnskaper.

For å identifisere sepsis tidligere må kunnskapen økes gjennom undervisning, simulering og klare retningslinjer. I tillegg må kartleggingsverktøy tas i bruk.

NØKKELORD:

- Sepsis ► Kompetanse
- Litteraturstudie ► Sykepleie

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76029

Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere

Sykepleiere er i en nøkkelposisjon til å oppdage sepsis tidlig. Men de trenger mer kunnskap og bedre klinisk kompetanse, og de må kjenne til kartleggingsverktøyene.

Norge er det omtrent 7000 tilfeller av sepsis årlig (1). Statistikk viser at 19 millioner mennesker rammes av sepsis hvert år. Fem millioner dør på verdensbasis som følge av tilstanden (2). Flere av dem som overlever sepsis, får langvarige fysiske, psykiske og kognitive funksjonshemninger (3).

I 2016 kom en ny, internasjonal definisjon av sepsis, som vektla behovet for mer oppmerksomhet, slik at diagnosen kan avdekkes på et tidligere tidspunkt (3) (se faktaboks). Diagnosen er i dag et økende problem. Årsakene kan være at befolkningen blir eldre, og at behandlingene mot sykdommer har blitt mer aggressive og intensive. Vi ser dessuten en økende mikrobiell resistens (1).

HENSikten MED STUDIEN

Hensikten er å belyse sykepleierens rolle med å identifisere sepsis hos pasienter på sengepost.

Ved å observere pasienten kan sykepleieren få nyttig informasjon om pasienten og pasientens helsetilstand. Når sykepleieren oppfatter hvilke pasienter som står i fare for å utvikle sepsis og observerer og kartlegger dem

FORFATTERE


Eirin Aspsæther
Sykepleier, Avdeling E,
Sundal helsetun



Vilde Birkestøl Lien
Sykepleier, Medisinsk avdeling post 1,
Ålesund sjukehus



Sven Inge Molnes
Førstelektor, Institutt for helsevitenskap,
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet, Ålesund

nøye, kan hun eller han bidra til å forebygge komplikasjoner og bedre prognosen for pasienten (4).

METODE

Studien er en systematisk litteraturstudie basert på åtte kvantitative forskningsartikler. Vi gjennomførte søk i databasene CINAHL, PubMed og Ovid MEDLINE fra oktober til desember 2017 med følgende inklusjonskriterier: engelsk- og skandinaviskspråklige artikler publisert i tidsrommet 2012–2017, som var

overførbare til det norske helsevesenet.

Vi benyttet PIO-skjema siden dette skjemaet bidrar til struktur og klargjør spørsmålet for systematisk litteratursøk, utvalgelse og kritisk vurdering av litteraturen (se faktaboks). Vi valgte å utelukke C (Comparison) fra PICO-skjemaet, da vi ikke ønsket å sammenlikne med et annet tiltak.

ANALYSE

Vi gjennomførte analysen etter Evans' (5) modell, som består av fire trinn:

- Samle inn datamateriale.
- Identifisere nøkkelfunn i hver studie. Vi leste gjennom én



VIKTIG ROLLE: Sykepleieren på sengepost er ansvarlig for å ha nødvendig kunnskap og kompetanse til å kunne gjenkjenne og identifisere sepsis. Illustrasjonsfoto: Doug Olson / Mostphotos

og én artikkel hver for oss og skrev ned alle nøkkelfunn underveis.

- Sammenlikne ulikheter og likheter, identifisere forskjeller mellom studiene og finne felles temaer.
- Beskrive fenomenet, der kategoriene og temaene blir utgangspunkt for hovedtemaet. Dette trinnet resulterte i tre hovedtemaer (tabell 1).

TIDLIGERE STUDIER

Flere av studiene påpekte at sykepleieren er i en nøkkelposisjon til å kunne identifisere sepsis fordi sykepleieren står nærmest pasienten og observerer pasienten døgnet rundt (6–8).

Videre kom det frem at sykepleiere har behov for mer kunnskap om temaet siden sykepleiere spiller en sentral rolle med å identifisere sepsis (9–10). Flere av studiene implementerte egne kartleggings skjemaer for sepsis, noe som resulterte i tidlig identifisering av tilstanden, kortere liggetid og redusert mortalitet (7–9, 11).

Delaney og medarbeidere (6) fremhevet hvor viktig det var at sykepleiere holder seg faglig oppdatert, og at de benytter seg av undervisningsmuligheter for å forbedre kompetansen og kunnskapen.

Et viktig funn i flere studier var at mange sykepleiere følte de hadde behov for mer kunnskap om sepsis da de kjente på et ansvar for å bidra til tidlig identifisering (9–10, 12). Systematisk kartlegging av sykepleierens rolle med å identifisere sepsis kan gi bedre prognose for pasientene (6–7, 11).

ØKE KLINISK KOMPETANSE

Flere av studiene er oppmerksomme på ulike læringsmetoder for hvordan kunnskapsnivået og den kliniske kompetansen kan økes (6–8, 10). Forfatterne nevner praktisk og teoretisk undervisning, innføring i bruk av kartleggingsverktøy og klare retningslinjer. Undervisningen burde være tilpasset sykepleiere, noe som kan sette sykepleieren i en bedre posisjon til å identifisere sepsis på et tidlig tidspunkt.

Noen undersøkte hvilke forbedringer man så av sykepleierens kunnskaper før og etter at teoretisk undervisning ble gitt (6–8). Det kom frem at sykepleierne følte seg tryggere på å identifisere sepsis etter et undervisningsprogram som innebar både teoretisk undervisning og simulering (6). Et viktig funn er at mange sykepleiere mangler nødvendig kunnskap og kompetanse til å gjenkjenne sepsis (7).

Torsvik og medarbeidere (7) implementerte et egendefinert skjema som beskrev hvordan sykepleiere skulle gå frem ved mistanke om sepsis. Innføringen av skjemaet

FAKTA

Sepsis

Også kalt blodforgiftning. Sepsis er livstruende organsvikt utløst av sannsynlig eller påvist infeksjon.

Kilde: Store medisinske leksikon

PICO

PICO er et verktøy som hjelper med å gjøre spørsmålet (problemstillingen) tydelig og presist i kunnskapsbasert praksis. Etter at du har formulert et presist spørsmål, bør du bestemme hvilket kjernespørsmål du står overfor. Dette hjelper deg når du skal søke etter forskning om spørsmålet.

PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål:

P = Patient/problem

I = Intervention

C = Comparison

O = Outcome

Kilde: kunnskapsbasertpraksis.no

førte til større bevissthet blant sykepleierne, og de fattet raskere mistanke om sepsis. Bruk av skjemaet resulterte i raskere behandling, reduksjon i utvikling av tilstanden og økt overlevelse på over 40 prosent.

ANSVARET PÅ SENGEPOST

Sykepleieren på sengepost er ansvarlig for å ha nødvendig kunnskap og kompetanse til å kunne gjenkjenne og identifisere sepsis (6, 7). Fordi sykepleierne er i en god posisjon til å identifisere sepsis bør de få mer ansvar (6, 8, 9). Tromp og medarbeidere (8) ønsket å belyse sykepleierens viktige ansvar i et sepsisforløp og fant at jo større ansvar sykepleieren hadde med å identifisere sepsis, desto mer bidro det til økt tverrfaglighet og dermed bedre ivaretagelse av pasienten og pasientens behov.

Det er et sykepleieransvar å gi god pleie og omsorg til komplekse pasien-

ter med sammensatte behov og inneha kunnskapen som trengs for å kunne gjenkjenne og reagere på tegn til akutt og kritisk sykdom (6). Sykepleiere er de første til å vurdere pasientens helsetilstand og har dermed både mulighet til og ansvar for å mistenke sepsis og ta initiativ til at behandling iverksettes raskt (9).

VERKTØY TIL KARTLEGGING

Når sykepleiere brukte kartleggingsverktøy, ble pasienter tidligere identifisert enn når verktøyet ikke ble benyttet. I tillegg var kvaliteten på sykepleien bedre ved bruk av kartleggingsverktøy (8). Dersom kartleggingsverktøy skal være nyttig, er det viktig at sykepleierne har nødvendig kunnskap om sepsis (7).

Nesten halvparten av alle pasientene på sengepost oppfylte minst to eller flere SIRS-kriterier (systemisk inflammatorisk

«Fordi sykepleierne er i en god posisjon til å identifisere sepsis bør de få mer ansvar.»

responssyndrom) i løpet av sykehusoppholdet (12–13). qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) er ikke det kartleggingsverktøyet som foretrekkes på sengepost eller på intensivavdelinger (12), selv om det har vist seg å være mer nøyaktig enn SIRS. NEWS (National Early Warning Score) er det mest presise kartleggingsverktøyet på sengepost (12).

Flere av sykepleierne var ukjente med SIRS-kriteriene, og hele 85 prosent svarte at de var litt kjent med eller ikke kjent i det hele tatt med SIRS. Et annet relevant funn viste at sykepleierne hadde liten tiltro til egen kunnskap og lente seg mye på kartleggingsverktøyene (13).

I noen studier ble det utarbeidet egne kartleggingsverktøy med utgangspunkt i allerede eksisterende verktøy. I arbeidet benyttet de elementer fra forskjellige kartleggingsverktøy og fra Surviving Sepsis-kampanjen, siden mange opplevde noen verktøy som upresise og ufullstendige (7–9). Mortaliteten ved sepsis er høyere blant pasienter på sengepost enn på intensivavdeling (11, 13).

HVORDAN BEDRE KUNNSKAPEN?

Vår studie viser tydelig hvor viktig det er for sykepleierne å holde seg oppdatert, ta ansvar og benytte seg av undervisningsmuligheter for å forbedre kompetansen og kunnskapene. Kompetanse innebærer å være kvalifisert til å kunne ta beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjonsområde (14).

Det viste seg at sykepleiere som tidligere hadde erfaring med sepsispasienter, hadde mer kunnskap om sepsis og følte seg tryggere på identifiseringen (10). Nyutdannede og yngre sykepleiere hadde mer kunnskap om sepsis. Sykepleierne som var over 50 år, skåret lavere på kunnskap om sepsis. Årsaken kan være at SIRS-kriteriene først ble introdusert i 1992 (6, 9–10).

Nortvedt og Grønseth (4) påpeker derimot at erfarne sykepleiere har solid kunnskap etter flere år i praksis. Videre belyser de hvor nødvendig det er for sykepleiere å holde seg oppdatert på ny forskningslitteratur, og de understreker at sykepleie skal baseres på oppdatert og forskningsbasert kunnskap.

Sykepleieren har en fagutviklende funksjon som innebærer å bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring og holde seg faglig oppdatert. Sykepleieren kan ha nytte av å simulere realistiske pasientsituasjoner for å utvikle observasjonsevnen. Ifølge Delaney og medarbeidere får sykepleierne bedre kunnskap om sepsis hvis de har simulering sammen med teoretisk undervisning (6).

FORESLÅTTE TILTAK

Sykepleierne foreslo selv tiltak for å bedre behandlingen av sepsispasienter, og de foreslo tiltak for å øke kunnskapsnivået i sin egen yrkesgruppe. Sykepleierne tok blant annet i bruk et enkelt, effektivt og standardisert kartleggingsverktøy for å kunne identifisere sepsis tidlig. Sykepleiere som hadde ansvar for pasienter med sepsis eller pasienter som sto i fare for å utvikle sepsis, ble fritatt for andre oppgaver for å kunne følge opp pasienten tettere (9).

Imidlertid var det sykepleiere på akuttmottak som foreslo å ta i bruk kartleggingsverktøy. Dermed kan det diskuteres hvorvidt tiltakene vil være nyttige for sykepleiere på sengepost. Mange sykepleiere lente seg mye på kartleggingsverktøy (12), noe vi tolker som at de var usikre på sin egen kunnskap i møte med risikopasienter.

Når sykepleieren observerer pasienten, brukes sansene til å hente inn data. Sykepleierens evne til å observere betegnes som «det kliniske blikket». Evnen til klinisk blikk og sanselig forståelse utvikles ved å observere.

Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap om og forståelse for hvilke observasjoner som bør gjøres (14):

Tabell 1. Hovedtemaer og kategorier

Hovedtema	Kategorier
Hvordan kan kunnskapsnivå og klinisk kompetanse utvikles?	Tydelige retningslinjer Økt bevissthet om sepsis Undervisning Praktisk trening og simulering Forbedring av rutiner Formyelse av kunnskap
Sykepleierens ansvar på sengepost	Nøkkelposisjon Individuelt ansvar → faglig oppdatert Ta i bruk eksisterende retningslinjer/rutiner
Verktøy som hjelpemiddel ved kartlegging	Bør være enkelt å bruke For sen diagnostisering Lite spesifikke

observasjon av pasientens respirasjon, sirkulasjon, hud, bevissthetsgrad og eliminasjon er viktig ved sepsis eller mistanke om sepsis (15). Tidlig identifisering og målrettet behandling reduserer både mortaliteten og kostnader knyttet til behandling av sepsis (11, 13).

NØKKELPOSISJON

Lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som for eksempel helsepersonelloven, ICN (International Council of Nurses) og rammeplanen for sykepleierutdanningen, skal belyse ansvaret for at egen praksis er etisk, faglig og juridisk forsvarlig, noe som vil påvirke kvaliteten på sykepleien (4).

Sykepleiere må ta ansvar for egen læring og holde seg oppdatert på forskning innen sitt fagområde for å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Videre kan sykepleieren forbedre og utvikle sin kliniske kompetanse gjennom hele yrkeslivet (4, 6). Funn viser at mange pasienter diagnostiseres for sent (10), og at sykepleieren står i en god posisjon til å observere tidlige tegn på sepsis.

Flere beskriver at sykepleierne er i en nøkkelposisjon fordi de ser pasienten ofte og gjennom hele døgnet (6–8). Denne gode posisjonen til å kunne identifisere sepsis bør gi sykepleierne mer ansvar, noe som kan bidra til at de identifiserer tilstanden på et tidligere tidspunkt (6, 8).

Helsepersonelloven § 4 legger vekt på forsvarlighet i utøvelsen av sykepleie. Den slår fast at man skal utføre arbeidet i samsvar med kravene til omsorgsfull pleie og faglig forsvarlighet, som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, karakter og situasjon (16).

Sykepleierne erfarte at det var for få folk på jobb, for lite medisinsk utstyr og for stor arbeidsmengde til at de kunne yte forsvarlig sykepleie (9). Arbeidsforholdene er i strid med kravet om forsvarlighet i yrkesutøvelsen, og vi tror mangel på ressurser kan føre til utfordringer med å kartlegge sepsis systematisk.

SYKEPLEIERENS ANSVAR

Sykepleieren på sengepost har et ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Sykepleieren bør snakke med pasienten om hva som er viktig for ham eller henne, og om hvordan pasientens behov kan tilfredsstilles (17).

For en akutt syk pasient er det normalt å oppleve angst

og utrygghet i forbindelse med situasjonen vedkommende er i (15). Undersøkelser og behandling, ubehagelige prosedyrer og følelsen av hjelpeløshet samt det å miste kontroll over egen situasjon kan være årsaker til at pasienten får denne opplevelsen.

I situasjoner der en pasient er kritisk syk, kan pasientens autonomi og integritet bli truet som følge av at det kan være lett å behandle pasienten som et objekt (15). Det er derfor viktig at sykepleieren på sengepost ivaretar psykiske behov så vel som somatiske. Som sykepleier har vi et ansvar for å ivareta omsorgen til den komplekse pasienten (6).

GODT HJELPEMIDDEL

Kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel til å oppdage tegn på infeksjon og endring i pasientens helse tilstand for helsepersonell som ikke føler seg trygge på sin egen kliniske vurdering. Videre kan kartleggingsverktøy også bidra til bedre beslutninger enn ved bruk av faglig skjønn, og sykepleieren kan få større tiltro til sin egen evne til å identifisere sepsis (4).

Tromp og medarbeidere fant at kvaliteten på sykepleien ble forbedret, og at pasienter ble tidligere identifisert når kartleggingsverktøy ble benyttet (8). Det er viktig å anvende kartleggingsverktøy på korrekt måte for ikke å svekke kartleggingsverktøyet nytteverdi. Vi tror det kan øke kvaliteten på sykepleien og bidra til tidlig identifisering av sepsis når verktøy brukes.

Andre funn viser at sykepleiere lente seg på kartleggingsverktøyene og hadde liten tiltro til egen kunnskap (12). Det kan anses både som en styrke og en svakhet fordi det kan bidra til at kartleggingsverktøy blir brukt, men også til at sykepleierne glemmer det kliniske blikket og egne observasjoner. Vi tror det vil være viktig at sykepleiere ikke anvender kartleggingsverktøy alene, men i kombinasjon med egne kunnskaper, faglig skjønn og det kliniske blikket.

MÅ BRUKE TYDELIG SPRÅK

Observasjoner av vitale tegn og kartlegging av organfunksjon ble i liten grad utført på sengepost. Feiltolkning, utilstrekkelige målinger og forsinket reaksjon var blant årsakene som førte til at tilstanden sent ble identifisert.

Sykepleiere har en tendens til å være diffuse i språket, noe som kan føre til utfordringer i samhandling med andre profesjoner (7), viser en studie til Torsvik og medarbeidere. Å omtale pasienten som «i dårlig form» er relativt lite informativt og kan være et eksempel på en slik utfordring. De (7) utviklet et eget triage-system (hastegradsvurdering) som skulle gi sykepleiere og leger et felles språk for å unngå tilbakemeldinger som «i dårlig form».

God kommunikasjon mellom leger og sykepleiere mener vi er essensielt for å identifisere sepsis og kan trolig bidra til at behandlingen starter tidligere. Flere studier viser at flere avdelinger implementerte egne verktøy for å identifisere sepsis (7–9, 11). Det kan tolkes som at eksisterende verktøy er for lite spesifikke, og at flere har bedre nytte av kartleggings-skjemaer tilpasset deres arbeidsplass.

Vi tror likevel det burde være et mål å utvikle felles retningslinjer for å identifisere sepsis. Vi kan også stille oss kritisk til om det vil fungere optimalt i praksis, og det må vurderes om et verktøy vil ha samme overføringsverdi på en intensivavdeling som på en sengepost. Det viktigste bør uansett være at alle som jobber på samme avdeling, har lik forståelse for hvordan kartleggingen skal praktiseres.

KONKLUSJON

Funnene i vår studie viste at økt kunnskap, klinisk kompetanse og bruk av kartleggingsverktøy bidrar til at sykepleiere tidligere kan identifisere sepsis på sengepost. Undervisning, simulering, klare retningslinjer og systematisk kartlegging bidrar til at sykepleiere får utnyttet sin gode posisjon overfor pasientene, slik at sykepleierne kan identifisere sepsis på et tidlig tidspunkt. ●

REFERANSER

1. Rygh M, Andreassen GT, Fjellset AL, Wilhelmssen IL, Stubberud DG. Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Stubberud DG, Grønseth R, Almås H, red. Klinisk sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017. s. 69–117.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–8.
3. Finfer S, Machado FR. The global epidemiology of sepsis. Does it matter that we know so little? Am J Respir Crit Care Med. 2016;193(3):228–30.
4. Nortvedt P, Grønseth R. Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I: Stubberud DG, Grønseth R, Almås H, red. Klinisk sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017. s. 17–40.
5. Evans D. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. Aust J Adv Nurs. 2002–2003;20(2):22–6.
6. Delaney MM, Friedman MI, Dolansky MA, Fitzpatrick JJ. Impact of a sepsis educational program on nurse competence. J Contin Educ Nurs. 2015;46(4):379–86.
7. Torsvik M, Gustad LT, Mehl A, Bangstad IL, Vinje LJ, Darnås JK, et al. Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival. Crit Care. 2016;20(1):244.
8. Tromp M, Hulscher M, Bleeker-Rovers C, Peters L, van den Berg TNA, Borm G, et al. The role of nurses in the recognition and treatment of patients with sepsis in the emergency department: A prospective before-and-after intervention study. Int J Nurs Stud. 2010;47(12):1464–73.
9. Burney M, Underwood J, McEvoy S, Nelson G, Dzierba A, Kauari V, et al. Early detection and treatment of severe sepsis in the emergency departments: Identifying barriers to implementation of a protocol-based approach. J Emerg Nurs. 2012;38(6):512–7.
10. Hengell LC, Visseren T, Meima-Cramer PE, Rood PP, Schult S. Knowledge about systemic inflammatory response syndrome and sepsis: a survey among Dutch emergency department nurses. Int J Hosp Med. 2016;9(19):1–7.
11. Gyang E, Shieh L, Forsey L, Maggio P. A nurse driven screening tool for the early identification of sepsis in an intermediate care unit setting. J Hosp Med. 2015;10(2):97–103.
12. Churpek MM, Snyder A, Han X, Sokol S, Pettit N, Howell MD, et al. Quick sepsis-related organ failure assessment, systemic inflammatory response syndrome, and early warning scores for detecting clinical deterioration in infected patients outside the intensive care unit. AJRCCM. 2017;195(7):906–11.
13. Churpek MM, Zdravec FJ, Winslow C, Howell MD, Edelson DP. Incidence and prognostic value of the systemic inflammatory response syndrome and organ dysfunctions in ward patients. AJRCCM. 2015;192(8):958–64.
14. Kristoffersen NJ. Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie – fag og funksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 139–92.
15. Andreassen GT, Fjellset AL, Wilhelmssen IL, Stubberud DG. Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Almås H, Stubberud DG, Grønseth R, red. Klinisk sykepleie bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 61–105.
16. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 14.01.2019).
17. Kristoffersen NJ. Helse og sykdom. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 31–81.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg denne artikkelen



Eirin Aspsæther

Sykepleier, Avdeling E,
Sunndal helsetun

Fagartikkelen vår ble til ved at jeg og medstudent Vilde Birkestøl Lien skrev bacheloroppgave om sepsis. Da vi presenterte den muntlig for veilederen vår og sensor, var det egentlig de som ymtet frempå om at funnene vi hadde gjort, burde nå frem til flere.

Vi begynte jo å jobbe som nyutdannede sykepleiere like etterpå, og da vi hadde landet litt, kontaktet vi veilederen vår og spurte om han fortsatt ville skrive fagartikkel sammen med oss – og det ville han! Det ga absolutt mersmak.

Jeg har gått i et vikariat ved en demensavdeling siden jeg ble ferdig utdannet i fjor.

Jeg vil si at det viktigste i arbeidet med denne pasientgruppen er å ha gode kommunikasjonsevner og å være omgjengelig.

Hva jeg er opptatt av nå? Som nordmøring, sykepleier

«Bunadsgeriljaen engasjerer meg veldig.»

og jente/dame engasjerer bunadsgeriljaen meg veldig. Den saken handler jo om å sikre et trygt helsetilbud i nærheten av der man bor. De kjemper for å bevare nærheten til fødetilbudet ved Kristiansund sykehus, men budskapet er like aktuelt over hele landet. ●



HOVEDBUDSKAP

Vi gjorde en undersøkelse for å finne ut mer om bruk av personlig beskyttelsesutstyr i kontakt med isolerte pasienter i sykehus. Temaet ble valgt på bakgrunn av observasjoner og erfaringer vi hadde gjort i egen avdeling. Det ble utført en spørreskjemaundersøkelse i forkant av prosjektet. Resultatene fra undersøkelsen stemte med våre antakelser. De viste at helsepersonell ikke handler i samsvar med retningslinjer og hygieniske prinsipper. Det ble gjennomført en intervensjonspakke, og en spørreundersøkelse i etterkant viste forbedrede resultater.

NØKKELORD:

► Smittevern ► Isolasjon

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75872

Slik fikk vi flere til å bruke beskyttelsesutstyr riktig på isolat

Et kurs som varte i tre timer, samt klistremerker, lommekort og smittestrikk fikk helsepersonell til å følge retningslinjer for bruk av beskyttelsesutstyr i arbeid med isolerte pasienter.

Isolasjon av pasienter i sykehus er et tiltak som i all hovedsak iverksettes for å forebygge smittespredning (1). Utover de basale smitteverntiltakene som danner basis for effektivt smittevern i helsetjenesten, skal man ved isolering benytte seg av personlig beskyttelsesutstyr ved kontakt med den isolerte pasienten (1). Med personlig beskyttelsesutstyr menes i denne artikkelen hansker, munnbind eller P3-maske og beskyttelsesfrakk.

En av de vanligste komplikasjonene for pasienter som har vært innlagt på sykehus, er sykehusinfeksjoner. Flere av disse infeksjonene skyldes kryssoverføringer grunnet mangelfull etterlevelse av infeksjonsforebyggende retningslinjer fra helsepersonell (2, 3).

Sykehusinfeksjoner bør forebygges i den grad det er mulig, både av hensyn til samfunnets økonomi, sykehushens kapasitet og belastningen en infeksjon kan være for den enkelte pasienten (4). Riktig etterlevelse av smittevernprosedyrer og infeksjonsforebyggende tiltak reduserer bruk av antibiotika, og er dermed et viktig tiltak for å forebygge utvikling og spredning av resistente mikrober (1, 5).

På avdelingen artikkelforfatterne jobber på, ble det

FORFATTERE



Marte Johanne Tangeraaas Hansen
Spesialsykepleier og studiesykepleier,
Infeksjonsmedisinsk sengepost,
Stavanger universitetssjukehus



Elin Bø Lunde
Spesialsykepleier og assisterende avdelingsleder,
Infeksjonsmedisinsk sengepost,
Stavanger universitetssjukehus

stadig observert ulik og feil bruk av personlig beskyttelsesutstyr i forbindelse med arbeid på smitteisolater. I 2016 satte vi derfor ned en gruppe bestående av tre spesialsykepleiere i infeksjon og smittevern (Elin Bø Lunde, Kine Coward Linstad og Marte Johanne Tangeraaas Hansen) samt en sykepleier med master i tropemedisin (Sissel Klepp), som skulle se på muligheter til å forbedre avdelingens praksis på dette feltet.

sis på dette feltet.

Vi søkte om såkornmidler og fikk i 2016 midler av Helse Vest til å utføre et prosjekt om bruk av personlig beskyttelsesutstyr i arbeidet med isolerte pasienter. Såkornmidler er midler som blant annet Helse Vest deler ut for å stimulere til forbedringsarbeid som potensielt kan øke kvalitet og pasientsikkerhet (6). Målet med prosjektet vårt var å kartlegge dagens praksis vedrørende bruk av personlig beskyttelsesutstyr i kontakt med isolerte pasienter samt å eventuelt øke kvaliteten på dagens praksis dersom kartleggingen viste at det var behov for det.

UNDERSØKELSE AVSLORTE MANGLER

Vi hadde hovedsakelig en kvantitativ tilnærming for å kartlegge dagens praksis vedrørende bruk av personlig



**MÅ VÆRE KLEDD FOR
JOBBERN:** Helsepersonell
som arbeider med pasien-
ter på isolat, må være
nøye med påkledningen
og følge prosedyrer for
å unngå smitte. Illus-
trasjonsfoto: Cornelius
Poppe / NTB scanpix

beskyttelsesutstyr i kontakt med isolerte pasienter. Vi utviklet et spørreskjema som vi delte ut til alle ansatte på avdelingen; både leger, sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, assistenter og lærlinger eller studenter ble invitert til å delta. Spørreskjemaet tok sikte på å kartlegge deltakernes selvrapporterte bruk av personlig beskyttelsesutstyr i arbeid med isolerte pasienter samt å identifisere eventuelle kunnskapshull relatert til tematikken.

I etterkant av spørreskjemaundersøkelsen ble data vurdert og analysert, og mangelfull etterlevelse av retningslinjene samt kunnskapshull ble identifisert. En intervensjonspakke, som presenteres i kapittelet under, ble iverksatt på bakgrunn av funnene. Etter gjennomføring av intervensjonspakken ble spørreskjemaet utdelt på nytt for å kartlegge eventuelle endringer i selvrapportert etterlevelse og kunnskap. Resultatene av de to spørreskjemaundersøkelsene ble sammenliknet for å vurdere eventuelle endringer i deltakernes selvrapporterte atferd og kunnskapsnivå. Det ble ikke skilt mellom yrkesgruppene i analysen for å bevare den enkeltes anonymitet.

Opgavens resultater ble analysert ved hjelp av univariat statistikk og beskrives i denne teksten gjennom kakediagrammer.

RESULTATER FØRSTE KARTLEGGING

Figur 1 viser at i overkant av en av fire av deltakerne i denne kartleggingen oppga å bruke feil utstyr i forbindelse

med påkledning i forkant av kontakt med en isolert pasient.

Figur 2 viser at omtrent 25 prosent av deltakerne utførte avkledning av personlig beskyttelsesutstyr i etterkant av kontakt med pasient som er kontaktsmitteisoleret, i feil rekkefølge. I overkant av halvparten oppga at de ville utført samme prosedyre i feil rekkefølge i etterkant av kontakt med pasienter isolert på dråpesmitte eller luftsmitte.

«Sykehusinfeksjoner bør forebygges i den grad det er mulig.»

Figur 3 viser at like i underkant av en fjerdedel av deltakerne ikke fulgte retningslinjene for bytting av beskyttelsesfrakk (smittefrakk).

Cirka en av seks oppga at de hengte beskyttelsesfrakken (eller smittefrakken) opp med uren side ut i slusen i etterkant av å ha brukt den.

I overkant av halvparten av respondentene oppga at de byttet hansker mellom prosedyrer inne på et isolat, noe som vil si at like i underkant av halvparten oppga at de ikke gjorde det.

HVA GJORDE VI?

Innholdet i intervensjonspakken som ble iverksatt for å forsøke å forbedre deltakernes selvrapporterte etterlevelse av bruk av personlig beskyttelsesutstyr i arbeid med isolerte

pasienter, samt kunnskap vedrørende tematikken, presenteres i avsnittene under.

Undervisning

Undervisningsopplegget ble planlagt og utviklet basert på funnene som ble gjort i den første kartleggingen. Oppmerksomheten var på smitteregimer, av- og påkledning av personlig beskyttelsesutstyr og smittevernatferd inne på isolatet. Opplegget varte i tre timer og inkluderte teoretisk påfyll, diskusjon i grupper og praktisk utførelse av på- og avkledning av beskyttelsesutstyr. Det var i alt 52 deltakere på undervisningsopplegget.

Lommekort

Det ble utviklet lommekort med informasjon om isoleringsregimer samt hva og i hvilken rekkefølge man skal kle på og av beskyttelsesutstyr før og etter kontakt med isolerte pasienter (figur 6, se nettversjonen. QR-kode sist i artikkelen).

Plakater til sluser og enerom

Det ble hengt opp enkle plakater med informasjon om bruk av beskyttelsesutstyr samt i hvilken rekkefølge utstyret skulle tas på og av i alle sluser og på alle enerom i avdelingen (figur 7, se nettversjonen. QR-kode sist i artikkelen).

Smittestrikk

Personalet ble flere ganger i løpet av intervensjonsperioden invitert til smittestrikk, hvor smittevern var fokus i tillegg til bedring av det psykososiale arbeidsmiljøet. Selv om arrangementet ble kalt smittestrikk, var det åpent for alle – ikke bare de som liker å strikke. På smittestrikken hadde vi blant annet quiz om smitte.

Klistremerker

Det ble utviklet tre klistremerker som hadde til hensikt å minne personalet på håndhygiene i form av sprit og håndvask samt bytting av hansker. Disse ble klistret opp på strategiske plasser i avdelingen i håp om at personalet skulle bli påminnet om å utføre håndhygiene (figur 8, se nettversjonen. QR-kode sist i artikkelen).

RESULTATER ANDRE KARTLEGGING

Når man sammenlikner kakediagrammene for påkledning fra første spørreskjemaundersøkelse i forkant av intervensjonen, med kakediagrammene som presenteres i figur 9, ser man en markant bedring i den selvrapporterte atferden.

Når man sammenlikner kakediagrammene som presenterer funn før intervensjonen, med kakediagrammene som er presentert i figur 10, ser man en markant positiv endring i selvrapportert atferd hva gjelder avkledning av personlig beskyttelsesutstyr i henhold til gjeldende prosedyrer. Færre rapporterte å utføre avkledning i etterkant av arbeid på et kontaktsmitteisolat i feil rekkefølge etter at intervensjonspakken var iverksatt.

Sammenlikning av figur 3 og figur 11 viser en bedring i

selvrapportert atferd hva gjelder å følge retningslinjene for bytte av smittefrakk i forbindelse med arbeid på smitteisolat.

Om man sammenlikner figur 4 og figur 12, ser man at tallene er noe bedret etter at intervensjonspakken ble iverksatt. Flere oppgir at de ville hengt smittefrakken med ren side ut i slusen.

Sammenlikning av figur 5 og figur 13 viser en markant bedring i selvrapportert bytte av hansker i forbindelse med arbeid inne på et isolat.

PÅKLEDNING OG AVKLEDNING

Som tidligere nevnt opplevde vi i forkant av dette prosjektet at medarbeidere ofte brukte personlig beskyttelsesutstyr ulikt eller feil. For å kartlegge helsepersonells selvrapporterte på- og avkledningsvaner hva gjelder personlig beskyttelsesutstyr til bruk på smitteisolat ble det brukt et skjema hvor deltakerne skulle sette nummer for i hvilken rekkefølge prosedyren skulle utføres, og for hvilket personlig beskyttelsesutstyr de ville brukt.

Som resultatene over viser, valgte i overkant av en fjerdedel av respondentene at de ikke fulgte prosedy-

«Håndhygiene regnes som det viktigste, enkleste og mest kostnadseffektive smitteverntiltaket vi har.»

ren for påkledning, og i overkant av halvparten oppga at de ikke fulgte retningslinjene ved avkledning av personlig beskyttelsesutstyr. Vi fant en generell positiv utvikling i våre resultater i etterkant av iverksettelse av intervensjonspakken.

Våre funn indikerer at iverksettelse av tiltak som øker helsepersonellens kunnskap og engasjement omkring smittevern og riktig bruk av utstyr, kan medføre bedre etterlevelse etter gjeldende hygieniske retningslinjer.

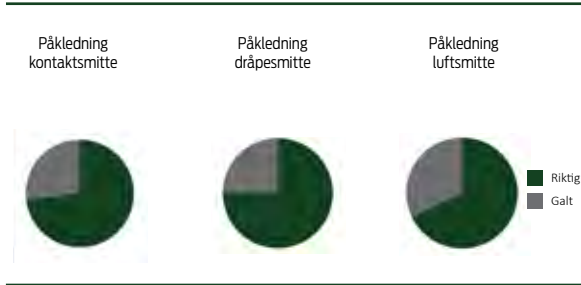
Det vi oppdaget at det ble syndet mest mot, var bruk av håndhygiene, både i forkant av påkledning av utstyr og mellom trinnene i avkledning av utstyret. Ifølge Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet skal det alltid utføres håndhygiene før hansker tas på og etter at de er tatt av (1). Håndhygiene skal også utføres etter at munnbind og beskyttelsesfrakk tas av (1).

Håndhygiene regnes som det viktigste, enkleste og mest kostnadseffektive smitteverntiltaket vi har, og riktig utførelse kan blant annet forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikaresistens (7). Kunnskapsformidling gjennom undervisning og informerende plakater i sluser og ved dør på enerom samt påminnelser i form av strategisk plasserte klistremerker, tror vi har vært med på å skape forbedringen vi så fra første til andre måling.

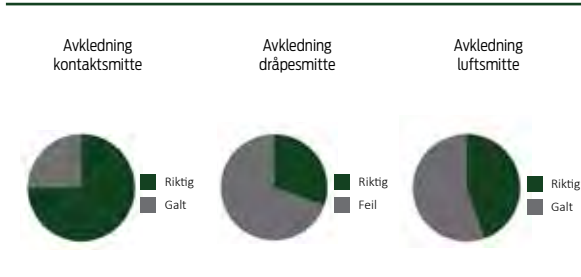
BRUK AV SMITTEFRAKK

I vår kartlegging fant vi at omtrent en fjerdedel av respondentene ikke byttet smittefrakk i henhold til nasjonale og lokale retningslinjer. Smittefrakker (beskyttelsesfrakker)

Figur 1. Påkledning ved kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte, runde 1



Figur 2. Avkledning ved kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte, del 1



Figur 3. Følges retningslinjer for bytting av smittefrakk?, del 1



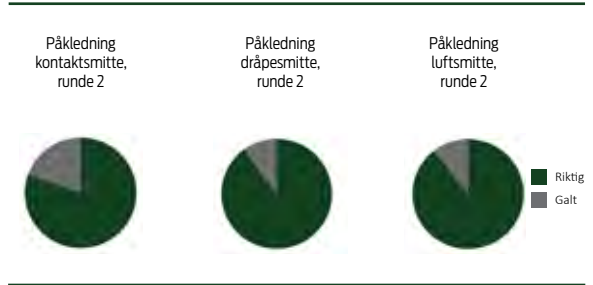
Figur 4. Følger prosedyre når brukt smittefrakk henges i sluse, del 1



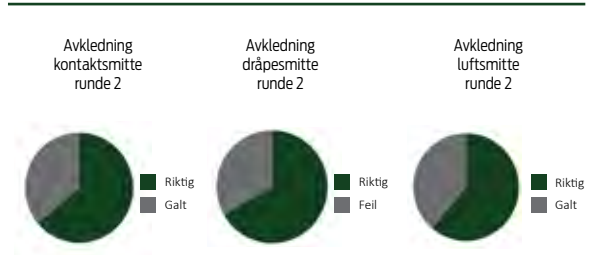
Figur 5. Bytter hansker på isolat, del 1



Figur 9. Påkledning ved kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte, runde 2



Figur 10. Avkledning ved kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte, del 2



Figur 11. Følges retningslinjer for bytting av smittefrakk?, del 2



Figur 12. Følger prosedyre når brukt smittefrakk henges i sluse, del 2



Figur 13. Bytter hansker på isolat, del 2



skal byttes minimum én gang i døgnet og etter langvarig bruk samt når den er synlig tilsølt. Smittefrakken skal videre henges med ren side ut dersom den henges i slusen, og med skitten side ut dersom den må henges inne på et pasientrom (1). Våre funn indikerer at undervisning om gjeldende retningslinjer og strategisk plassert opplysningsmaterieell medfører bedre etterlevelse og riktigere bruk av smittefrakk.

BYTTE HANSKER PÅ ISOLAT

Like i underkant av halvparten av deltakerne i vår kartlegging oppga at de ikke byttet hansker underveis i sitt arbeid inne på et isolat. Det fremkommer ikke av spørsmålets ordlyd om det skal utføres urene oppgaver på isolatet. Det kan selvfølgelig skje at man kun skal utføre en ren oppgave slik at hanskebytte ikke kreves før en forlater isolatet. I hverdagen vil det være naturlig å utføre flere oppgaver når man er inne hos den isolerte pasienten, og svært ofte går man fra urene til rene prosedyrer. Vi mener derfor at funnet vårt er oppsiktsvekkende, fordi det kan indikere at helsepersonell utfører rene prosedyrer med urene hansker, noe som kan utsette pasientene for unødig fare. Funnet stemmer likevel med annen forskning på tematikken. Studier har nemlig vist at helsepersonells bruk av hansker reduserer deres generelle etterlevelse av håndhygieniske retningslinjer (7).

Dersom man går fra urene til rene prosedyrer, som for eksempel fra sårstell til matservering, hos en isolert pasient, er det stor sannsynlighet for krysskontaminering.

Et viktig prinsipp er å utføre rene prosedyrer før urene der det er mulig. Videre er det svært viktig at hansker som er brukt i en uren prosedyre, byttes, og at håndhygiene utføres før nye hansker påføres (1). Riktig bruk av hansker og håndhygiene reduserer risikoen for at helsepersonells hender skal bli kolonisert med sykdomsfremkallende mikrober, og forebygger smittespredning mellom pasienter og personale (1, 7). Våre funn indikerer at påfylling av kunnskap, stadige påminnelser og et generelt fokus på smittevern i avdelingen kan være viktige bidragsytere for at helsepersonell skal etterleve rutiner for hanskebruk på smitteisolat.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Våre resultater viser at relativt enkle intervensjoner fører til ønsket forbedring innen smittevernsarbeidet. Våre intervensjoner var verken tidkrevende å utføre, ei heller kostbare.

Undervisningsopplegget vi brukte, var basert på funn fra spørreskjema. Vi presenterte også resultater fra undersøkelsen. Disse resultatene fjernes når undervisningsopplegget revideres, og undervisningen vil dermed bli mer generell og vil kunne utføres mer effektivt og brukes i andre helseinstitusjoner. Vi tror det vil bli nødvendig å gjennomføre undervisningsopplegget med jevne mellomrom for å sikre at den nyervervede kunnskapen blant de ansatte opprettholdes og videreutvikles.

Undervisningsopplegget oppdateres jevnlig etter hvert som fagfeltet utvikles.

Opplysningsmaterialet som inngikk i intervensjonspakken som tidligere er beskrevet, var det samme, uavhengig av yrkesgruppe, alder, kjønn og andre faktorer som kunne påvirket deltakernes svar. Det ble heller ikke tatt hensyn til eventuelle forkunnskaper hos deltakerne. Dette, og at intervensjonene er basert på nasjonale retningslinjer, kan potensielt muliggjøre at disse intervensjonene også vil kunne overføres til bruk i flere ulike institusjoner nasjonalt.

BLE BEDRE

Vi fant gjennom dette prosjektet flere forbedringsområder år det gjaldt bruk av personlig beskyttelsesutstyr i arbeid med isolerte pasienter. Vi fant at kunnskapsformidling gjennom et interaktivt undervisningsopplegg samt lommekort, plakater med enkel informasjon om gjeldende prosedyrer i sluse og på enerom, strategisk plasserte påminnende klistremerker og generelt økt oppmerksomhet på isolering og smittevern på avdelingen medførte bedring i kunnskapsnivå og selvrapportert etterlevelse etter relevante retningslinjer. ●

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet. Isoleringsveilederen. Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2004. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/isoleringsveilederen.pdf> (nedlastet 05.07.2018).
2. Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *The Journal of Hospital Infection*. 2004; 58(1): 1–13.
3. Rafoss LHS. Hygienetiltak har effekt. *Sykepleien*. 2012;1: 56–9.
4. Tinnå M. Hva er pasientsikkerhet? Oslo: Helsebiblioteket; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet> (nedlastet 05.07.2018).
5. Folkehelseinstituttet. Antibiotikaresistens [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [oppdatert 14.11.2017; sitert: 05.07.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/resistens/>
6. Helse Vest. Sårkornmidlar. Stavanger: Helse Vest; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helse-vest.no/helsefagleg/kvalitet/sakornmidlar> (nedlastet 05.07.2018).
7. Folkehelseinstituttet. Håndhygiene – nasjonal veileder. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2017/handhygiene/> (nedlastet 05.07.2018).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Marte Johanne Tangeraas Hansen

Spesialsykepleier og studiesykepleier,
Infeksjonsmedisinsk sengepost ved Stavanger
universitetssjukehus

Min medforfatter Elin Bø Lunde og jeg hadde over lengre tid observert ulik praksis for på- og avkledning av beskyttelsesutstyr i forbindelse med arbeid hos smitteisolerte pasienter, og vi ville forsøke å endre praksis. Med enkle og billige tiltak ble praksis endret til det bedre.

Slike erfaringer kan man ikke sitte med for seg selv, og en artikkel til *Sykepleien* var naturlig.

Viktige og grunnleggende verktøy å ha med seg for sykepleiere som jobber på infeksjonsavdelinger, og alle andre steder i helsevesenet også for den saks skyld, er de basale smittevernrutinene. Gjennomføring av basale smittevernrutiner overfor alle pasienter reduserer risikoen for smitte

og bedrer pasientsikkerheten. Det er mye god sykepleie i rene hender.

Jeg er opptatt av å involvere og engasjere sykepleiere i antibiotikastyring og smittevern. Grunnet sitt pasientnære arbeid er

«Det er mye god sykepleie i rene hender.»

sykepleiere blant annet viktige aktører i forebyggingen av helse-tjenesteassosierte infeksjoner, og for å sikre et effektivt smittevern i helsetjenestene.

Når infeksjoner forebygges, brukes det mindre antibiotika, og mindre bruk av antibiotika forebygger videre utvikling av resistens. Effektivt smittevern hindrer også spredning av resistente mikrober. ●

HOVEDBUDSKAP

Hvordan er etterlevelsen av retningslinjer for kirurgisk antibiotikaproylaks? Funn i denne studien viser manglende etterlevelse av nasjonal faglig retningslinje for antibiotikaproylaks ved kirurgi. Faktorer som påvirker dette, kan være knyttet til svakheter i implementering av retningslinjene. Studien viser at manglende etterlevelse ved initiering av antibiotikaproylaks også kan skyldes utfordringer ved arbeidsflyt og nedprioritering av administrering før det kirurgiske inngrepet.

NØKKELOD:

- ▶ Kirurgi ▶ Medisinhåndtering
- ▶ Antibiotikaresistens

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76613

Retningslinje for kirurgisk antibiotikaproylaks blir ofte ikke fulgt

Kirurgisk antibiotikaproylaks skal hindre infeksjoner etter operasjoner. Det er utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for hvordan dette skal gjøres, men den blir ikke alltid fulgt. Hvorfor det?

Postoperative sårinfeksjoner (POSI) er en av de hyppigst forekommende helse-tjenesteassosierte infeksjonene (HAI) ved norske sykehus (1). Norges nasjonale pasientsikkerhetsprogram «I trygge hender 24/7» har utformet en tiltakspakke for «Trygg kirurgi og forebygging av postoperative sårinfeksjoner», som påpeker at riktig valg og administrasjon av antibiotikaproylaks er et viktig tiltak i forebygging av POSI (2). «Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus», som ble utgitt av Helse- direktoratet i 2014, skal blant annet hjelpe helsepersonell til å sikre riktig valg og administrasjon av antibiotikaproylaks.

Antibiotikaproylaks defineres i denne sammenhengen slik: «Bruk av antibiotika umiddelbart før, under og kort tid etter et operativt inngrep for å forebygge infeksjon ved å redusere bakterieantall i operasjonsfeltet og hindre spredning til blod og vev.» (3)

Antibiotikaproylaks skal anvendes ved inngrep som har høy infeksjonsrisiko, eller ved inngrep der en

infeksjon kan ha spesielt alvorlige konsekvenser for pasienten (3). Effekten av proylaksen er imidlertid avhengig av valg av type antibiotika, dose, tidspunkt for administrasjon og varighet av proylaksen.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet og nasjonale faglige retningslinjer gir føringer for det systematiske arbeidet som skal bidra til trygge tjenester og god kvalitet i det norske helsevesenet (4). Helsepersonell har et individuelt ansvar for å utføre faglig forsvarlig arbeid basert på disse føringene. Likevel er det ledelsens og helseforetakets ansvar å tilrettelegge systemet i den enkelte virksomhet, slik at helsepersonell har mulighet til å etterleve de kravene som stilles til faglig forsvarlighet og ønsket kvalitet.

FORFATTERE


Ane Andersdotter Kielland
Sykepleier, Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie, Norges teknisk-
naturvitenskapelige universitet



Nina Christine Oldervik Sande
Sykepleier, Kvinne-barn-senteret,
St. Olavs hospital



Trine Tømmerdal
Sykepleier, Kvinne-barn-senteret,
St. Olavs hospital



Jan Gunnar Skogås
Avdelingssjef og medisinskteknisk ingeniør,
Fremtidens operasjonsrom, St. Olavs hospital



Beate André
Førsteamanuensis, Senter for helsefremmende
forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet

SKAL FØLGE RETNINGSLINJE

Antibiotikateamet ved St. Olavs hospital publiserte et antibiotikastyringsprogram i mai 2016 der de etablerer «Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika



BEKJEMPER BAKTERIER: Antibiotika blir gitt intravenøst på operasjonsstua for å redusere antall bakterier i operasjonsfeltet og derved hindre infeksjon. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

i sykehus» som universell veileder (5). Antibiotikaprofylakse ved kirurgi skal derfor administreres i henhold til den nasjonale faglige retningslinjen. Likevel er det i tidligere studier identifisert flere utfordringer knyttet til etterlevelse av retningslinjer for valg og administrasjon av antibiotikaprofylakse ved kirurgi (6, 7).

Denne studien har derfor som hensikt å undersøke etterlevelsen av nasjonal faglig retningslinje for antibio-

«Antibiotikaprofylakse skal anvendes ved inngrep som har høy infeksjonsrisiko.»

tikaprofylakse ved helseforetaket, og faktorer som kan påvirke dette. Samtidig viser flere studier spesielle utfordringer knyttet til det å administrere antibiotikaprofylakse til riktig tid (8–11). Det er derfor i denne studien spesiell oppmerksomhet på faktorer som påvirker dette.

SLIK BLE STUDIEN UTFØRT

I samarbeid med Fremtidens operasjonsrom (FOR) ved St. Olavs hospital ble det utført en strukturert observasjonsstudie ved en operasjonsavdeling. I forbindelse med studien ble det også utført formelle og uformelle ressursamtaler der hensikten var å komplementere eventuelle funn ved observasjonene. Innsamling av data foregikk over ti dager ved den aktuelle operasjonsavdelingen.

Observerte inngrep ble valgt ut etter følgende kriterier:

- pasienten var over 18 år
- pasienten hadde indikasjon for antibiotikaprofylakse i forbindelse med elektiv kirurgi

Ut fra anbefalinger fra «Nasjonale faglige retningslinjer for bruk av antibiotika i sykehus» ble følgende punkter for observasjon plukket ut: type inngrep, type og dose antibiotika, administrasjonsmåte, oppsatt og faktisk forberedelsestid (pasient hentes i sluse – operasjonsstart), tid for administrasjon av 1. (og eventuelt 2.) dose antibiotika, infusjonstid, om pasienten har fått administrert antibiotika innen 60 minutter før incisjon, og om ny dose antibiotika ble gitt ved behov ut fra anbefalinger fra antibiotikatyppens halveringstid og operasjonens varighet.

På observasjonsskjemaet ble det i tillegg satt av et åpent område for uformelle ressursamtaler og eventuelle notater om relevante omstendigheter rundt pasienten og inngrepet. Observasjonen startet da pasienten ankom operasjonsstua, og ble avsluttet etter incisjon eller ved operasjonsslutt. Det ble utført en formell samtale, der det ble utarbeidet åpne spørsmål på forhånd.

Før oppstart av datainnsamling ble forskningsprotokoll for studien godkjent av fagrådet ved FOR og sykepleierutdanningen ved NTNU. Datamaterialet er analysert ved å måle frekvensen av administrert antibiotikaprofylakse i henhold til anbefalinger fra nasjonal faglig retningslinje. Ressurssamtalene ble analysert ved

at alle notatene ble samlet og lest, og det utvalgte materialet presenterer hovedinntrykket fra disse. Helsepersonell som ble observert, er anonymisert, og data er behandlet konfidensielt.

RESULTATER

Det ble i denne studien inkludert 19 inngrep utført ved den aktuelle operasjonsavdelingen. Helsepersonell involvert i valg og administrasjon av antibiotikaprofylakse tok utgangspunkt i lokale handlingsprosedyrer, der ikke alle anbefalinger sammenfalt med den nyeste nasjonale faglige retningslinjen for antibiotikaprofylakse. Det var derfor 19 inngrep der pasienten fikk administrert type og dose antibiotika etter standardregime fra lokale handlingsprosedyrer, men dette var i 16 tilfeller ikke etter de nyeste anbefalingene fra nasjonal faglig retningslinje. All antibiotika ble administrert intravenøst, og anestesisykepleier/-lege hadde ansvaret for dette ved operasjonsstua. Antibiotika ble i de fleste tilfellene sendt med pasienten fra sengeposten, men først startet opp etter ankomst til operasjonsstua.

Det var i denne studien ingen antibiotikainfusjoner som ble avsluttet over 60 minutter før operasjonsstart, noe som samsvarte med de generelle anbefalingene for administrasjon av antibiotikaprofylakse. Ved 13 inngrep fikk pasienten administrert antibiotikaprofylakse før incisjon, men var ikke ferdig administrert før incisjon i seks tilfeller (figur 1). Disse seks tilfellene samsvarte ikke med gjeldende anbefalinger. Tid for ferdig infusjon i forhold til incisjon er illustrert i figur 2.

I 12 tilfeller var det mulig å observere hele operasjonen til operasjonsslutt. Av disse var det etter nasjonal faglig retningslinje behov for ny dose antibiotika i seks tilfeller på grunn av antibiotikatyppens halveringstid og operasjonens varighet. Det ble ikke gitt ny dose i noen av disse seks tilfellene. Antibiotikaprofylakse ble avsluttet ved operasjonsslutt i alle 12 tilfeller der det var mulig å være

«Nasjonale faglige retningslinjer skal fungere som et hjelpemiddel for helsepersonell.»

til stede under hele operasjonen. Dette samsvarte med anbefalinger fra nasjonal faglig retningslinje.

Det ble utført seks uformelle ressursamtaler med anestesisykepleiere på operasjonsstua og én formell ressursamtale med en sykepleier på sengepost.

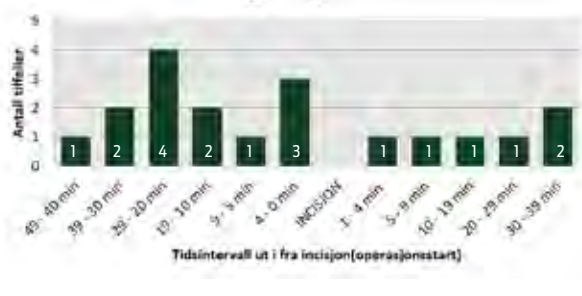
ROM FOR FORBEDRING

Flere studier viser et behov for økt etterlevelse av retningslinjer for antibiotikaprofylakse blant helsepersonell (6, 7). Det er flere faktorer som kan påvirke dette, men etterlevelsen av retningslinjen er naturlig nok avhengig av implementeringen av den (9, 11). Funnet i denne studien viser at helsepersonell ved operasjonsavdelingen og tilhørende sengeposter tok utgangspunkt i

Figur 1. Andel inngrep med ferdig infusjon i forhold til incisjon



Figur 2. Tidsintervaller mellom avsluttet infusjon og incisjon



Tabell 1. Hovedinntrykk fra ressursamtaler

Uformelle ressursamtaler med anestesisykepleiere	I ressursamtalene fortalte flere anestesisykepleiere at det lå store utfordringer i å rekke over alle arbeidsoppgaver før operasjonsstart. Innledning av anestesi og forberedelser tilknyttet inngrepet kunne ha høyere prioritet, og derfor kunne administrering av antibiotikaproylaksen bli nedprioritert. Likevel ønsket anestesisykepleierne å administrere det til riktig tid, og de fleste ga uttrykk for at de visste at antibiotikaproylaksen burde administreres innen den siste timen før operasjonsstart. Et flertall av anestesisykepleierne skulle ønske at flere forberedelser var gjort på sengeposten i forbindelse med administrering av antibiotikaproylaksen. Dette kunne blant annet være å legge inne perifer venekanyler (PVK) på sengeposten, slik at det var klart til å starte antibiotikainfusjonen når pasienten ankom operasjonsstua. Noen av anestesisykepleierne var usikre på hvilket tidspunkt som egentlig var det beste for å administrere antibiotikaproylaksen.
Formelle ressursamtaler med sykepleier fra sengepost	Sykepleieren fra sengepost forteller at de forholder seg til de lokale handlingsprosedyrene og sender med pasienten forordnet antibiotika. Sykepleieren opplever at det er lite informasjon om antibiotikaproylaksen. Sykepleieren sier videre at det er planlagt å revidere de lokale handlingsprosedyrene, men at de ikke har fått noe informasjon om hva som skal endres i den. Sykepleieren sier at det er viktig med en gruppe som tar tak i eventuelle nye prosedyrer ved antibiotikaproylaksen, og at det er viktig med god ledelse og godt system for å få disse implementert. Sykepleieren foreslår at man eventuelt kan utføre et samhandlingsmøte med alle de involverte partene for å tydeliggjøre ulike oppgaver og ansvarsområder.

lokale handlingsprosedyrer for valg og administrasjon av antibiotikaproylaksen.

Disse prosedyrene var ikke fullstendig oppdatert ut fra den nyeste nasjonale faglige retningslinjen. Derfor fikk pasienten administrert type og dose antibiotika etter lokale handlingsprosedyrer i 19 tilfeller, men ikke etter de nyeste anbefalingene fra nasjonal faglig

retningslinje for antibiotikaproylaksen i 16 tilfeller. Dette viser en god etterlevelse av lokale retningslinjer, men svakheter i implementering av nasjonale retningslinjer. I seks tilfeller var det også etter nasjonal retningslinje anbefalt å administrere nye doser antibiotika på grunn av operasjonens varighet. Dette ble ikke administrert i noen av tilfellene og kan også skyldes at lokale handlingsprosedyrer ikke var oppdaterte.

Helseforetakets antibiotikastyringsprogram etablerte «Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus» som universell veileder for helseforetaket i 2016 (5), men denne observasjonsstudien tyder på svakheter i implementering av denne. Nasjonale faglige retningslinjer skal fungere som et hjelpemiddel for helsepersonell og bidra til økt faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis (4). Retningslinjene har likevel liten effekt dersom informasjon om dem ikke formidles til helsepersonellet det gjelder.

Funn i denne studien tyder på at helsepersonellet ønsket å følge gjeldende retningslinjer, men at svakheter i implementering av den nyeste nasjonale faglige retningslinjen forhindret dette. Helsepersonell har et selvstendig ansvar for faglig kvalitet, men ledelsen og helseforetaket har som ansvar å legge til rette for at dette kan etterleves (4). Dette er støttet av studien til Pløeg og medarbeidere (12), der helsepersonell beskrev støtte fra ledelsen som en svært tilretteleggende faktor for implementering av retningslinjer. Støtten besto i å integrere retningslinjen i dokumentasjon og prosedyrer ved avdelingen tidlig og samtidig sørge for tilstrekkelig bemanning, slik at det var tid og ressurser til opplæring og innføring av den nye retningslinjen. Det var viktig at ledelsen la til rette for at avdelingen var organisert slik at det var mulig å etterleve retningslinjen.

BEHOV FOR MER SAMARBEID

Samarbeid mellom sykepleieren og hele behandlingsteamet er en viktig forutsetning for å utføre gjøremål på vegne av pasienter som gjennomgår kirurgi. Det å arbeide mot et felles mål for å forbedre pleie og behandling kan tilrettelegge for implementering av retningslinjer (12).

Funn i denne studien kan tyde på et økt behov for samarbeid mellom ulike nivåer i helseforetaket, og kan inkludere antibiotikateamet, ledelse og helsepersonell involvert i valg og administrasjon av antibiotikaproylaksen. I ressursamtalen med sykepleier på sengepost ble det blant annet foreslått å utføre et samhandlingsmøte med alle involverte parter. Hensikten med et slikt møte ville være å tydeliggjøre de ulike ansvarsområdene for riktig valg og administrasjon av antibiotikaproylaksen ved ulike stadier i det kirurgiske forløpet.

OPPGAVEN BLIR NEDPRIORITERT

Denne studien hadde også som hensikt å undersøke etterlevelse av administrasjon av antibiotikaproylaksen til

anbefalte tidspunkter, og faktorer som påvirker dette. Initierting av første dose antibiotika må times slik at pasienten har optimal serum- og vevskonsentrasjon ved operasjonsstart (3, 15).

Funn i denne studien viser at antibiotika var ferdig administrert før incisjon i bare 13 av tilfellene. I seks av tilfellene var ikke antibiotikaproylaksen ferdig administrert før etter incisjon, og det kan derfor tenkes at pasienten ikke hadde optimal effekt av antibiotikaproylaksen ved operasjonsstart.

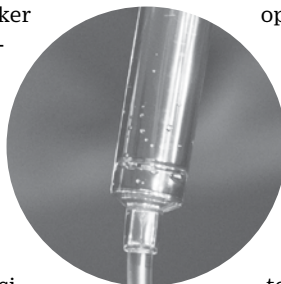
Disse resultatene støtter opp under at det ligger utfordringer i å administrere antibiotikaproylaksen til riktig tid (8–11). Anestesisykepleiere oppga i ressursamtalene at de ønsket å administrere det til riktig tid, men at det kunne bli nedprioritert under forberedelse av pasienten på operasjonsstua.

Dette er støttet av funn i studien til Tan og medarbeidere (13), der en av de største utfordringene knyttet til å administrere antibiotikaproylaksen til riktig tid var at oppgaven ble nedprioritert. I deres studie oppga anestesipersonell og kirurger at de fokuserte mer på innledning av anestesi og selve operasjonen under forberedelsestida på operasjonsstua. De opplevde at de hadde svært mange ansvarsområder og oppgaver som skulle utføres innen operasjonsstart, og at disse var utfordringer som kunne påvirke prioriteringen av administrasjon av antibiotikaproylaksen.

Disse utfordringene ble også trukket frem i ressursamtaler med anestesisykepleierne i denne studien. Deres opplevelse av at det ikke var nok tid og ressurser tilgjengelig for å prioritere administrasjon av antibiotikaproylaksen, kan tyde på at det ikke er tilrettelagt nok for å integrere retningslinjen i praksis. Funnet kan også ses i sammenheng med at økte krav til effektivitet og produktivitet ved sykehus kan gi mindre tid til preoperative forberedelser (14).

KAN HINDRE GOD ARBEIDSFLYT

På systemnivå kan arbeidsflyt være hovedutfordringen ved administrasjon av antibiotikaproylaksen til riktig tid. Det ble sett på som en hindring i arbeidsflyten for operasjonsteamet at pasienten ankom



operasjonsstua uten at noen forberedelser var utført tilknyttet administrasjon av antibiotikaproylaksen (13). Dette støtter funn fra ressursamtaler i denne studien, som viser at anestesisykepleierne skulle ønske at flere forberedelser var gjort på forhånd.

Dersom pasienten allerede hadde fått innlagt PVK på sengeposten, ville det bare være igjen å starte infusjonen når pasienten ankom operasjonsstua. En annen utfordring

knyttet til arbeidsflyt og administrasjon av antibiotikaproylaksen til riktig tid kan være uventede hendelser og uforutsigbarhet som rammer den faktiske tiden som er tilgjengelig for preoperative forberedelser (13).

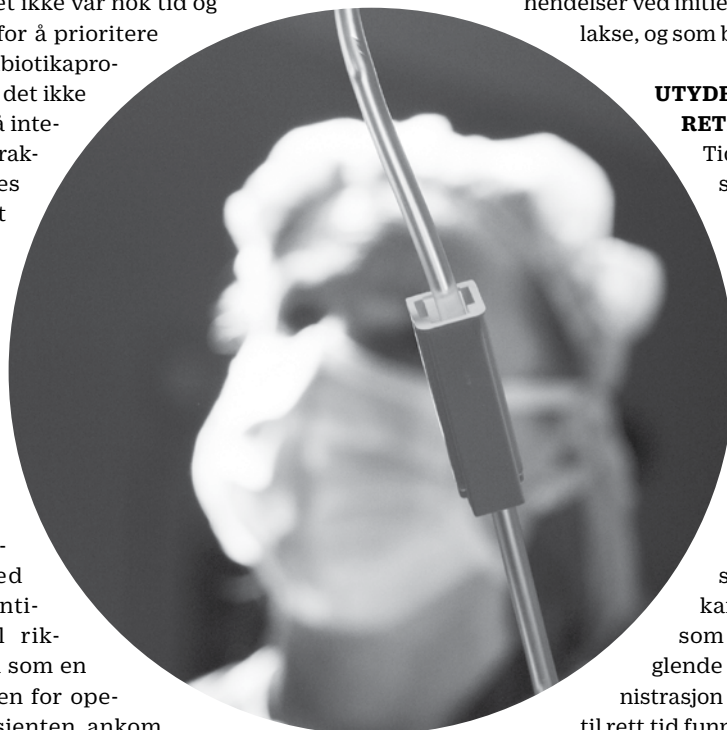
Funn i denne studien viser at tidspunktet for når infusjonene var ferdig administrert, ofte var kort tid før incisjon. Dette kan være optimalt for antibiotikatyper med kort halveringstid (3), men det kan gi et tidsintervall som er sårbart for uventede forsinkelser. Små forsinkelser i preoperative forberedelser kan påvirke tidspunktet for

«Det ligger utfordringer i å administrere antibiotikaproylaksen til riktig tid.»

administrasjon av antibiotikaproylaksen (14). Likevel anbefaler Helsedirektoratet og Verdens helseorganisasjon (WHO) at antibiotikatyper med kort halveringstid administreres nærmere tid for incisjon (3, 15). For å sikre at pasienten får antibiotika før incisjon kan det derfor være viktig å utarbeide rutiner som tar høyde for uventede hendelser ved initierting av antibiotikaproylaksen, og som bidrar til god arbeidsflyt.

UTYDELIGE RETNINGSLINJER?

Tidspunkt for administrasjon av de ulike antibiotikatyperne er avhengig av antibiotikatypens halveringstid og farmakologiske egenskaper (3, 15). Ulike inngrep og antibiotikatyper kan bidra til å gjøre det vanskelig for anestesipersonell å få en konsekvent rutine for administrasjon av antibiotikaproylaksen til riktig tid (13). Dette kan være en mulig faktor som kan forklare den manglende etterlevelsen ved administrasjon av antibiotikaproylaksen til rett tid funnet i flere studier (8–11).



Det ble i denne studien tatt utgangspunkt i etterlevelse av den nasjonale faglige retningslinjens generelle anbefalinger for tidspunkt for initiering av antibiotikaprofylakse. Det vil si intravenøs administrasjon innen 60 minutter før operasjonsstart, og at infusjonen skal være ferdig før incisjon. Under forberedelsen av observasjonsstudien var det imidlertid utfordrende å tolke retningslinjens spesifikke anbefalinger for tidspunkt for administrasjon. Dette blir derfor presentert som et funn i denne studien.

I retningslinjens langversjon er det anbefalt at for eksempel Cefalotin skal være administrert intravenøst innen 0–30 minutter før incisjon ved ett inngrep, og innen 30–60 minutter før incisjon ved et annet inngrep

«Anestesisykepleierne skulle ønske at flere forberedelser var gjort på forhånd.»

(3). Kortversjonen anbefaler på den andre siden innen 15–30 minutter før incisjon på et generelt grunnlag (16). Dette er små nyansforskjeller, men flere alternative anbefalinger for administrasjon av én antibiotikatype kan bidra til at retningslinjen oppleves som mindre tydelig for helsepersonell.

STUDIENS BEGRENSNINGER

For å kunne sikre anonymitet er det ikke ønskelig å presentere type inngrep eller pasientgruppe, da dette er en liten studie. Indikasjon for, valg av og dose antibiotika kan derfor ikke knyttes opp mot de spesifikke tilfellene, noe som kan være av interesse for videre forskning. Observasjonsstudien ble utført ved bare én avdeling. Resultatene kan derfor ikke direkte overføres til hele helseforetakets etterlevelse av den nasjonale faglige retningslinjen for antibiotikaprofylakse. Det kan tenkes at det er variasjoner mellom ulike avdelinger med tanke på hvilke faktorer som har innvirkning på etterlevelsen.

KONKLUSJON

Funn i denne studien viser manglende etterlevelse av den nasjonale faglige retningslinjen for antibiotikaprofylakse ved kirurgi. Det er flere faktorer som kan påvirke helsepersonellens praktisering av retningslinjen. Manglende etterlevelse kan skyldes selve implementeringen av retningslinjen og er avhengig av informasjon, tilrettelegging fra ledelsen og samarbeid.

Funn i denne studien viser også at ikke alle pasienter fikk antibiotikaprofylakse i tide. Faktorer som påvirker dette, kan være knyttet til svakheter i implementeringen av retningslinjen. Likevel viser studien at manglende etterlevelse ved initiering av antibiotikaprofylakse også kan skyldes utfordringer ved arbeidsflyt og nedprioritering av administrasjon før det kirurgiske inngrepet.

Fremtidige og større studier bør inkludere flere operasjonsavdelinger og se på alle punkter for etterlevelse av

retningslinjen samt mulige faktorer som påvirker dette. Slike studier kan bidra til økt kunnskap om riktig bruk av antibiotikaprofylakse og samtidig fremheve mulige tiltak som kan øke etterlevelsen av retningslinjen. Økt etterlevelse kan bidra til å sikre riktig valg og administrasjon av antibiotikaprofylakse og kan dermed føre til rasjonell antibiotikabruk og forebygging av POSI. På bakgrunn av resultater fra denne studien blir lokale handlingsprosedyrer ved avdelingen oppdatert ut fra nasjonal faglig retningslinje for antibiotikaprofylakse. ●

REFERANSER

1. Espenhain L, Alberg T, Holen Ø, Eriksen HM. Årsrapport 2016 – Helsestjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i Norge. Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/nois-msis-verdens-handhygienedag/arsrapport-2016-om-helsestjenesteassosierte-infeksjoner-antibiotikabruk-nois-antibiotikaresistens-msis-og-verdens-handhygienedag_15.11.2017_med-omslag.pdf (nedlastet 30.04.2019).
2. HelseDirektoratet. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram I trygge hender 24-7. Tiltakspakke for Trygg kirurgi og forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Oslo: HelseDirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsom%C3%A55der/trygg-kirurgi> (nedlastet 30.04.2019).
3. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Oslo: HelseDirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Antibiotika%20i%20sykehus.pdf> (nedlastet 30.04.2019).
4. Arntzen E. Ledelse og kvaliteten i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
5. Antibiotika-teamet ved St. Olavs hospital HF. Antibiotikastyringsprogram, versjon 1.3. Trondheim: St. Olavs hospital HF; 2016. Tilgjengelig fra: www.stolav.no – hentet fra interne nettsider.
6. Gouvêa M, Novaes C de O, Pereira DMT, Iglesias AC. Adherence to guidelines for surgical antibiotic prophylaxis: a review. *Braz J Infect Dis*. 2015;19(5):517–24.
7. Magiorakos A-P. European Centre for Disease Prevention and Control, red. Systematic review and evidence-based guidance on perioperative antibiotic prophylaxis. Stockholm; 2013. (ECDC technical report).
8. Murri R, Belvisi D, Giulio A, Fantoni M, Tanzariello M, Parente P, et al. Impact of antibiotic stewardship on perioperative antimicrobial prophylaxis. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(4):502–7.
9. Hawkins RB, Levy SM, Senter CE, Zhao JY, Doody K, Kao LS, et al. Beyond surgical care improvement program compliance: antibiotic prophylaxis implementation gaps. *Am J Surg*. 2013;206(4):451–6.
10. Muller A, Leroy J, Hénon T, Patry I, Samain E, Chirouze C, et al. Surgical antibiotic prophylaxis compliance in a university hospital. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2015;34(5):289–94.
11. van Kasteren ME, Kullberg BJ, de Boer AS, Mintjes-de Groot J, Gyssens IG. Adherence to local hospital guidelines for surgical antimicrobial prophylaxis: a multicentre audit in Dutch hospitals. *J Antimicrob Chemother*. 2003;51(6):1389–96.
12. Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2007;4(4):210–9.
13. Tan JA, Naik VN, Lingard L. Exploring obstacles to proper timing of prophylactic antibiotics for surgical site infections. *Qual Saf Health Care Lond*. 2006;15(1):32–8.
14. Willemsen I, van den Broek R, Bijsterveldt T, van Hattum P, Winters M, Andriess G, et al. A standardized protocol for perioperative antibiotic prophylaxis is associated with improvement of timing and reduction of costs. *J Hosp Infect*. 2007;67(2):156–60.
15. Verdens helseorganisasjon (WHO). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Genève: Verdens helseorganisasjon; 2016. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1> (nedlastet 23.04.2019).
16. HelseDirektoratet. Antibiotikabruk i sykehus: Kortversjon av Nasjonal faglige retningslinje for antibiotikabruk i sykehus 2014. Oslo: HelseDirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/Kortversjon-Antibiotikabruk-i-sykehus-IS-2151.pdf> (nedlastet 23.04.2019).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du Iphone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Ane Andersdotter Kielland

Sykepleier, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Denne artikkelen ble skrevet med utgangspunkt i min bacheloroppgave på sykepleierstudiet.

Det er spesielt to grunner til at jeg har valgt å skrive om dette temaet. For det første ønsket jeg å fremheve at riktig bruk av kirurgisk antibiotikaproylaks er viktig for å forebygge postoperative sårinfeksjoner, samtidig som det kan bidra til mer rasjonell antibiotikabruk.

Den andre grunnen var at jeg opplever at det som sykepleier kan være utfordrende å utføre alle de arbeidsoppgavene man har, på den tiden man har til rådighet. Jeg synes det er interessant å se på hva som påvirker sykepleierens travle arbeidshverdag, og hvordan vi som jobber i helsevesenet, blir påvirket av forventningen om økt kvalitet, samtidig som det er en fremtredende sparementalitet.

Riktig administrasjon av kirurgisk antibiotikaproylaks er et konkret tiltak i forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Det kan

likevel være utfordrende å få til, fordi man har mange andre og kanskje høyere prioriterte arbeidsoppgaver som også skal utføres innen en viss tid.

Dersom det stilles flere og høyere krav til tjenestene i helsevesenet, er det viktig med nok ressurser og tilrettelegging, slik at det

«Det er interessant å se på hva som påvirker sykepleierens travle arbeidshverdag.»

er realistisk at sykepleieren kan utføre sine oppgaver.

Jeg opplever at sykepleiere som jobber innenfor det kirurgiske fagfeltet, er svært bevisste på forebygging av postoperative komplikasjoner og sårinfeksjoner. Men jeg tror at man som sykepleier opplever at man ikke alltid strekker til, og at det da er viktig å ha med seg alle faktorene som faktisk påvirker dette. ●

FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe for smittevern

Faggruppen for smittevern har litt over hundre medlemmer. Målgruppen er smittevernsykepleiere, hygienesykepleiere og sykepleiere som jobber med eller er interessert i smittevern innen spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Smittevernloven med forskrifter er førende for vårt arbeid, som særlig dreier seg om infeksjonsforebygging og infeksjonsovervåkning.

Medlemskap i faggruppen gir mulighet til å bygge nettverk i både inn- og utland. Medlemmene kan hvert år søke på stipender finansiert av faggruppen. Det arrangeres egne fagdager

for medlemmer samt åpne fagdager med temaer innen smittevern. Vi samarbeider aktivt med søsterorganisasjoner i resten av Norden og arrangerer regelmessig felles nordiske smittevernkonferanser.

Faggruppen har nær kontakt med Folkehelseinstitutt, og de siste årene har faggruppen vært en pådriver i etableringen av en nordisk utdanning innen smittevern, med oppstart høsten 2019.

Faggruppen benyttes som høringsinstans av nasjonale myndigheter og Norsk Sykepleierforbund og deltar i utarbeidelser

og revidering av standarder, veiledere og liknende innen smittevern generelt, utbruddshåndtering, pandemiberedskap, sterilforsyning, renhold, sykehusbygg med mer.

I forebygging av antibiotikaresistente mikrober har smittevern en betydelig rolle. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram har flere tiltakspakker innen smittevern. Faggruppen jobber aktivt med å bygge kompetanse og øke personellressurser innen smittevern for å møte disse utfordringene.

Meld deg inn via våre hjemmesider, nsf.no/faggrupper/smittevern



Landsgruppen av bedriftssykepleiere

Landsgruppen av bedriftssykepleiere (NSFLBS) ble etablert i 1964 og er en faggruppe i NSF med cirka 150 medlemmer. Viktige arbeidsområder for landsstyret akkurat nå er å styrke bedriftssykepleierens plass i bedriftshelsetjenesten og tydeliggjøre et videreutdanningsløp.

Som bedriftssykepleier jobber man i en bedriftshelsetjeneste som kan være privat eller offentlig.

En bedriftssykepleier har fokus på forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøfaktorer. Vi bruker vår sykepleiefaglige kompetanse til å observere og vurdere

sammenhengen mellom arbeidsmiljø, risikofaktorer i arbeidet og den ansattes helse, mestring og trivsel. Bedriftssykepleierens viktigste verktøy er grunnleggende kunnskap om kommunikasjon, som vi bruker til å bygge gode relasjoner.

Vi gir råd og veiledning til ledere, verneombud og ansatte om hvordan de skal ivareta og fremme et godt arbeidsmiljø og god helse i arbeidet.

Vanlige arbeidsoppgaver er undervisning, rådgivning, befaringer og kartlegginger av fysiske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer. Vi gjennomfører målrettede

helseundersøkelser og yrkesvaksinering og har samtaler med ansatte om utfordringer i arbeidet.

Bedriftssykepleieryrket er variert, med få rutinepregede dager. Vi må være selvstendig og løse mange oppgaver alene, men jobber også i tverrfaglige team med lege, fysioterapeut og yrkeshygieniker.

Ved å være medlem i faggruppen finner man møteplasser for fagutvikling og et fagfellesskap. Medlemskap bidrar til å styrke identiteten som sykepleier i bedriftshelsetjenesten. Man melder seg inn enkelt via faggruppens nettside.



NSFs faggruppe for nevrosykepleiere

NSFs faggruppe for nevrosykepleiere (NSF FNS) er en faggruppe for alle som arbeider med pasienter med en sykdom eller skade i nervesystemet – i kommunehelsetjenesten eller på sykehus, ved nevrologiske avdelinger, i nevrorehabilitering, på intensivavdelinger, innen nevrokirurgi eller i palliativ pleie.

NSF FNS jobber for å øke engasjementet og den faglige kompetansen for sykepleiere i nevrofeltet samt for å samle og dele informasjon om hva som skjer innen faget, både innenfor og utenfor Norges grenser. Denne formidler vi blant annet via vår Facebook

side og to årlige medlemsblad til våre 215 medlemmer.

Nevrosykepleierens rolle og interesser har vi frontet aktivt i møter og med innspill til politiske høringer. En viktig utvikling for faggruppen er medlemskap i Hjernerådet, en nasjonal organisasjon for informasjon og politisk påvirkning innen hjernehelse. Dette er en effektiv organisasjon, og arbeidet har nylig resultert i Nasjonal hjernehelsestrategi 2018–2024.

Faggruppens styre motiverer medlemmer til å søke på stipender til fagutviklings-

prosjekter og til å delta på konferanser og kurs. «Fagdagkarusell» er et arrangement igangsatt for å møte medlemmene på deres arbeidsplass. Her tilrettelegges undervisning etter innspill fra personalet på arbeidsplassene og hva de er opptatt av.

Annethvert år avholdes det en nasjonal nevrokongress, i år den 18.–19. september i Skien. Her møtes mange av faggruppens medlemmer for god nettverksbygging. Velkommen du også!

Bli medlem, send en SMS med kodeordet NEVRO til 02409.

HOVEDBUDSKAP

Postoperativt atrieflimmer er en hyppig forekommende komplikasjon som rammer omtrent halvparten av pasientene som har gjennomgått et åpent hjertekirurgisk inngrep. Det er derfor viktig at sykepleiere som jobber med pasienter i den postoperative fasen, er dyktige til å identifisere og oppdage potensielt livstruende arytmier og varsle om dette. Når atrieflimmer oppdages tidlig, kan pasienten få behandling før tilstanden forverres.

NØKKELOORD:

- ▶ Atrieflimmer ▶ Telemetri
- ▶ Hjertekirurgi

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75072

Når hjertet løper løpsk

Atrieflimmer etter åpen hjertekirurgi rammer omtrent halvparten av pasientene. Kan sykepleiere jobbe mer kunnskapsbasert for tidlig å forutse og oppdage denne komplikasjonen?

Atrieflimmer (AF) er ansett som den hyppigst forekommende komplikasjonen etter åpen hjertekirurgi. Postoperativt atrieflimmer (POAF) rammer 15–40 prosent av pasientene som gjennomfører isolert koronar bypasskirurgi (Coronary Artery Bypass Grafting, CABG), 37–50 prosent etter klaffekirurgi og 60 prosent etter kombinerte inngrep (1).

Atrieflimmer kjennetegnes ved uregelmessig kontraksjon eller vibrering av atriene med atriefrekvens på 350–650 slag/min (2, 3). Pasientens puls avhenger av hvor mange og med hva slags hastighet signalene fra atriene kommer igjen til ventriklene (figur 1). Forekomsten av POAF ses i sammenheng med tidligere sykdommer, kirurgiske teknikker og om pasienten har flere sykdommer samtidig (komorbiditet) (4, 5). Videre er POAF assosiert med økte sykehuskostnader og liggedøgn samt redusert langtidsoverlevelse (6).

Ved en thoraxkirurgisk sengepost har sykepleierne en viktig oppgave med å oppdage POAF tidlig hos pasienter som nylig har gjennomgått åpen hjertekirurgi. Sykepleiere

FORFATTERE


Emma M. Midthun
Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, Thoraxkirurgisk seksjon, Haukeland universitetssjukehus (HUS)



Ingelin L. Vatnaland
Lege i spesialisering, Thoraxkirurgisk seksjon, Haukeland universitetssjukehus (HUS)



Rune Haaverstad
Professor, Thoraxkirurgisk seksjon, Haukeland universitetssjukehus (HUS)



Trond R. Pettersen
Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, Thoraxkirurgisk seksjon, HUS og Inst. for sykepleiefag, Høgskulen på Vestlandet

er dyktige til å observere og oppdage signaler på kliniske komplikasjoner og kan dermed varsle lege tidlig slik at tiltak kan iverksettes.

Å se risikofaktorer knyttet til POAF og i tillegg kunne observere hjerterytmene for å se etter endringer på telemetri eller ved pasientnær observasjon, gir sykepleierne mulighet til å jobbe forebyggende. Dette er ansett som erfaringsbasert kunnskap da sykepleiere med lang fartstid, bedre øvet klinisk blikk og med gode tilleggskunnskaper evner disse observasjonsteknikkene bedre. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvordan sykepleiere kan jobbe kunnskapsbasert for å

oppdage POAF tidlig hos en pasient som nylig har gjennomgått åpen hjertekirurgi.

POSTOPERATIVT ATRIEFLIMMER

Postoperativt atrieflimmer (POAF) oppstår oftest i løpet av de første dagene etter kirurgi, med høyest forekomst på andre og tredje postoperative dag (1, 7). Hos pasienter som ikke tidligere er diagnostisert med AF, er det rapportert at 15–30 prosent spontant konverterer tilbake til sinusrytme



OVERVÅKER PASIENTEN:
To sykepleiere i sentral
overvåkingsenhet følger
med på pasientens til-
stand. Illustrasjonsfoto:
Ingelin L. Vatnaland

innen to timer, mens opptil 80 prosent konverterer tilbake innen det første døgnet (7). POAF reduserer den diastoliske fyllingen av ventriklene som ledsager redusert hjerteminuttvolum og fører også til økt oksygenbehov i myokardiet. Dette vil kunne resultere i hypotensjon og myokardiskemi. I tillegg kan mangelen på atriale kontraksjoner resultere i økt fyllingstrykk av venstre atrium, som vil gi økt trykk i lungekretsløpet og risiko for lungeødem. Dette gjelder spesielt for pasienter med moderat til alvorlig diastolisk dysfunksjon (7, 8).

POAF kan lett diagnostiseres med et 12-avlednings EKG eller telemetriovervåking ved at det er bortfall av P-takker og uregelmessig QRS-kompleks (9).

De vanligste symptomene på AF er palpitasjoner, dyspné, svimmelhet, nærsynkope eller synkope. Symptomene forsterkes ved blodtrykksfall eller redusert hjerteminuttvolum.

Pasienter som opplever postoperativt atrieflimmer, beskriver det som hjertebank, ofte kombinert med utmattelse og tungpustethet (10). I mange tilfeller etterfølges disse symptomene av redsel og angst. POAF kan imidlertid også oppleves relativt symptomfritt, eller symptomene kan maskeres av andre problemer som kan oppstå etter hjertekirurgi.

RISIKOFAKTORER

Årsakene til POAF er på langt nær fullstendig kartlagt (11), men anses som multifaktorielle og kan deles inn i

preoperative faktorer og forhold som har direkte sammenheng med operasjonen og behandlingen pasienten gjennomgår.

PREOPERATIVE RISIKOFAKTORER

Preoperative risikofaktorer inkluderer grunnsykdommer og komorbiditeter, hvor økende alder og tidligere AF er ansett som de viktigste. Andre preoperative risikofaktorer inkluderer blant annet annen hjertesykdom, kols, diabetes mellitus og overvekt (8, 12).

ALDER

Høy alder er den eneste systematisk beviste risikofaktoren for å utvikle POAF (1, 7, 11, 13). Etter fylte 70 år øker risikoen for POAF med 75 prosent for hvert tiende år. Dette er assosiert med et mer komplekst sykdomsbilde hos den el-

«Pasienter som opplever postoperativt atrieflimmer, beskriver det som hjertebank, ofte kombinert med utmattelse og tungpustethet.»

dre pasienten og strukturelle forandringer både i atriene og i myokard for øvrig (5). Weiner og medarbeidere fant at økt venstre ventrikelmasse er en sterk indikator for både atriale og ventrikulære takykardier (14). Videre viste Goette og medarbeidere at alder er relatert til atrial fibrose, og med

større mengde atrial fibrose øker sjansen for POAF (15). Økt lengde på P-takken i EKG ($P > 100$ ms) er også satt i sammenheng med endret fysiologi grunnet alder, og dette er også assosiert med økt risiko for POAF (7, 11, 15).

En studie av Gillespie og medarbeidere viste at antall liggedøgn økte med 4,6 dager for pasienter som utviklet POAF (16). I tillegg fant de at sykehuskostnadene økte med 14 724 USD per pasient, noe som setter samfunnskostnadene per pasient i et økonomisk perspektiv. En annen studie, som inkluderte 19 497 pasienter, viste at 30 dagers mortalitet ikke økte for pasienter med POAF, mens overlevelsen etter så vel ett, tre og et halvt, fem og sju år var signifikant lavere (6). Pasienter som i dag aksepteres for åpen hjertekirurgi, er ofte eldre, har et mer komplekst sykdomsbilde og er generelt mer hjertesyke enn tidligere (11).

Med betydelige ressurser satses det i dag på eldre pasienter med betydelig komorbiditet. Høy alder taler imot åpen hjertekirurgi, og både alder og forventet levetid bør belyses i sammenheng med levemuligheter og livskvalitet. Det kan derfor stilles spørsmål ved om eldre pasienter har økte liggedøgn på sykehus og kortere langtidsoverlevelse som et resultat av POAF eller på bakgrunn av alder og en mer avansert sykehistorie.

TIDLIGERE ATRIEFLIMMER

Pasienter med tidligere diagnostisert AF rammes i større grad av POAF. Strukturell hjertesykdom som forstørret venstre atrium, mitralklaffesykdom, hjertesvikt og hypertensjon, er kjente risikofaktorer for å utvikle både AF og POAF. Så mange som 70 prosent av pasienter med POAF har en forhistorie med AF (8). Dette viser at underliggende mekanismer for AF også spiller inn hos pasienter som utvikler AF etter gjennomgått hjertekirurgi (11, 17). AF er derfor en viktig risikofaktor for å utvikle POAF. Det er derfor viktig for sykepleiere som jobber med hjerteopererte, å vite at tidligere diagnostisert AF er en risikofaktor for å utvikle POAF. Dette kan gjøre noe med forventningene til at pasienten skal opprettholde sinusrytme postoperativt. Forebygging og behandling av høyfrekvent AF og informasjon til pasienten kan derfor bli vel så viktig som forebygging av POAF.

PER- OG POSTOPERATIVE RISIKOFAKTORER

Det kirurgiske traumat ved en åpen hjerteoperasjon er i seg selv ansett som en risikofaktor for POAF (8). Av operasjonen som inkluderer effekten av hjerte-lunge-maskinen, vil det komme en inflammatorisk respons som kan måles i form av C-reaktivt protein (CRP). Sammenhengen mellom økt CRP og forekomsten av POAF er ikke fullstendig forstått, men hyppigheten av POAF er høyest andre til tredje postoperative dag, parallelt med en stigning i CRP (1, 7, 11, 18, 19).

Infeksjonstilstander og feber er ikke utløsende årsaker til POAF, men CRP-stigning i forbindelse med infeksjoner kan vanskeliggjøre en konvertering tilbake til sinusrytme (19). Perikarditt er også ansett som en risikofaktor, da perikardektomi som må utføres ved enhver åpen hjerteoperasjon,

gir en inflammatorisk respons (1, 11). Syre-, base- og væskebalansen påvirkes også i stor grad av operasjonen. Hypovolemi rammer mange pasienter i den postoperative fasen og kan komme av blodtap, feber og ødematøse endringer i kroppen. I verste fall kan dette føre til hypovolemisk sjokk. Videre kan ubalanse i elektrolytter føre til både atriale og ventrikulære arytmier (20) (figur 2).

TYPE HJERTEOPERASJON

Forekomsten av POAF varierer mellom ulike typer hjerteoperasjoner og kirurgisk teknikk (1). Selv om bruk av hjerte-lunge-maskin bidrar til utvikling av POAF, har studier vist at typen kirurgisk inngrep og hyppigheten av POAF

«Sykepleieren oppdager og varsler, mens legen iverksetter tiltak ut fra sykepleierens varsling.»

har en sammenheng. Pasienter som får utført isolert CABG, har lavere risiko for å utvikle POAF enn de som gjennomgår klaffekirurgi eller et kombinert inngrep (1, 7).

En systemisk inflammatorisk respons oppstår under pasientens tid på hjerte-lunge-maskin på grunn av aktivring av komplementsystemet (11). Klaffekirurgi og kombinerte inngrep krever lengre tids ekstrakorporal sirkulasjon og lengre iskemitid for myokardiet og er derfor forbundet med økt risiko for POAF.

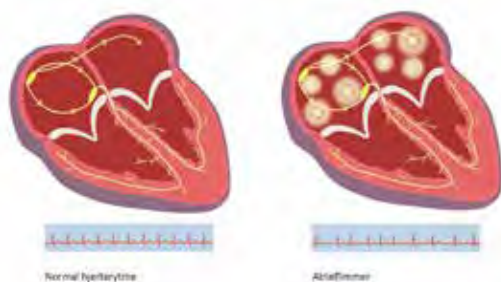
OBSERVASJON AV HJERTERYTME

Det er viktig at sykepleiere som jobber med pasienter i den postoperative fasen etter hjertekirurgi, er dyktige til å identifisere og oppdage potensielle livstruende arytmier i tillegg til å evaluere arytmiens kliniske påvirkning av systemsirkulasjonen (8). Grunnet det kirurgiske traumat, inflammatoriske effekter og øvrige risikofaktorer som disponerer for POAF, kan det oppstå en rekke signalforstyrrelser i hjertet. Sykepleiere skal kunne observere og identifisere disse signalforstyrrelsene, vurdere alvorlighetsgraden og varsle lege, slik at behandling eller forebyggende tiltak kan iverksettes.

Supraventrikulær ekstrasystole (SVES) er ekstraslag som har utspring fra nodalknuten eller atriene. SVES kan være indikasjon på atrialt stress og kan dermed anses som en forløper til AF (3). Ved hjelp av telemetrimonitorering kan SVES lett oppdages av en sykepleier, og rytmen kan tolkes ut fra hyppighet. Det er her sykepleierens forebyggende rolle kommer inn. Sykepleieren oppdager og varsler, mens legen iverksetter tiltak ut fra sykepleierens varsling.

På lik linje med SVES kan også sinustakykardi (ST) og ventrikulær ekstrasystole anses som en forløper for AF (3). Sykepleieren tolker hyppigheten og lokalisasjonen av ekstrasystolen og varsler på lik linje som ved SVES. En ST kan både være et normalfenomen eller anses som patologisk. Hos en pasient som nylig har gjennomgått åpen hjertekirurgi, kan ST tolkes som en stressreaksjon eller iskemiskade i forbindelse med inngrepet. Uavhengig av årsak kan

Figur 1. Normal hjerterytme og atrieflimmer



Illustrasjon: Eileen M. Andrews

Figur 2. Faktaboks om observasjon av risikofaktorer for postoperativ atrieflimmer

Observasjon av risikofaktorer for POAF

Preoperative risikofaktorer

- Høy alder
- Forlenget P-takk i EKG
- Forstørret venstre atrium ved EKKD
- Tidligere diagnostisert tachyarytmi
- Høy CHA2DS2-VASc skår

Per- og postoperative risikofaktorer

- Omfanget av det hjertekirurgiske inngrepet
- Langvarig myokardiskemi under operasjon
- Postoperativ infeksjon
- Elektrolyttforstyrrelser (hypokalemi)
- Ubalanse i væske (hypovolem)
- Tachykardi eller ekstrasystoler på telemetri

Figur 3. Råd om hvordan telemetri kan optimaliseres

Hvordan sikre god telemetrimonitorering

- Barbering og «rubbing» av huden
- Riktig elektrodeplassing
- Fravær av løse elektroder
- Unngå artefakter ved innvirkning fra elektroniske kilder
- Se forskjell på artefakter og arytmier på telemetri

Figur 4. CHA2DS2-VASc

	Tilstand	Skår
C	Hjertesvikt	1
H	Hypertensjon	1
A ₂	Alder >75år	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	Tidligere slag, TIA eller trombeemboli	2
V	Vaskulær sykdom	1
A	Alder 65-75år	1
Sc	Kvinnelig kjønn	1

Skår	Risiko	Antikoagulasjon
0	Lav	Ingen eller ASA
1	Moderat	Oral antikoagulasjon eller ASA
>2	Høy	Oral antikoagulasjon (Marevan)

ST ses som en forløper til POAF, og her bør frekvensregulering iverksettes tidlig.

Å kunne oppdage endring i hjerterytme eller frekvens er viktig i det forebyggende arbeidet ved risiko for POAF. Det er derfor grunnleggende å vite hva som kreves for å få en god lesbar hjerterytme og å kunne se forskjell på artefakter og arytmier.

Preparering av huden er telemetrieledene skal plasseres, er viktig – dette området må være fritt for hår. I tillegg er «rubbing» av huden anbefalt av leverandøren av elektrodene. Telemetrieledene bør skiftes ut hvert døgn for å unngå hudreaksjoner eller dårlig kontakt. Elektrodene må være plassert riktig, og sykehusets retningslinjer for elektrodeplassing skal benyttes. I enkelte tilfeller må elektrodeplassing vike for bandasjer og andre anatomiske forandringer hos pasienten. Sykepleieren må vite alvorlighetsgraden av løse og feilplasserte telemetrieledene, da dette kan vanskeliggjøre tolkningen av, eller endre utseendet på, hjerterytmen. Feiltolkning av artefakter og arytmier kan føre til u hensiktsmessig behandling eller feildagnostisering (21) (figur 3).

SYKEPLEIERENS ROLLE

Sykepleieren skal ha kunnskap om behandlingen pasienten får med tanke på å forebygge POAF. Bruk av betablokker som preventiv behandling er ifølge europeiske retningslinjer en klasse 1A-anbefaling og blir derfor gitt til alle pasienter som ikke har kontraindikasjoner mot disse medikamentene (22).

Statistisk sett utvikler de fleste pasientene ikke POAF. Disse pasientene kan imidlertid bli utsatt for profylaktisk behandling som potensielt har mange uønskede bivirkninger (17). Det er på bakgrunn av dette forsøkt å utarbeide flere verktøy for å skille ut høyrisikopasienter. Da man ser at risikoen for å utvikle AF og POAF er mye av det samme, er det forsøkt å ta i bruk CHA2DS2-VASc-skåringsystemet for å definere høyrisikopasientene (11, 17) (figur 4).

Opprinnelig er dette skåringsystemet utviklet for å kalkulere risiko for hjerneslag hos pasienter med AF. Imidlertid hevder flere at CHA2DS2-VASc ikke bare sier noe om hvem som er predisponert for hjerneslag, men også hvem som er predisponert for å utvikle AF. Det kan derfor være grunn til å iverksette dette skåringsystemet hos pasienter som har økt risiko for å utvikle POAF (23, 24). Verdien av et slikt skåringsystem samt informasjon fra preoperativt EKG og ekkokardiografi kunne bidratt til et klarere skille mellom dem som bør få medikamentell profylakse i forhold til dem som har lavere risiko for POAF. Et slikt skåringsystem kan derfor hjelpe sykepleieren med å arbeide kunnskapsbasert i sin vurdering av pasienten.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Erfaringsbasert kunnskap anses som en hjørnestein i sykepleiekunnskap og er kunnskap som utvikles gjennom erfaringer og opplevelser. Dette hjelper sykepleiere i å utvikle klinisk blikk og ekspertise. Forskningsbasert kunnskap

baserer seg på teorier og måler blant annet effekten av tiltak, forekomsten av en tilstand samt pasienters erfaring og opplevelser. Å jobbe erfarings- eller forskningsbasert gir imidlertid ikke nok grunnlag til å ta gode beslutninger. Det er derfor ønskelig å utvikle en sykepleiepraksis der man bruker både forskning og erfaring (25).

Det er sykepleierens ansvar som fagutøver å se hele pasienten, jobbe kunnskapsbasert og sette seg inn i pasientens tidligere sykehistorie. Videre må sykepleieren ha god observasjonsevne av pasientens kliniske tilstand, som også inkluderer hjerterytmen. Først etter å ha mestret alle disse oppgavene kan sykepleieren jobbe kunnskapsbasert for tidlig å oppdage, varsle og iverksette tiltak mot POAF.

OPPSUMMERING

POAF rammer mellom 15–60 prosent av pasientene som har gjennomgått et åpent hjertekirurgisk inngrep. Forekomsten av POAF varierer med pasientens alder, tidligere sykdommer og omfanget av det hjertekirurgiske inngrepet. Alder og tidligere AF er de viktigste risikofaktorene for å utvikle POAF. Med god bakgrunnskunnskap samt evnen til å tolke hjerterytmer og til å jobbe kunnskapsbasert har sykepleiere en viktig oppgave med å oppdage signaler på risiko for POAF. Ved god observasjon og varsling om risiko eller nyoppstått POAF kan pasienten profitere på tidlig profylakse eller behandling før tilstanden forverres. ●

REFERANSER

1. Lee R. Atrial fibrillation and flutter after cardiac surgery. UpToDate; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/atrial-fibrillation-and-flutter-after-cardiac-surgery> (nedlastet 26.06.2017).
2. Thelle DS, Løchen M-L. Kaotiske hjerter. Atrieflimmer – en moderne epidemi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
3. Ravnestad EM. Hjerter i takt og utakt. Et arbeidshefte i hjerterytmer. Bergen: Høgskolen i Bergen; 2011.
4. Auer J, Weber T, Berent R, Ng C-K, Lamm G, Eber B. Risk factors of postoperative atrial fibrillation after cardiac surgery. *J Card Surg.* 2005;20(5):425–31.
5. Pivatto Júnior F, Teixeira Filho GF, Sant'anna JRM, Py PM, Prates PR, Nesralla IA, et al. Advanced age and incidence of atrial fibrillation in the postoperative period of aortic valve replacement. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2014;29(1):45–50.
6. Saxena A, Dinh DT, Smith JA, Shardey GC, Reid CM, Newcomb AE. Usefulness of postoperative atrial fibrillation as an independent predictor for worse early and late outcomes after isolated coronary artery bypass grafting (multicenter Australian study of 19,497 patients). *Am J Cardiol.* 2012;109(2):219–25.
7. Peretto G, Durante A, Limite LR, Cianflone D. Postoperative arrhythmias after cardiac surgery: incidence, risk factors, and therapeutic management. *Cardiol Res Pract.* 2014; Article ID 615987. DOI: 10.1155/2014/615987

8. Kaplow R. Postoperative dysrhythmias. I: Hardin SR, Kaplow R, red. *Cardiac surgery essentials for critical care nursing.* 2. utg. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016. s. 307–26.
9. Frykman-Kull V, Insulander P, Rosenqvist M. Förmaksflimmer. I: Insulander P, Jensen-Urstad M, red. *Arytmier mekanismer, utredning och behandling.* Lund: Studentlitteratur; 2015. s. 93–110.
10. Gjesdal K. Atriefimlinger og andre supraventrikulære arytmier. I: Forfang K, Istad H, Wiseth R, editors. *Kardiologi klinisk veileder.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 207–19.
11. Maesen B, Nijs J, Maessen J, Alessie M, Schotten U. Post-operative atrial fibrillation: a maze of mechanisms. *EP Europace.* 2012;14(2):159–74.
12. El-Chami MF, Kilgo PD, Elfstrom KM, Halkos M, Thourani V, Lattouf OM, et al. Prediction of new onset atrial fibrillation after cardiac revascularization surgery. *Am J Cardiol.* 2012;110(5):649–54.
13. Perrier S, Meyer N, Hoang Minh T, Announe T, Bentz J, Billaud P, et al. Predictors of atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting: A bayesian analysis. *Ann Thorac Surg.* 2017;103(1):92–7.
14. Weiner MM, Reich DL, Lin H-M, Krol M, Fischer GW. Increased left ventricular myocardial mass is associated with arrhythmias after cardiac surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2013;27(2):292–7.
15. Goette A, Juenemann G, Peters B, Klein HU, Roessner A, Huth C, et al. Determinants and consequences of atrial fibrillation in patients undergoing open heart surgery. *Cardiovasc Res.* 2002;54(2):390–6.
16. Gillespie EL, White CM, Kluger J, Sahni J, Gallagher R, Coleman CI. A hospital perspective on the cost-effectiveness of β -Blockade for prophylaxis of atrial fibrillation after cardiothoracic surgery. *Clin Ther.* 2005;27(12):1963–9.
17. Mariscalco G, Biancarfi F, Zanobini M, Cottini M, Piffaretti G, Saccocci M, et al. Bedside tool for predicting the risk of postoperative atrial fibrillation after cardiac surgery: The POAF Score. *J Am Heart Assoc: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease.* 2014;3(2):e000752.
18. Crea F, Marrow DA. C-reactive protein in cardiovascular disease. UpToDate; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/c-reactive-protein-in-cardiovascular-disease> (nedlastet 28.09.2017).
19. Ganz LI, Spragg D. Epidemiology of and risk factors for atrial fibrillation. UpToDate; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-and-risk-factors-for-atrial-fibrillation>. (nedlastet 28.08.2017).
20. Morelock V. Fluid and electrolyte imbalances following cardiac surgery. I: Hardin SR, Kaplow R, red. *Cardiac surgery essentials for critical cardiac nursing.* 2. utg. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016. s. 353–82.
21. Pettersen TR, Fållun N, Norekvål TM. Improvement of in-hospital telemetry monitoring in coronary care units: An intervention study for achieving optimal electrode placement and attachment, hygiene and delivery of critical information to patients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013;13(6):515–23.
22. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet J-P, Cremer J, Falk V, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J.* 2014;35(37):2541–619.
23. Sareh S, Toppen W, Mukdad L, Satou N, Shemin R, Buch E, et al. CHADS2 score predicts atrial fibrillation following cardiac surgery. *Journal of Surgical Research.* 2014;190(2):407–12.
24. Kashani RG, Sareh S, Genovese B, Hershey C, Rezentes C, Shemin R, et al. Predicting postoperative atrial fibrillation using CHADS2-VASc scores. *J Surg Res.* 2015;198(2):267–72.
25. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. 2. utg. Oslo: Akribes; 2012.



Se artikkelen på nett:
Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.
Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

Ser du også etter forskningsartikler?

sykepleien.no/forskning



FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi

Kjære kollega. Vet du at vi i Sykepleierforbundet har en faggruppe for oss som jobber med pasienter i gastroenterologi?

Faggruppen ble opprettet i 1978 av sykepleiere som jobbet med endoskopiske undersøkelser. I dag jobber medlemmene innen alle felt av gastroenterologien, på medisinske og kirurgiske sengeposter, på gastrolab og poliklinikker. Fra 2004 har faggruppen vært en del av Norsk Sykepleierforbund.

Målet med faggruppen er å øke kunnskapen om undersøkelses- og behandlingsmetoder samt å stimulere til fagutvikling og syke-

pleieforskning innen gastroenterologi.

I februar hvert år arrangerer faggruppen Nasjonalt Fagmøte. Dette er en fagkongress som går over tre dager. Annethvert år under fagmøtet avholdes det generalforsamling. Faggruppen arrangerer også Nasjonalt IBD-sykepleiermøte.

Faggruppen utgir fagtidsskriftet *Gastroskopet* tre ganger i året. Der finner du aktuelle artikler innenfor nummerets tema samt informasjon om faggruppens virksomhet.

Medlemsfordelene får du for bare kroner 300,- per år. Når du har vært medlem i fag-

gruppen i et år, kan du søke om økonomisk støtte til

- deltakelse på kongresser nasjonalt og internasjonalt
- videreutdanning i gastroenterologisk sykepleie
- fagutviklingsprosjekter
- forskning

Alle medlemmer har redusert kongressavgift ved Nasjonalt Fagmøte og Nasjonalt IBD-sykepleiermøte.

Interessert? Meld deg inn via nettsidene til Norsk Sykepleierforbund.



NSFs faggruppe av sykepleiere i stomiomsorg

Faggruppen for sykepleiere i stomiomsorg (SiS) ble stiftet i 1990 og har siden 2001 vært en egen faggruppe i Norsk Sykepleierforbund. Våre 154 medlemmer er både sykepleiere som har videreutdanning i stomisykepleie, og andre medlemmer i NSF som jobber innen fagfeltet. Etter initiativ fra faggruppen ble det i 1999 startet opp videreutdanning i stomisykepleie ved Høgskolen på Vestlandet.

Faggruppen har som formål å ivareta høy kvalitet på stomiomsorgen i Norge og har

deltatt i utarbeidelsen av nordiske standarder for stomipleie. Faggruppen jobber for å optimalisere pleie og omsorg til personer med alle typer stomi, reservoar, fistler, dren, gastrostomi og avføringsproblemer som obstipasjon og anal inkontinens samt sår relatert til disse tilstandene.

SiS deltar i Helfos fagråd og samarbeider blant annet med pasientorganisasjoner som Norilco. Vi arrangerer årlig en fagkonferanse over to dager. Denne konferansen er åpen for

alle, men er rimeligere for medlemmer enn for ikke-medlemmer.

Nyhetsbrevet SiS'te nytt er digitalt og ligger på vår hjemmeside. SiS ønsker at våre medlemmer skal ha mulighet til å øke sin kompetanse. Man kan få støtte til kurs og konferanser, seminarer, hospitering, videreutdanning innen stomipleie og reiseutgifter i tilknytning til dette.

Man melder seg inn via SMS eller via fanen «Bli medlem» på NSF's hjemmeside.



Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS)

Faggruppen er en møteplass for fag- og kunnskapsutvikling. Dette er viktig for fagets identitet, og medlemmene utgjør et nettverk av kompetanse.

NSFLOS har cirka 1600 medlemmer og har lokalgrupper i alle fylker. For å bli medlem i NSFLOS må du være medlem i NSF. Medlemskap er gratis for studenter.

Våre innsatsområder:

- fremme operasjonssykepleiernes interesser, lønns- og arbeidsvilkår med fokus på et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø
- fremme operasjonssykepleiernes unike kompetanse, som ikke kan erstattes av

annet hjelpepersonell i steril assistanse eller koordinerende funksjon

- arbeide for en klinisk master ved alle utdanningsinstitusjoner
 - delta på alle arenaer for å påvirke beslutningsprosesser innenfor helsetjenesten
 - stimulere til kvalitet, pasientsikkerhet, forskning og utvikling som fører til implementering av kunnskapsbasert praksis
 - rekruttere til operasjonssykepleiefaget
- NSFLOS er medlem i to internasjonale organisasjoner, NORNA og EORNA. NSFLOS bidrar i styrene og interne grupper, og kongresser avholdes hvert annet år. Neste kongresser

arrangeres i Bergen 9.–11. september 2020 (NORNA) og Stavanger 27.–30. mai 2021 (EORNA).

Medlemsfordeler:

- delta i et faglig nettverk for å utvikle fag, politikk og profesjon
- få støtte av fagnettverkene ved utfordringer i praksis
- årlige faglige kurs og seminardager i NSFLOS til medlemspris
- lokale medlemsmøter med faglig tema
- sentrale og lokale stipend fra NSFLOS
- fagportalen nsflos.no
- gruppe på Facebook, søk på NSF's Landsgruppe av operasjonssykepleiere

HOVEDBUDSKAP

Nyere studier har sådd tvil om det er riktig å gi rutinemessig oksygenbehandling ved hjerteinfarkt, og dette har skapt usikkerhet i sykepleiemiljøene. Artikkelen belyser grunnlaget for dagens praksis og hvilken rolle sykepleieren har i behandlingen, og vi diskuterer behovet for evidensbaserte retningslinjer. Nyere forskning støtter ikke rutinemessig oksygenbehandling for ellers stabile pasienter med akutt hjerteinfarkt, men viser at det bør være forbeholdt pasienter med SpO₂ < 90 prosent. Det er behov for oppdaterte og klarere retningslinjer.

NØKKELORD:

► Hjerteinfarkt ► Oksygen

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.75197

Ikke alle pasienter skal ha oksygenbehandling ved akutt hjerteinfarkt

Oksygenbehandling bør ikke lenger være rutinebehandling for pasienter med akutt hjerteinfarkt, men kun gis til ellers stabile pasienter med SpO₂ < 90 prosent, viser nyere studier og oppdaterte internasjonale retningslinjer.

over hundre år har oksygentilskudd blitt gitt til pasienter med akutt hjerteinfarkt (AMI) i håp om å redusere myokardskaden (1). Praksis med rutinemessig oksygenbehandling, inkludert dosering og eventuelle grenseverdier, har imidlertid i stor grad vært basert på empiri og erfaring heller enn vitenskapelig evidens (1, 2). I tillegg har enkelte studier vist at oksygentilskudd potensielt kan ha skadelig effekt (2, 3).

I en hektisk hverdag på sykehus oppleves det en usikkerhet blant sykepleiere om hvorvidt pasienter med AMI bør få rutinemessig oksygenbehandling. Dette er utfordrende, da usikkert kunnskapsgrunnlag erfaringsmessig kan gi forskjell i pasientbehandlingen. Artikkelen omhandler oksygenbehandling hos voksne pasienter med mistenkt eller bekreftet AMI, både STEMI og NSTEMI (henholdsvis ST- og ikke-ST-elevasjonsinfarkt) i akutt fase, som innebærer det første behandlingsdøgnet (4).

HVORFOR GI OKSYGEN?

Vanlig luft består av omtrent 21 prosent oksygen, og alle kroppens celler trenger oksygen i energiomsetningen

FORFATTERE


Renathe Tveitevåg Svingen
Spesialsykepleier i kardiologi, Hjarateavdelinga, Haukeland universitetssjukehus



Jørund Langørnen
Seksjonsoverlege, Medisinsk intensiv og overvåkning, Hjarateavdelinga, Haukeland universitetssjukehus



Gard F.T. Svingen
Lege i spesialisering, Hjarateavdelinga, Haukeland universitetssjukehus



Irene Valaker
Høgskulelektor og stipendiat, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, campus Førde

(2). Oksygenet i lungenes alveoler går over til det oksygenfattige blodet som kommer fra hjertets høyre ventrikkel. Blodet inneholder hemoglobin, et protein som kan binde opptil fire oksygenmolekyler hver. Andelen hemoglobin som er fylt opp med oksygen, følger en skala fra 0 til 100 prosent, og dette benevnes som oksygenmetning (målt perifert som SpO₂).

Det er hemoglobinet som står for den aller største og viktigste delen av blodets oksygentransport, men noe oksygen kan også transporteres i blodets plasma (5). Ved en gitt hemoglobinkonsentrasjon kan man derfor øke blodets totale oksygeninnhold ved å tilføre ekstra oksygen i luften som

pustes inn, selv om denne økningen er svært beskjeden hos pasienter som har normal SpO₂ (2, 3).

Fravær av tilstrekkelig oksygentilførsel fører til hemmet energiomsetning i cellen. Dette kalles iskemi. Iskemi i hjertemuskelceller benevnes som myokardiskemi, og oppstår som regel på grunn av redusert eller manglende blodstrøm gjennom koronararteriene. Dette forårsakes oftest av ruptur av atherosklerotiske plakk i koronararterienes vegg med påfølgende trombedannelse. Myokardiskemi kan gi forskjellige



VIL HJELPE: Ønsket om å lindre pasientens plager kan gjøre at sykepleiere gir oksygentilskudd, selv om det ikke er nødvendig. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

symptomer, mest typisk er brystmerter og symptomer relatert til nedsatt hjertepumpekraft, for eksempel dyspné. Der som iskemien blir langvarig, vil myokardcellene dø, og det utvikles et AMI (6).

Ved myokardiskemi er det derfor teoretisk gunstig å redusere vevshypoksien ved å gi oksygentilskudd (3). Oksygentilskudd inngår da også i MONA-prinsippet (M = morfin, O = oksygen, N = nitroglyserin og A = acetylsalisylsyre), som har vært en del av grunnbehandlingen ved AMI i flere tiår (7).

KAN VÆRE SKADELIG

Selv om det virker logisk å tilføre ekstra oksygen ved myokardiskemi, kan likevel for mye oksygen i vevet teoretisk sett være skadelig. For eksempel kan behandlingen bidra til dannelsen av frie oksygenradikaler (2, 3), som kan skade cellene og gi redusert hjerteminuttvolum (8). I tillegg kan vevsskaden i hjertet øke på grunn av økt tiltrekking av betennelsesceller (9). For høyt innhold av oksygen i arterielt blod (hyperoksemi) kan også medføre at koronararteriene trekker seg sammen, noe som igjen kan redusere blodstrømmen til et allerede iskemisk myokard (2, 3).

SYKEPLEIERENS FUNKSJON

I møte med AMI-pasienter har sykepleieren en behandlende og lindrende funksjon (4, 10). Sykepleierens kliniske vurderinger og observasjoner er sentrale for pasientbehandlingen. Vurderinger gjøres ut fra objektive

målinger og pasientens symptomer og tegn (4). Inngående kunnskaper kreves om pasientens tilstand, diagnose, behandling og bruk av teknisk utstyr.

Oksygen er definert som et legemiddel og skal ordineres av lege i pasientens kurve, med grenser for dosering og ønsket mål for SpO₂ (11). Sykepleiere har ansvar for å administrere oksygenet og følge opp behandlingen (4).

Erfaringsmessig er det sjelden ordinert oksygenbehandling i pasientens medisinkurve, og det erfarer at sykepleiere ofte administrerer oksygen på eget initiativ. Dette er problematisk og kan bero på tidsnød, tradisjon, at behandlingen er lett tilgjengelig, eller at sykepleiere kan kvie seg for å måtte forstyrre

«Sykepleiere har ansvar for å administrere oksygenet og følge opp behandlingen.»

lege. Sykepleiere har et iboende ønske om å hjelpe pasienten, og det følger gjerne med et behov for å utføre lindrende tiltak (12). Dette kan bidra til at en del sykepleiere ønsker å gi oksygentilskudd, også i de tilfellene hvor indikasjonen er usikker.

Brystmerter kan oppleves svært traumatisk og dermed utløse angst (13). Sykepleierens tiltak, for eksempel oksygenbehandling, kan tenkes å virke angstdempende. Noen pasienter kan likevel oppleve mer stress og føle seg mer sykeliggjort ved å få oksygenbehandling, for eksempel ved at de blir mindre mobile. Stress kan disponere for hjertearytmier i tillegg til

økt oksygenforbruk for myokard (4). I denne sammenhengen er det viktig at sykepleieren har en rolig, kompetent og handlingsrettet oppførelse.

God kommunikasjon og informasjon om hvorfor man gir eller ikke gir oksygen, kan føre til at pasienten føler økt mestring, og dermed redusert stress (10). Erfaringsmessig vil enkelte pasienter også oppleve at oksygentilskudd lindrer brystsmertene. Smertelindring er viktig, da smerte er assosiert med nerveaktivering, som kan føre til økt belastning på hjertet (13).

Sykepleie skal utøves kunnskaps- og evidensbasert (14), men erfaringsmessig står likevel empirisk kunnskap sterkt.

«Smertelindring er viktig, da smerte er assosiert med nerveaktivering, som kan føre til økt belastning på hjertet.»

Dersom helsepersonells kunnskapsgrunnlag ikke er oppdatert, vil det være sannsynlig med større grad av forskjell i utøvelse av pasientbehandlingen. I tillegg vil lokal tradisjon kunne være utfordrende å endre (15), og det kan være vanskelig å forene generelle retningslinjer med individuell tilpasning i klinisk praksis.

HVA VISER FORSKNINGEN?

Allerede i 1976 ble det publisert en mindre studie som sådde tvil om gevinsten av rutinemessig oksygenbehandling ved AMI. Knappt 200 pasienter ble inkludert, og hos dem som ble randomisert til behandling med oksygen seks liter per minutt i 24 timer, ble det observert en økt risiko for død sammenliknet med dem som kun fikk romluft (16). Studien fikk likevel åpenbart ingen større klinisk konsekvens, og rutinemessig bruk av oksygen til pasienter med AMI fortsatte, delvis støttet av fordelaktige resultater av høyt oksygentilbud ved myokardiske mi i dyreforsøk (3).

I 2015, nesten førti år senere, ble det publisert en australsk klinisk studie (Air versus oxygen in ST-Segment-Elevation myocardial infarction; AVOID) som omfattet 441 pasienter med STEMI og $SpO_2 > 94$ prosent. Pasientene ble randomisert til å motta enten vanlig romluft eller åtte liter oksygen per minutt på maske. Funnene viste høyere verdier av myokardskademerkene troponin I og kreatin kinase (CK) i intervensjonsgruppen, men troponinstigningen var ikke statistisk signifikant. Det ble også påvist en økt risiko for re-infarkt og alvorlige hjerterytmeforstyrrelser under sykehusoppholdet for dem som fikk oksygentilskudd. Det viste seg videre at disse pasientene i tillegg fikk målt større infarktsskade ved MR av hjertet etter seks måneder. Forfatterne konkluderte med at rutinemessig oksygenbehandling hos pasienter med AMI og normal SpO_2 kunne være forbundet med økt risiko for alvorlige hendelser. Likevel manglet studien statistisk styrke for å kunne avdekke forskjeller i dødelighet (17).

I den svenske The determination of the role of oxygen in suspected acute myocardial infarction (DETO2X-SWEDEHEART)-studien publisert i 2017 ble 6629 pasienter med mistenkt AMI og $SpO_2 > 90$ prosent randomisert enten til seks liter oksygen per minutt i 6–12 timer eller til kun romluft.

Ved behandlingsslutt var median SpO_2 henholdsvis 99 prosent og 97 prosent i de to gruppene, noe som kan indikere at de færreste ble utsatt for ufysiologisk høye oksygendoser. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt blodnivåer av troponin T, og heller ingen forskjell i total død eller nytt hjersteinfarkt i løpet av oppfølgingsperioden på ett år (18).

AVOID- og DETO2X-studiene er viktige, da de er de eneste moderne, randomiserte, kliniske studiene som har undersøkt viktige endepunkter av rutinemessig oksygenbehandling hos pasienter med AMI og normal SpO_2 . Ingen av studiene peker på en entydig skadelig effekt av oksygenbehandling. Likevel hadde pasienter i AVOID-studien høyere SpO_2 ved inklusjon, og intervensjonsgruppen mottok mer oksygen enn i DETO2X-studien. Vi kan derfor anta at flere pasienter i AVOID ble utsatt for svært høye oksygendoser. En målt SpO_2 på 100 prosent kan ikke angi hvorvidt pasienten har normale eller høye nivåer av oksygen i kroppen, ettersom 100 prosent er høyeste mulige måleverdi (19).

Fordi intervensjonsgruppen i AVOID hadde en tendens til økt risiko for arytmi og større infarktsskade, vil en rimelig tolkning være at man bør ha som mål å holde SpO_2 i området 90–99 prosent hos pasienter med mistenkt AMI. På denne måten vil det være mindre sannsynlig at pasienten blir utsatt for verken for lite eller for mye oksygen. DETO2X-studien er også interessant fordi pasientene her ble randomisert allerede ved mistanke om AMI. I den kliniske hverdagen vil helsepersonell ofte ikke vite eksakt diagnose før oksygenbehandling overveies, og derfor er det betryggende at det ikke var forskjell i resultater blant pasienter som ikke fikk bekreftet AMI-diagnosen (18). Vi må likevel være oppmerksomme på at de to nevnte studienes funn i størst grad er overførbare på menn i 60-årene. Ikke minst vil pasienter med komorbiditet, som for eksempel lungesykdommer, kreve en mer individuell tilnærming.

GJELDENE RETNINGSLINJER

Retningslinjer fra det europeiske hjerteforbundet (ESC) gir anbefalinger om behandling av pasienter med kardiovaskulære sykdommer. ESC-retningslinjer vedrørende NSTEMI publisert i 2015 samsvarer med de oppdaterte ESC-retningslinjene om STEMI fra 2017, og angir at oksygentilskudd anbefales kun hos pasienter med AMI med $SpO_2 < 90$ prosent (13, 20). ESC-retningslinjene for NSTEMI fra 2015 fikk tilslutning fra foreningen Norsk cardiologisk selskap (21), mens en tilsvarende tilslutning forelå først helt nylig for STEMI-retningslinjene fra 2017 (22). Der presiseres det også at endringen vil kreve revisjon av lokale prosedyrer. I gjeldende metodebok for akutt indremedisin ved Haukeland universitetssykehus (2016) anbefales det at pasienter med AMI mottar oksygenbehandling prehospitalt ved $SpO_2 < 95$ prosent, mens intervensjonsgrensen for pasienter i sykehus er < 90 prosent (23). Denne forskjellsbehandlingen begrunnes ikke nærmere. Ved Oslo universitetssykehus Ullevål er indikasjonen $SpO_2 < 90–92$ prosent, og det presiseres at slike grenser gjelder hos ellers stabile pasienter (24).

Til tross for at internasjonale retningslinjer er nokså konsise

og evidensbaserte, er altså ikke dette tilfellet for føringer som gis lokalt og regionalt i Norge. I tillegg gir ingen av retningslinjene eksakte mål for behandlingen. Ett unntak er generelle retningslinjer for oksygenbehandling fra British Thoracic Society (BTS), som angir SpO₂-mål på 94–98 prosent hos akutt syke, men ellers lungefriske pasienter (25). Helse Bergen bruker også dette SpO₂-målet med BTS som referanse i sine generelle retningslinjer for oksygenbehandling (11). BTS poengterer videre at oksygen ikke er en behandling for tung pust i seg selv, men for påvist lav oksygenmetning (25). Det er bekymringsverdigg at de faglige rådene spriker, da dette vil kunne skape

«Ingen av studiene peker på en entydig skadelig effekt av oksygenbehandling.»

forvirring om hva som er optimal oksygenbehandling for pasienten med AMI. Det er likevel viktig å være bevisst den tiden det tar å oppdatere og implementere nye forskningsresultater.

KONKLUSJON

Ut fra nyere studier og oppdaterte internasjonale retningslinjer bør ikke oksygenbehandling lenger være rutinebehandling for pasienter med AMI, men kun omfatte ellers stabile pasienter med SpO₂ < 90 prosent. Ved nøye monitorering må sykepleiere klinisk vurdere pasienten og kontakte lege dersom pasienten kan ha behov for oksygenbehandling. Behandlingsmål for SpO₂ bør ligge mellom 90 og 99 prosent. Ny forskning og oppdaterte retningslinjer bør implementeres også i lokale, faglige anbefalinger. Videre bør det også diskuteres om dagens MONA-behandling skal revurderes. ●

REFERANSER

1. Kones R. Oxygen therapy for acute myocardial infarction – then and now. A century of uncertainty. *Am J Med.* 2011 november;124(11):1000–5.
2. Sjøberg F, Singer M. The medical use of oxygen: a time for critical reappraisal. *J Intern Med.* 2013 desember;274(6):505–28.
3. Loscalzo J. Is oxygen therapy beneficial in acute myocardial infarction? Simple question, complicated mechanism, simple answer. *N Engl J Med.* 2017 september;377(13):1286–87.
4. Stubberud DG. Sykepleie til personer med hjertesykdom. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2016.
5. Giæver P. Lungesykdommer. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
6. Anderson JL, Morrow DA. Acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2017 mai;376(21):2053–64.
7. Kline KP, Conti CR, Winchester DE. Historical perspective and contemporary management of acute coronary syndromes: from MONA to THROMBINS2. *Postgrad Med.* 2015 oktober;127(8):855–62.

8. Beasley R, Aldington S, Weatherall M, Robinson G, McHaffie D. Oxygen therapy in myocardial infarction: an historical perspective. *J R Soc Med.* 2007 mars;100(3):330–33.
9. Zweier JL, Talukder MA. The role of oxidants and free radicals in reperfusion injury. *Cardiovasc Res.* 2006 mai;70(2):181–90.
10. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
11. Oftedal SF, Flaten SM, Lehmann S. Oksygenbehandling for voksne pasienter innlagt i sykehus [Internett]. Bergen: Helse Bergen; 2016 april [opdatert 21.04.2016; sitert 05.05.2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Tagprosedyrer/ferdige/oksygenbehandling-for-voksne-pasienter-innlagt-pa-sykehus>
12. Tennøe EH. God sykepleie krever refleksjon. *Sykepleien.* 2015 oktober;103(9):46–7.
13. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* [Elektronisk artikkel]. 2017. Tilgjengelig fra: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehx393> (nedlastet 05.03.2018).
14. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. 2016. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/www/artikkelside/print?p_document_id=2193841 (nedlastet 03.07.2018).
15. Norrvædt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2012.
16. Rawles JM, Kenmore AC. Controlled trial of oxygen in uncomplicated myocardial infarction. *Br Med J.* 1976 mai;112:1–3.
17. Stub D, Smith K, Bernard S, Nehme Z, Stephenson M, Bray JE, et al. Air versus oxygen in ST-Segment Elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2015 mai;131(24):2143–50.
18. Hofmann R, James SK, Jernberg T, Lindahl B, Erlinge D, Witt N, et al. Oxygen therapy in suspected acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2017 september;377(13):1240–9.
19. Siela D, Kidd M. Oxygen requirements for acutely and critically ill patients. *Crit Care Nurse.* 2017 august;37(4):58–70.
20. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2016 januar;37(3):267–315.
21. Anfinson OG, Aksnes TA, Bonarjee V, NCS kvalitetsutvalget. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Hjerteforum.* 2016 mai;29(2):15–8.
22. Anfinson OG, Røsner A, Bonarjee V, NCS kvalitetsutvalget. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Hjerteforum.* 2018;(2):31.
23. Rotevatn S, Fanebust HR, Herstad J. Metodebok i akutt indremedisin ved Haukeland universitetssykehus. Ustabile koronarsyndrom, versjon 1.00 [Internett]. Bergen: Haukeland universitetssykehus; 2016. Tilgjengelig fra: <https://handbok.helse-bergen.no/eknet/docs/pub/dok46695.pdf>. (nedlastet 04.08.2018).
24. Andersen GØ. Metodebok i indremedisin (OUS – Ullevål), Hjerter-/karsykdommer, akutt koronarsyndrom [Internett]. Oslo: Oslo universitetssykehus Ullevål; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.medisinos.no/index.php?actionshowtopic&topicr1E4c5vg> (nedlastet 01.02.2019).
25. O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V. British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *BMJ Open Respir Res* [Elektronisk artikkel]. 2017. Tilgjengelig fra: <http://bmjopenrespres.bmj.com/content/4/1/e000170> (nedlastet 05.12.2017).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no. Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

ANNONSE

Hold deg opplyst

facebook.com/
SykepleienForskning





HOVEDBUDSKAP

Stadig flere pasienter får implantert hjertestarter (ICD) for å forhindre plutselig død ved alvorlig, rask arytmie. Selv om ICD-behandling generelt er godt akseptert, opplever en del pasienter psykososiale konsekvenser. Noen pasienter rapporterer fantomsjokk, definert som følelsen av ICD-innslag som ikke bekreftes ved kontroll av enheten. Det er fremdeles uklart om fantomsjokk kan forhindres gjennom intervensjon, men helsefremmende arbeid kan tenkes å redusere psykososiale konsekvenser.

NØKKELOORD:

- ▶ Hjerterytmie ▶ Hjerne- og karsykdom
- ▶ Kardiologisk sykepleie

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76099

Implantert hjertestarter kan gi fantomsjokk

Fantomsjokk kan være en psykisk belastning for personer med implantert hjertestarter. Sykepleiere kan trolig bidra til å redusere plagene.

Jon er ute og jobber i hagen da hjertet plutselig stopper. Uten forvarsel. En fremmed person starter gjenoppliving, og Jon kommer til seg selv. Han fraktes til sykehuset, hvor hjertet stopper igjen flere ganger. Han får raskt operert inn hjertestarter.

En stadig økende andel pasienter får innlagt implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) for å forhindre plutselig død dersom alvorlig, rask hjerterytmie oppstår. Plutselig hjertedød er en av de vanligste dødsårsakene i vestlige land, noe som har gjort identifisering og behandling av risikopasienter svært viktig (1).

Over tid har behandlingen vist seg å være effektiv for pasienter i risikogruppen, og i Norge stiger antallet med rundt 1000 nye implantasjoner hvert år (2, 3). I løpet av de siste 20 årene har de psykososiale konsekvensene ved det å leve med ICD fått stadig større oppmerksomhet, og konsekvensen for pasientens livskvalitet vektlegges nå i større grad (2, 4, 5). Dette resulterer i at oppfølging av psykososiale konsekvenser av ICD ble inkludert for første gang i de europeiske retningslinjene som en Klasse 1C-anbefaling i 2015 (6).

BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Fantomsjokk er et fenomen som første gang beskrives i en

FORFATTERE



Hanne Flagtvedt
Spesialsykepleier, Kardiologisk og medisinsk intermedisær overvåking, Haugesund sjukehus



Tone Merete Norekvål
Fag- og forskningsykepleier og professor, Hjerteravdelingen, Haukeland universitetssjukehus og Høgskulen på Vestlandet

rapport fra 1992, hvor det settes i sammenheng med tilpasningsproblemer i forhold til det å leve med ICD. Et fantomsjokk defineres som et pasientrapportert ICD-sjokk som ikke bekreftes objektivt ved ICD-kontroll (7).

Et møte med Jon, som fortalte om sine fantomsjokk og de konsekvensene dette hadde for store deler av hans liv, fremmet behov for kunnskap om og innsikt i fenomenet. Det ble raskt

tydelig at det ikke vektlegges, verken i aktuell faglitteratur eller i klinisk praksis. Det økende antallet pasienter med ICD medfører en stadig større andel med behov for hjelp på akuttmottak, sengeposter og poliklinikker over hele landet (8, 9).

I en tverrsnittsstudie konkluderes det med høyere mortalitet hos ICD-pasienter som har angst og depresjon, og un-

«I tillegg til medisinsk behandling har pasienten behov for støtte til å finne mening og håp.»

derstreker dermed alvorlighetsgraden ved psykososiale problemer hos disse pasientene (10). Stor uoverensstemmelse mellom konsekvenser for pasient og samfunnsøkonomi kontra omtale og oppmerksomhet i fagmiljøet dannet grunnlaget for denne artikkelen.



SJOKK: Fantomsjokket kommer plutselig og kan virke skremmende for personer med implantert hjertestarter. Det oppleves som et reelt sjokk, men blir ikke registrert av enheten. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Hensikten med artikkelen er å undersøke om psykososiale konsekvenser av fantomsjokk kan reduseres, og besvares ved hjelp av følgende problemstilling: Hvordan redusere psykososiale konsekvenser av fantomsjokk hos pasienter med implantert hjertestarter (ICD)?

HVA GJØR HJERTESTARTEREN?

En implanterbar cardioverter defibrillator (ICD) inneholder avanserte systemer for å oppdage, analysere og behandle rask arytm. Arytmi kan når som helst oppstå og overraske pasienten med et rettmessig ICD-sjokk. Til tross for at det stadig gjøres nye fremskritt i programmeringen, er det i tillegg risiko for urettmessige sjokk (8).

ICD-pasientene er en stor, heterogen gruppe med uttalte forskjeller i sykdomsbilde og helsestatus. Behovet for individuell tilnærming og pasientfokuseret behandling er derfor stort, og krever høy kompetanse hos sykepleier (11).

FANTOMSJOKK

Fantomsjokk er opplevelsen av et ICD-sjokk som ikke bekreftes objektivt ved kontroll av enheten. Et liknende, mer kjent fenomen er fantomsmerter. Det er en nevropatisk smertetilstand som oppstår etter amputasjon, og 5–10 prosent opplever at smertene blir kroniske. I likhet med fantomsjokk er fantomsmerter assosiert med økt grad av depresjon og håpløshet (14).

Det er anslått at 5–10 prosent av pasienter med ICD

opplever fenomenet (15–17). En hendelse med fantomsjokk kan ikke måles objektivt, og krever at pasienten selv må melde fra for å få det dokumentert. Antakelig resulterer dette i underestimering av forekomst (18, 19).

En caserapport beskriver en kvinnelig pasient med daglige fantomsjokk som hadde så store konsekvenser at det resulterte i selvmordsforsøk. Hun mistet alt håp om bedring

«Som ytterste konsekvens mistet de tillit til sin hjertestarter.»

da hun ble fortalt at sjokkene ikke var registrert. Pasienten hadde ingen psykisk lidelse før ICD-innleggelsen, og dette belyser hvor traumatisk fenomenet kan være for pasienter uansett psykososialt utgangspunkt (20).

PSYKOSOSIALE KONSEKVENSER

Jon forstår ikke oppstyret rundt ham og føler at dette ikke skjer med ham. I dusjen hører han en hul lyd når vannet treffer huden over boksen. Det minner ham stadig på det som har skjedd, men han er ikke redd. Jon er uheldig med hjertestarteren og opplever elektrisk storm med ni urettmessige sjokk. I tillegg gjennomgår han flere rettmessige sjokk.

Generelt er ICD-behandling godt akseptert av pasientene, og assosiert med bevart og i noen tilfeller forbedret livskvalitet (4, 21–23). Likevel opplever 10–46 prosent av pasientene ICD-relatert angst og depresjon (4, 5, 10, 24, 25).

FAKTA

Angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse hos ICD-pasienter

Angst og depresjon

- Angst er et kjent fenomen hos pasienter med ICD og assosieres med dårligere helse (22).
- Manglende ICD-aksept, ICD-bekymring og tidligere angst og depresjon sees på som risikofaktorer (21).
- Symptomer som angst og depresjon har negativ påvirkning på arytmi og mortalitet (4, 10, 21, 22).
- Bekymringer rundt det å leve med ICD må håndteres så tidlig som mulig for å redusere psykiske konsekvenser av behandlingen (11, 25).
- Sykepleie som vektlegger tydelig og støttende kommunikasjon, kan øke ICD-aksepten (23).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

- PTSD defineres som en psykisk reaksjon på en traumatisk krise.
- Pasientene gjenopplever traumet gang på gang gjennom «flashbacks», drømmer eller mareritt.
- Det å være utsatt for traumatisk krise er et hovedkriterium for å oppnå diagnosen PTSD, og pasienter med ICD lever hver dag i risiko for elektrisk storm, urettmessige sjokk og plutselig hjertestans (27).
- PTSD-symptomer hos pasienter med ICD resulterer i økt mortalitet (24).

Psykisk respons på ICD-behandling kan variere fra milde reaksjoner til klinisk alvorlige utfall. ICD-sjokk og elektrisk storm er kritiske hendelser som åpenbart kan påvirke pasientens tilpasning til hjertestarteren (24).

American Heart Association (AHA) kom i 2012 med konkrete anbefalinger for klinisk praksis med formål om å bedre psykologisk utfall hos pasienter med ICD. Anbefalingene er knyttet til tiden før implantasjon til forhold ved livets slutfase. Skreddersydd informasjon, som vektlegger kunnskap om ICD-ens fordeler og konsekvenser, er av stor betydning gjennom hele pasientforløpet (11, 24, 25). Organisererte samtalegrupper med fokus på informasjon og mestringsstrategier er også anbefalt (11, 24). Effekten av slik intervensjon er bekreftet ved redusert grad av angst og depresjon (4, 25). Dette understreker behovet for tidlig, individuell og pasientsentrert intervensjon.

Graden av profesjonell støtte kan være avgjørende for pasientens helse (10). Imidlertid kan barrierer som økonomi og tidspress i helsevesenet gjøre en slik prosess utfordrende (5, 23).

Studier konkluderer med store sprik i behov for psykologisk behandling versus faktisk tilbudt og gjennomført behandling (4, 11). I en metasyntese påpekes det

at helsepersonell har en tendens til å vektlegge vitenskapelige og kliniske aspekter, i stedet for pasientens faktiske bekymring. Dette kan påføre pasienten ytterligere psykisk belastning (26). Behovet for mestring er en prosess pasienten må forholde seg til resten av livet, da kritiske hendelser som sjokk eller elektrisk storm kan oppstå når som helst og påvirke pasientens psykiske helse (24).

HELSEFREMMEDE ARBEID

Helseforetakene er gjennom lov om spesialisthelsetjenester pålagt å bidra til å fremme helse og forebygge sykdom (28). Helse er definert som mer enn bare fravær av sykdom. Sentralt i helsebegrepet står mestring og evnen til å fungere med de utfordringene som livet fører med seg. I tillegg til medisinsk behandling har pasienten behov for støtte til å finne mening og håp. Et slikt helhetlig syn på helse innebærer fokus på pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter.

Det å utvikle en helseatferd som forhindrer sykdomsutvikling og medfører bedret helse og livskvalitet, sees på som selve målet i det helsefremmende arbeidet. Å finne mening anses som en beskyttende faktor mot psykososiale problemer som depresjon og håpløshet, og er derfor essensielt for pasientens psykologiske funksjon. Evnen til å reagere på ulike belastninger har konsekvenser for pasientens totale helse, og

sykepleier kan bidra til at pasientens helseatferd får positive konsekvenser. Pasientmedvirkning og samarbeid er avgjørende i en prosess mot endring av atferd, og står derfor sentralt i det helsefremmende arbeidet (11, 29).

Tradisjonelt har fokuset innen helsevesenet vært å fjerne sykdom, men parallelt med dette kan sykepleier hjelpe pasienten å fungere til tross for sine utfordringer. Ettersom pasienter med ICD er i en kontinuerlig tilpasningsprosess over tid, blir dette svært viktig i møte med denne pasientgruppen. Antonovsky har utviklet den salutogene helseteori med fokus på det som skaper helse. Sentrale begrep i salutogenesen er mestring og mening (29). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) har pasienten selv ansvar for sin egen helse (30). Gjennom empowerment, brukermedvirkning og styrket resiliens kan forholdene legges til rette slik at pasienten oppnår nettopp dette (29).

HVORDAN OPPSTÅR FANTOMSJOKK?

Etter hvert våkner Jon om nettene av at han kjenner innslag fra hjertestarteren. En kardiolog forteller at sjokkene ikke er registrert, og de betegnes som fantomsjokk. Jon beskriver en intens «ball av følelser», og han føler seg dum som ikke

har kontroll over seg selv.

Flere forskere har søkt etter årsaksmekanismer og eventuelle disponerende faktorer for fantomsjokk. En studie fant sammenheng mellom objektiv sjokkterapi, DFT-testing og fantomsjokk. Her sammenliknes fantomsjokk med PTSD, og felles patofysiologi antydes: Et ICD-sjokk kan skape stress og føre til en «ond sirkel», hvor hendelsen ubevisst lagres i hukommelsen. Reaktivering av minne kan derfor oppstå ved ulike situasjoner og resultere i fantomsjokk. Også signifikant høyere prevalens av psykososiale plager ble funnet hos pasienter med fantomsjokk, men studiens retrospektive design

«Det å oppleve fantomsjokk er rapportert å være minst like traumatiserende som objektive sjokk.»

hindret forskerne i å konkludere med årsaksforhold (19).

Økt risiko for fantomsjokk etter objektive sjokk antydes også i en annen studie, men heller ikke denne kan konkludere med årsaksforhold på grunn av design og høy risiko for underrapportering av fantomsjokk (15). Jon gjennomgår flere objektive sjokk før han utvikler fantomsjokk, noe som understøtter tendensen. To andre studier fant derimot ingen signifikant forskjell mellom tidligere objektive sjokk og

ICD-enhetens funksjon

Terapier og terapimål

- En ICD-enhet observerer og analyserer hjerterytmene kontinuerlig, og ut fra hjerterytmene kan flere terapier utføres.
- Raske, alvorlige rytmer behandles med elektrostimulering eller elektrisk sjokk.
- Synker hjerterytmene under en programmert grense, stimulerer ICD-enheten hjertet som en pacemaker (12).
- Dersom pasienten opplever tre innslag eller mer i løpet av 24 timer, er han inne i en såkalt elektrisk storm, som krever akutt innleggelse (13).
- Urettmessige sjokk skyldes hovedsakelig at

ICD-enheten feiltolker signaler fra forkamrene, overfølsomhet av normale EKG-signaler eller T-bølge-oversensning (6).

Indikasjon for ICD

- Deles inn i primær- og sekundærforebyggende indikasjon.
- Primær forebyggende indikasjon: pasienter med høy risiko for plutselig hjertedød, men som ikke nødvendigvis har symptomer eller opplever seg som syke. For eksempel ved påvist syndrom med økt risiko for plutselig hjertedød, eller ved forstørret hjerte og hjertesvikt.

- Sekundærforebyggende indikasjon: Pasienter som har overlevd en hendelse med alvorlig arytmi som ikke kan forklares av forbigående tilstander, som for eksempel et hjerteinfarkt (2).

Defibrillation threshold testing (DFT)

- ICD-enhetens defibrilleringsevne testes ved å indusere hjertestans i narkose.
- Det er uvisst om teststøtene er skadelige, og lite dokumentasjon om nytteverdi foreligger.
- Tidligere var det vanlig å utføre DFT under implantasjon, men flere sentre har nå rutinemessig sluttet med DFT-testing (2).

Resiliens og empowerment

Resiliens

- Defineres som evnen til å tilpasse seg stress og opprettholde normal fysisk og psykisk funksjon.
- Anses som en viktig faktor i situasjoner som medfører stor risiko for utvikling av psykopatologi.
- Sykepleier kan fremme resiliens gjennom å identifisere pasientens egne styrker og ressurser.
- Som resultat av styrket resiliens kan et krevende pasientforløp ta en mer positiv retning (31, 32).

Empowerment

- En prosess som skal øke pasientens evne til å tenke kritisk og ta egne, veloverveide valg.
- Målet er mestring, som kan defineres som opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og oppnå kontroll over eget liv.
- Undervisning og veiledning er konkrete intervensjoner for å fremme empowerment (33).
- For at pasientens egen mestringsprosess skal lykkes, må den baseres på samarbeid, respekt og tillit for både pasient og sykepleier (30).

fantomsjokk (17, 34). Disse studiene inkluderte imidlertid ikke DFT-testing, noe som kan tenkes å forklare uoverensstemmelse i funnene.

Kun objektive sjokk er funnet som risiko for å utvikle fantomsjokk. Flere studier enes om at det per nå ikke er funnet andre disponerende faktorer (15–17). Manglende evidens i forhold til årsaksforhold medfører et behov for sykepleie som styrker pasientens evne til å mestre fantomsjokk. Her kan fokus på resiliens og empowerment tenkes å være av stor betydning.

DET FØLES HELT EKTE!

Hver natt våkner Jon av et smell i brystet, dyvåt av svette. Sjokkene føles 100 prosent ekte. Smaken av amalgam sitter i, og kroppen er i krise. Han sover kun tre til fire timer hver natt, noe som kraftig reduserer hans livskvalitet. Fantomsjokkene kommer også om dagen, relatert til bestemte steder. Han unngår disse stedene, og blir redd for situasjoner hvor han risikerer å sovne blant folk.

Gjennom systematisk litteratursøk ble det funnet én studie med fokus på pasientenes subjektive opplevelse av fantomsjokk. Her fremheves tre hovedtendenser: fantomsjokk som somatisk opplevelse, følelsesmessig påvirkning av fantomsjokk og pasientens søk etter mening. Følelsen og påvirkningen fantomsjokket hadde, ble beskrevet som slående lik objektive sjokk. Det at pasientene ikke klarte å skille mellom de ulike sjokkene, resulterte i engstelse



HJERTESTARTER: En implementert hjertestarter overvåker hjerteslagene og avgir elektriske sjokk for å gjenopprette normal hjerterytmene om nødvendig. Foto: Science Photo Library / NTB Scanpix

og usikkerhet i forhold til fremtidige sjokk. Flere uttrykte angst på bakgrunn av at det traumatiske de hadde opplevd, ikke var registrert. Som ytterste konsekvens mistet de tillit til sin hjertestarter (9).

Dette samsvarer med Jons beskrivelse av sine fantomsjokk. Forskerne benyttet mikset metode, noe som kan sikre bredde og dybdeforståelse av fenomenet. Til tross for dette har studien klare begrensninger. Kun menn ble rekruttert,

og utelukker dermed generalisering til kvinnelige pasienter. I tillegg var gruppene små, noe som kan medføre at signifikante effekter i forhold til psykososiale variabler ikke ble oppdaget. Forskerne har likevel bidratt til økt innsikt i og forståelse av fenomenet.

Forskning viser at pasienter med fantomsjokk opplever økt grad av psykososiale problemer. At sykepleier har kunnskap om fantomsjokk og effekten det har på pasientene, er essensielt (6, 9, 24). Fokus på kunnskap og samarbeid kan skape tillit og fremme pasientens egen mestringsevne (11, 30).

LIVSLANG TILPASNING

Etter en lang periode hvor Jon forsøker å takle fantomsjokkene selv, forteller han en ansatt på sykehuset om problemene sine. Den ansatte reiser seg for å gå, og sier at det finnes mange psykologer i Gule Sider. Jon mister tilliten til helsevesenet, blir likegyldig og slutter å møte opp til ICD-kontroll. Han føler seg som «bare 60 prosent menneske».

Pasienten må stole på hjertestarterens livreddende evne, i tillegg til å måtte lære seg å leve med den. Dette stiller et stort og potensielt livslangt tilpasningskrav til pasienten.

En prospektiv studie undersøkte sammenhengen mellom psykologiske aspekter og fantomsjokk. Hypotesen var at pasienter med tidligere angst eller depresjon, eller symptomer på dette ved implantasjonstidspunktet, har økt risiko for fantomsjokk i løpet av de første to årene. Ingen signifikante sammenhenger ble funnet, og hypotesen ble avkreftet (16).

Dette resultatet samsvarer med en annen tidligere publisert studie (15). Et slikt resultat kan antyde at psykososiale plager skyldes belastningen ved det å oppleve fantomsjokk, ikke omvendt. Dette er av stor klinisk betydning, da det viser behovet for tidlig intervensjon hos disse pasientene. På den andre siden er kun alder og kjønn tatt med som demografiske variabler, og andre variabler kan tenkes å spille en rolle i utviklingen av fantomsjokk. Gruppen med fantomsjokk var i tillegg liten, noe som kan tenkes å være en årsak til at funnene ikke var signifikante (16).

Det å oppleve fantomsjokk er rapportert til å være minst like traumatiserende som objektive sjokk, og medfører store konsekvenser for pasientens hverdag (9, 19). Det øker sårbarheten og kan resultere i redusert tillit til ICD-ens funksjon. Det å stole på apparatet er rapportert til å være av grunnleggende betydning for at ICD-pasienten skal lære seg å leve med den (9). Jon hadde ikke psykososiale plager i forkant av implantasjonen, men ble nedstemt og distansert i etterkant. Det kan tenkes at fokus på helsefremming i tidlig fase kunne styrket Jons mestringsevner og redusert de negative konsekvensene av hans fantomsjokk.

KAN FANTOMSJOKK FORHINDRES?

Jon jakter lenge på noe som kan fjerne fantomsjokkene hans. Det opptar store deler av hans tid og krefter. Han forsøker psykolog og samtalegrupper, men uten effekt. Etter mange år slutter Jon å lete etter behandling, og innser at fantomsjokkene ikke er hans feil. Likevel har de fremdeles stor innvirkning på hans livskvalitet.

En randomisert kontrollert studie undersøkte effekten av et rehabiliteringstilbud på fantomsjokk. Forskerne konkluderte med at intervensjon ikke hadde reduserende effekt på fenomenet. Funnet er interessant, men må tolkes på bakgrunn av flere svakheter. Den største begrensningen er intervensjonen, som i utgangspunktet var utviklet for ICD-pasienter generelt, ikke pasienter med fantomsjokk spesielt (17).

En annen studie foreslår bruk av flere ulike intervensjoner for å bryte fantomsjokkets «onde sirkel», deriblant informasjon og stressmestring (19). Fokus på pasientinformasjon og stressmestring samsvarer med ESCs retningslinjer og AHAs anbefaling, og er derfor viktig i klinisk praksis (6, 24). Ingen av studiene har imidlertid prospektivt studert effekten av intervensjon med utfallsmål rettet mot fantomsjokk.

SYKEPLEIERE KAN BIDRA

Det er tydelig at fantomsjokk kan sette pasientens oppfatning av hvordan det er å leve med ICD, på prøve, og gjøre hverdagen uforutsigbar. Pasienten kan oppleve angst, depresjon og PTSD, med økt mortalitet som ytterste konsekvens.

Det er fremdeles uklart om fantomsjokk kan forhindres gjennom intervensjon. Det å begrense konsekvenser av fenomenet er derfor svært viktig. Ingen av studiene har fokusert direkte på helsefremming og fantomsjokk. Imidlertid har fokus på undervisning og veiledning generelt vist å kunne styrke pasientens egen resiliens og mestringsevne (31). Arbeid med helsefremming kan derfor være av stor betydning for denne pasientgruppen. Ved å møte pasienten med forståelse og kunnskap allerede første gang et fantomsjokk registreres, kan sykepleier legge grunnlaget for positiv helseatferd (11). På den måten kan det tenkes at sykepleier kan bidra til å redusere psykososiale konsekvenser av fantomsjokk.

Behovet for større, prospektive intervensjonsstudier rettet mot fantomsjokk er imidlertid tydelig, og viser vei for fremtidig forskning. ●

Takk til Jon, som har delt av sine erfaringer og tillatt oss å bruke utdrag fra samtale i denne artikkelen. Navn og steder er oppdiktet for å skjerme pasienten.

REFERANSER

1. Böcker D, Scwang I. Applied defibrillation therapy. 1. utg. Bremen: UNI-MED; 2011.
2. Steen T, Platou ES. Implanterbar cardioverter defibrillator. I: Platou ES, Steigen T, Sirnes PA, Gjesdal O, Lønnebakken MT, Steen T, red. Kardiologiske metoder. 7. utg. Oslo: Norsk kardiologisk selskap; 2014. s. 225.
3. Steen T, Platou ES. Norsk pacemaker og ICD-statistikk for 2016 [Internett]. Oslo: Den norske legeförening; 20.05.2017 [siteret 06.08.2019]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-cardiologisk-selskap/Hjerteforum/1b-2017/b/Hjerteforum-nr-2-2017/>
4. Hoogwegt M, Theuns DAMJ, Jordaens L, Kupper N, Zijlstra WP, Pedersen SS. Undertreatment of anxiety and depression in patients with an implantable cardioverter-defibrillator: impact on health status. *Health Psychology*. 2012;31(6):745–53.
5. Sears SF, Matchett M, Conti JB. Effective management of ICD patient psychosocial issues and patient critical event. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2009 november;20(11):i297–304.
6. Priori SG, Blomstrom-Lundqvist C, Mazzanti A, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2015 november;36(41):2793–867.
7. Kowey PR, Marinchak RA, Rials SJ. Things that go bang in the night. *N Engl J Med*. 1992 desember;327:1884.
8. Braunschwieg F, Boriani G, Bauer A, Hatala R, Herrmann-Lingen C, Kautzner J, et al. Management of patients receiving implantable cardiac defibrillator shocks. *Europace*. 2010 desember;12(12):1673–90.
9. Bilanovic A, Irvine J, Kovacs AH, Hill A, Cameron D, Katz J. Uncovering phantom shocks in cardiac patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2013 juni;36(6):673–83.

10. Berg SK, Thygesen LC, Svendsen JH, Christiansen AV, Zwisler A-D. Anxiety predicts mortality in ICD patients: Results from the Cross-Sectional National CopenHeart ICD Survey with Register Follow-up. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2014 juli;37(12):1641–50.
11. Norekvål T, Kirchhof P, Fitzsimons D. Patient-centred care of patients with ventricular arrhythmias and risk of sudden cardiac death: What do the 2015 European Society of Cardiology guidelines add? *Eur J of Cardiovasc Nurs*. 2017 mars;16(7):558–64.
12. Norsk cardiologisk selskap. Å leve med hjertestarter [internett]. Oslo: Den norske legeförening [siteret 14.08.2017]. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeföreningen.no/Sok/?searchPhrase=å+leve+med>
13. Stokland O, Bendz B, red. *Kardiovaskulær intensivmedisin*. 3. utg. Oslo: Cappelen; 2015.
14. Kuffler DP. Coping with phantom limb pain. *Mol Neurobiol*. 2018 januar;55(1):70–84. Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12035-017-0718-9> (nedlastet 06.08.2019).
15. Kraaier K, Starrenburg AH, Verheggen RM, van der Palen J, Scholten MF. Incidence and predictors of phantom shocks in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Neth Heart J*. 2013 april;21(4):191–95.
16. Starrenburg A, Kraaier K, Pedersen S, Scholten M, van der Palen J. Psychological indices as predictors for phantom shocks in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2014 juni;37(6):768–73.
17. Berg SK, Moons P, Zwisler A-D, Winkel P, Pedersen BD, Pedersen PU, et al. Phantom shocks in patients with implantable cardioverter defibrillator: results from a randomized rehabilitation trial (COPE-ICD). *Europace*. 2013 oktober;15(10):1463–7.
18. Mass AH. Phantom shocks: innocent bystander or complication of implantable cardioverter defibrillator therapy? *Neth Heart J*. 2013 april;21(4):189–90.
19. Jacob S, Panaich SS, Zalawadiya SK, McKelvey G, Abraham G, Aravindhakshan R, et al. Phantom shocks unmasked: clinical data and proposed mechanism of memory reactivation of past traumatic shocks in patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol*. 2012 august;34(2):205–13.
20. Lundberg AB, Bowen BS, Baumgart PM, Caplan JP. Phantom shocks and automated implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics*. 2015 februar;56(1):94–7.
21. Lang S, Becker R, Wilke S, Hartmann M, Herzog W, Löwe B. Anxiety disorders in patients with implantable cardioverter defibrillators: Frequency, Course, Predictors, and Patients' Request for Treatment. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2014 januar;37(1):35–47.
22. Habibovic M, Denollet J, Pedersen SS. Posttraumatic stress and anxiety in patients with an implantable cardioverter defibrillator: trajectories and vulnerability factors. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2017 februar;40(7):817–23.
23. Morken IM, Norekvål TM, Bru E, Larsen AI, Karlsen B. Perceptions of healthcare professionals' support, shock anxiety and device acceptance among implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Adv Nurs*. 2014 januar;68(8):2061–71.
24. Dunbar SB, Dougherty CM, Sears SF, Carroll DL, Goldstein NE, Mark DB, et al. Educational and psychological interventions to improve outcomes for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their families. *Circulation*. 2012 september;126:2146–72.
25. Pedersen S, van Domburg RT, Theuns DAMJ, Jordaens L, Erdmann RAM. Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: a determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks. *Am Heart J*. 2005 april;149(4):664–9.
26. Ooi SL, He H-G, Dong Y, Wang W. Perceptions and experiences of patients living with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review and meta-synthesis. *Health and Quality of Life outcomes*. 2016 november;14:160.
27. Snoek JE, Engedal K. *Psykologi: kunnskap, forståelse, utfordringer*. 2. utg. Oslo: Akribe Forlag; 2000.
28. Helsedirektoratet. Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2015 [internett]. Oslo: Helsedirektoratet [siteret 31.08.2017]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriteringer-pa-helse-og-omsorgsomradet>
29. Norekvål TM, Erntsen L, Gjeilo KH. *Helsefremming blant hjertesyke i sykehus*. I: Haugan G, Rannestad T, red. *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm; 2016.
30. WHO. *Promoting Mental Health* [internett]. Sveits; World Health Organization; 2005 [siteret 26.09.2017]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
31. Moksnes UK, Eilertsen ME. Resiliens. I: Haugan G, Rannestad T, red. *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm; 2016.
32. Liu J-C, Chang L-Y, Wu S-Y, Tsai P-S. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2015 juli;52(12):1846–53.
33. Tveiten S. Empowerment som helsefremmende strategi i sykehuset. I: Haugan G, Rannestad T, red. *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm; 2016.
34. Prudente LA, Reigle J, Bourguignon C, Haines DE, DiMarco JP. Psychological indices and phantom shocks in patients with ICD. *J Interv Card Electrophysiol*. 2006 august;15(3):185–90.



Takk, bare bra?

Et kurs i forebygging og mestring av depresjon for eldre

”Takk, bare bra...” (Tbb) er et kurs i forebygging og mestring av depresjon, spesifikt rettet mot personer over 60 år. Kurset bygger på kognitive metoder, og er basert på kunnskap og erfaringer fra KiD (Kurs i depresjonsmestring).

Bli Tbb-kursleder!

Kurslederopplæringen vil gi deg kompetanse og sertifisering til selv å holde Tbb-kurs, enten det er i egen kommune, virksomhet eller foretak. Opplæringen foregår over fire dager, basert på forelesninger, gruppeøvelser og trening som kursleder. Dersom du har godkjenning som KiD-instruktør kan du delta med reduserte antall kursdager. For å bli kursleder må du være helsepersonell med minimum treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning.

Opplæringen holdes av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune. Opplæringen skjer hver vår og høst. Kontakt oss, eller besøk vår hjemmeside for mer informasjon om kurslederopplæringen, datoer, pris og påmelding!

Kurset går over 4 dager, 14- 17 oktober.



www.oslo.kommune.no/sff



sff@sy.e.oslo.kommune.no



@SFFOslo



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Derfor skrev jeg
denne artikkelen



Hanne Flagtvedt

Spesialsykepleier,
Kardiologisk og medisinsk intermediaer
overvåking, Haugesund sjukehus

Kort tid etter at jeg begynte å jobbe med ICD-pasienter – pasienter som får implantert hjertestarter – tok en kollega meg med på en samtale med Jon, pasienten jeg skriver om i min artikkel. Min kollega startet med hjemmemonitorering av ICD-pasienter i Haugesund, og ønsket at jeg fikk høre om fenomenet fantomsjokk.

Jons historie engasjerte meg, og jeg kjente at min kompetanse kom til kort i møte med ham. Jeg ble overrasket over hvor lite fenomenet var beskrevet i fag- og forskningslitteraturen, til tross for at det har vært kjent siden tidlig på 90-tallet. Jeg ønsket derfor å samle tilgjengelig teori og knytte den sammen med

Jons historie for å øke egen forståelse for fenomenet.

ICD-pasienter er en variert gruppe med store forskjeller i sykdomsbildet. Det er viktig for pasienten at sykepleiere anerkjenner disse forskjellene og

«ICD-pasienter er en variert gruppe med store forskjeller i sykdomsbildet.»

har kunnskap om eventuelle utfordringer som kan påvirke pasientens livskvalitet.

I senere tid har jeg møtt andre pasienter med fantomsjokk, noe som forsterker ønsket om å gjøre fenomenet kjent for helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen. ●

FINN LEDIGE STILLINGER PÅ SYKEPLEIEN.NO



ADMINISTRERENDE DIREKTØR

SØKNADSRIST: 20.09.2019
STED: OSLO



ADMINISTRERENDE DIREKTØR

SØKNADSRIST: 30.09.2019
STED: MØRE OG ROMSDAL



BEHANDLINGSHJEMS- KONSULENT

100 %

SØKNADSRIST: 10.09.19
STED: AKERSHUS



ASSISTANT PROFESSOR(S)

The Department
of Public Health

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: FØRDE



SYKEPLEIER

1 x 100 % fast
1 x 100 % vikariat

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: STRYN



STOMISYKEPLEIER

100 % (fordelt 50 %
på stomipoliklinikk og 50 %
på sengepost)

SØKNADSRIST: 15.09.19
STED: TØNSBERG



FORSKNINGSSYKE- PLEIER/BIOINGENIØR

Engasjement 100 %

SØKNADSRIST: 16.09.19
STED: OSLO



INTENSIVSYKEPLEIER

Ekstravakt ved PO/
intensiv i Akuttklinikken

SØKNADSRIST: 30.12.19
STED: OSLO



SEKSJONSKONSULENT - ARA KONNERUD

Klinikk for psykisk helse
og rus i Vestre Viken HF

SØKNADSRIST: 01.10.19
STED: DRAMMEN



AUTORISERT SYKEPLEIER

Fast 65,73% stilling på natt
med hver 3.helg

SØKNADSRIST: 08.09.19
STED: TRONDHEIM



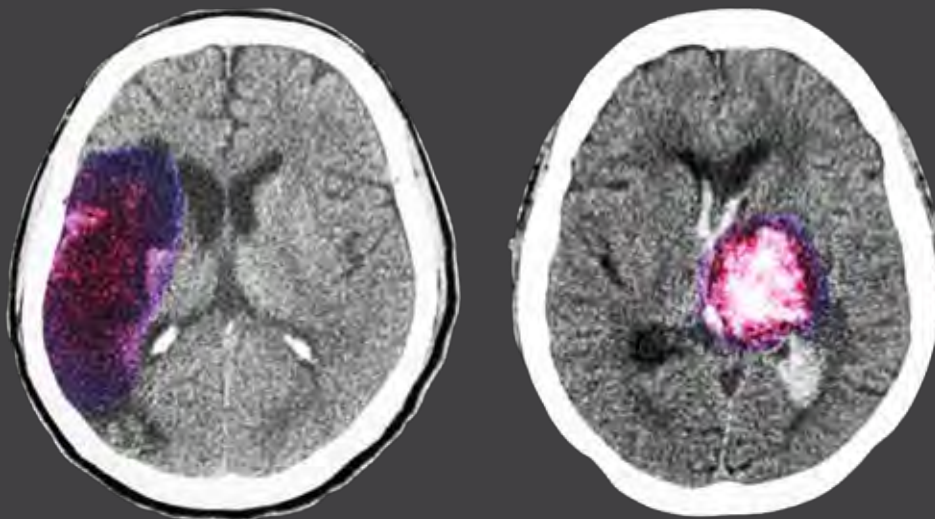
AVDELINGSLEDER 2 X 100 %

Barne- og familietjenesten

SØKNADSRIST: 12.09.19
STED: BERGEN



Skann qr-kode for flere
ledige stillinger på nett



KAN FORÅRSAKE FATIGUE: Hvert år rammes 15 000 personer av hjerneslag i Norge. CT-skanningen viser hjerneslag på grunn av cerebralt infarkt (t.v.) og intracerebral blødning (t.h.). Illustrasjonsfoto: Puwadol Jaturawutthichai / Mostphotos

FORFATTERE

Silje Christin Wang Linnerud
Høgskolelektor, Lovisenberg
diakonale høgskole

Line Kildal Bragstad
Postdoktor og førsteamanuensis,
Seksjon for forskning og utdanning,
Geriatrisk avdeling, Oslo universitets-
sykehus og Avdeling for sykepleie-
vitenskap, Universitetet i Oslo

NØKKELORD

▶ Fatigue ▶ Hjerneslag ▶ Prevalens
▶ Måleinstrument ▶ Tverrsnittsstudie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2019.76701

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Fatigue er et fremtredende symptom som ofte rammer hjerneslagpasienter. Fatigue karakteriseres som vedvarende tretthet, utmattelse og redusert energikapasitet og assosieres ofte med nedsatt livskvalitet. Tidligere studier viser stor variasjon i assosierte faktorer og forekomsten av fatigue etter hjerneslag (PSF, post-stroke fatigue).

Hensikt: Å undersøke om det er sammenheng mellom fatigue etter hjerneslag og sosiodemografiske, medisinske og kliniske karakteristika i et norsk utvalg.

Metode: Tverrsnittsstudie som inkluderte 321 hjerneslagpasienter rekruttert fra 11 sykehus i Norge i perioden 2014–2016. Vi foretok datainnsamling med strukturert spørreskjema i individuelle intervjuer 4–6 uker etter hjerneslaget. Fatigue ble målt med en kortversjon av Fatigue Questionnaire (FQ). Vi benyttet multivariat logistisk regresjonsanalyse i denne studien.

Resultat: Prevalensen av fatigue etter hjerneslag var 43,6 prosent i denne studien. Tidligere sykdommer (OR, odds ratio = 4,99), depresjon (OR = 4,47), omsorgsansvar for andre (OR = 2,86) og hjerneslagets alvorlighetsgrad (OR = 1,16) var faktorer som økte oddsene for å oppleve fatigue 4–6 uker etter hjerneslag.

Konklusjon: Studien støtter tidligere funn om at fatigue er utbredt etter hjerneslag. Studien identifiserte fire faktorer som økte oddsene for å rapportere om fatigue 4–6 uker etter hjerneslaget. Forekomsten av PSF og hvilke faktorer som er assosiert med PSF, er viktig kunnskap for sykepleiere og annet helsepersonell for å identifisere hvem som kan trenge oppfølging knyttet til fatigue etter hjerneslag.

Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag

Når sykepleiere og helsepersonell vet hvem som er spesielt sårbare for fatigue etter hjerneslag, kan disse pasientene få riktig oppfølging til riktig tid.

Hvert år rammes cirka 15 000 personer av hjerneslag i Norge (1). Fatigue forekommer ofte som en subjektiv opplevd tilstand etter hjerneslag ledsaget av sterkt redusert energikapasitet, kalt post-stroke fatigue (PSF) (2, 3). I den norske befolkningen opplever rundt 10 prosent utmattelse eller fatigue (4), men forekomsten av fatigue etter hjerneslag er høyere (3).

Hjerneslag er den hyppigste årsaken til funksjonsnedsettelse hos eldre, men adekvat og tidlig rehabilitering styrker mulighetene til å gjenvinne funksjoner i dagliglivet (1). Mange pasienter opplever stor fremgang ved målrettet rehabilitering, men studier viser at PSF kan vedvare i flere år (5, 6). Studier har også vist at PSF kan oppstå på ulike tidspunkter i forløpet etter et hjerneslag (7).

PSF assosieres med nedsatt livskvalitet, redusert grad av opplevd mestring (8), redusert mulighet til å utføre daglige gjøremål (9) samt tap av kontroll i livet (10).

Hva er fatigue?

Schillinger og Becker (3) foreslår at fatigue kan defineres som «en subjektiv opplevelse av langvarig eller stadig tilbakevendende tretthet og redusert kapasitet for mental og/eller fysisk aktivitet». PSF er en tilstand som kjennetegnes av utmattelse og en utstrakt energitomhet som ofte opptrer uten forutgående fysisk eller mental anstrengelse (3).

Årsaken til PSF er ukjent, men PSF har trolig en sammensatt årsaksforklaring (11). Hvilke medisinske og sosiodemografiske faktorer som er assosiert med PSF, er uklart ettersom tidligere studier preges av motstridende funn (3,

8, 12, 13). PSF assosieres imidlertid ofte med smerter og søvnforstyrrelser (8) og er sterkt assosiert med depresjon (8, 9, 14) og angst (8, 10, 14).

Det er usikkert om sosiodemografiske faktorer som alder, kjønn, sivilstand, bosituasjon (bor alene eller ikke), utdanning og gjenopptakelse av lønnet arbeid er assosiert med PSF (3, 8). Funn fra tidligere forskning er også motstridende når det gjelder assosiasjonen mellom PSF og nevropsykologiske faktorer, slik

«Det var 43,6 prosent som rapporterte om PSF 4–6 uker etter hjerneslaget.»

som hjerneslagets lokalisasjon, type og alvorlighetsgrad (3, 8).

Hvordan måles fatigue?

Prevalensen av PSF fra tidligere studier varierer. Tre systematiske oversiktsartikler med 71, 16 og 22 inkluderte studier viser en prevalens på henholdsvis 51–72 prosent (3), 29–70 prosent (12) og 25–35 prosent (13) for PSF. Oversiktsartiklene påpeker at ulike definisjoner av PSF anvendes, og at prevalensmål varierer etter hvilken operasjonalisering av PSF som benyttes.

Det finnes flere måleinstrumenter for å måle fatigue (15), men ingen for fatigue spesifikt etter hjerneslag. Fatigue er en subjektiv opplevelse som bare kan rapporteres av pasienten selv, og derfor benyttes instrumenter for selvrapporing. Ofte benyttes ulike skalaer for å måle PSF, men det finnes ingen fastsatt grense for fatigue (3), noe som kan

komplisere tolkningen av data fra denne typen måleinstrumenter.

Hensikten med studien

Årsaken til PSF er uklar, behandlingen er begrenset, og det er betydelig sprik i prevalensstall for PSF (3). Tidligere forskning identifiserer at det tydelig er behov for mer forskning for å sikre pasientene best mulig oppfølging (3, 8, 16). Kunnskap om hvor mange og hvem som strever med PSF, er derfor nødvendig for å kunne tilby disse pasientene målrettet helsehjelp.

Hensikten med denne studien er å undersøke om det er sammenheng mellom fatigue etter hjerneslag og sosiodemografiske, medisinske og kliniske karakteristika i et norsk utvalg.

METODE

Design og utvalg

Denne studien er en tverrsnittsstudie som anvender data fra en randomisert, kontrollert studie (RCT, randomised controlled trial) som undersøkte effekten av en psykososial intervensjon for hjerneslagpasienter (17). Utvalget i tverrsnittstudien består av pasienter som har hatt hjerneslag, rekruttert fra elleve sykehus i Sørøst-Norge i perioden november 2014 til november 2016.

Det var 353 pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene og samtykket til å delta i studien (figur 1). Vi registrerte et frafall på 31 deltakere mellom rekrutteringen og datainnsamlingen. Én deltaker unnlot å svare på spørsmål om fatigue, derfor ble totalt 321 deltakere inkludert i tverrsnittstudien vår.

Datainnsamling og instrumenter

Vi samlet inn datamaterialet 4–6 uker

etter hjerneslaget ved å bruke et strukturert spørreskjema i individuelle intervjuer. Spørreskjemaet besto totalt av seks måleinstrumenter (17). Av disse seks måleinstrumentene har vi i denne tverrsnittsstudien kun anvendt ett instrument for å måle fatigue og ett for å måle depresjon. Sykepleiere og ergoterapeuter med opplæring i å bruke måleinstrumentene gjennomførte datainnsamlingen.

I tillegg til data om fatigue og depresjon samlet vi inn data om sosiodemografiske karakteristika som alder, kjønn, sivilstand, bosituasjon, utdanning, omsorgsansvar, arbeidssituasjon før og etter hjerneslaget samt medisinske og kliniske data om hjerneslagets alvorlighetsgrad, hjerneslagtype, hjerneslaglokalisasjon, rehabiliteringstjenester og sykdommer før hjerneslaget.

I denne studien målte vi forekomsten av fatigue og operasjonaliserte PSF ved å bruke en kortversjon av Fatigue Questionnaire (FQ), som består av ett ja/nei-spørsmål: «Føler du deg ofte sliten, uopp- lagt med mangel på overskudd?» Ved «ja» stilles et oppfølgingsspørsmål om varigheten av symptomene, med svaralternativene «under 1 uke», «under 1 måned», «1–3 måneder», «3–6 måneder» og «6 måneder eller mer» (4, 18).

Nøkkelordene «ofte», «sliten», «uopp- lagt» og «mangel på overskudd» og den rapporterte varigheten av disse symptomene støtter seg på definisjonen av fatigue som en langvarig og tilbakevendende opplevelse av nedsatt energi og redusert energikapitet sammenliknet med før hjerneslaget (3).

Vi målte depresjon med Yale-Brown single item screening questionnaire (Yale), som består av ett spørsmål: «Føler du deg ofte trist eller deprimert?», med svaralternativene «ja» og «nei» (19). Yale er et instrument for screening av depresjon som er validert for personer med hjerneslag. Instrumentet er vurdert til å ha tilfredsstillende sensitivitet og spesifisitet sammenliknet med mer omfattende instrumenter for å identifisere depresjon (19).

I akuttfasen på sykehuset vurderte sykehuspersonalet slagets alvorlighetsgrad med National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). NIHSS består av 11 kliniske observasjoner som tallfestes og

summeres på en skala fra 0–42. Høyere sumskår angir høyere grad av funksjonsnedsettelse (20).

Analyse og koding

Vi brukte beskrivende statistikk for å beskrive utvalget i denne studien. Multivariat logistisk regresjonsanalyse ble anvendt med PSF (0 = «nei, ingen rapportert fatigue», 1 = «ja, nylig oppstått fatigue») som den avhengige variabelen. PSF ble operasjonalisert ved «1 = ja» på variabelen FQ dersom fatiguesymptomene nylig var oppstått (<3 måneders

«Det var over fire ganger høyere odds for å rapportere om PSF dersom man også rapporterte om depresjon på samme tidspunkt.»

varighet). Deltakere som rapporterte om fatiguesymptomer av lengre varighet (>3 måneder) (n = 35), ble ekskludert fra den logistiske regresjonsanalysen.

Basert på tidligere forskning på faktorer som kan være assosiert med PSF (3, 8, 12, 13, 21), inkluderte vi følgende variabler som uavhengige variabler i den logistiske regresjonen: alder ved innleggelse, kjønn (1 = mann), omsorgsansvar for andre (1 = ja), tidligere sykdom (1 = ja), hjerneslagtype (0 = infarkt, 1 = hjerneblødning), alvorlighetsgrad av hjerneslaget (sumskår på NIHSS) og depresjon (1 = ja).

Arbeidssituasjon etter hjerneslaget (0 = i arbeid, 1 = pensjonert/trygdet/arbeidsledig, 2 = sykemeldt) ble inkludert i modellen for å kontrollere for potensiell konfundering. Utvalget for den logistiske regresjonsanalysen inkluderer kun pasienter med komplette medisinske og kliniske data (n = 209). Vi satte signifikansnivået i alle de statistiske analysene til 0,05. Statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 25.

Forskningsetiske overveielser

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nummer 2013/2047) og

registrert hos Personvernombudet (registreringsnummer 2014/1026) for de helseforetakene som bidro med å rekruttere til studien. Deltakerne ga frivillig samtykke til å være med i studien og kunne når som helst trekke seg uten begrunnelse eller konsekvenser for videre medisinsk oppfølging.

RESULTATER

Beskrivelse av utvalget

Utvalget i denne studien besto av 59,2 prosent menn og 40,8 prosent kvinner, med en samlet gjennomsnittsalder på 66,3 år. Andelen som hadde omsorgsansvar for egne barn eller andre nærstående, var 22,7 prosent (tabell 1).

I 91 prosent av tilfellene var blodpropp årsaken til hjerneslaget, mens 9 prosent skyldtes hjerneblødning. Totalt var medianskåren for hjerneslagets alvorlighetsgrad på NIHSS 3, og interkvartilbredden gikk fra 1–6. Kun 19,3 prosent rapporterte ingen tidligere sykdommer. Det var 22,4 prosent som rapporterte om depresjon 4–6 uker etter hjerneslaget. Deltakerne rapporterte at de i utstrakt grad mottok rehabiliteringstjenester 4–6 uker etter hjerneslaget. Kun 34,3 prosent rapporterte at de ikke mottok noen form for rehabiliteringstjenester (tabell 2).

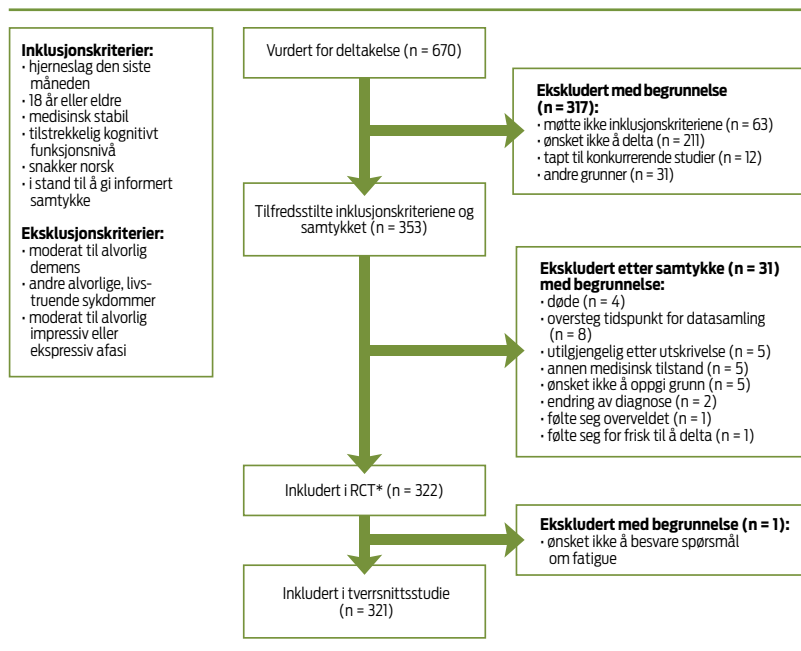
Prevalens og faktorer assosiert med post-stroke fatigue

Prevalensen av PSF var 43,6 prosent. Av dem som rapporterte om PSF, var 55 prosent menn og 45 prosent kvinner, med gjennomsnittsalder på 65,3 år. 10,9 prosent av deltakerne rapporterte om pre-stroke fatigue, altså fatigue før hjerneslaget, mens 45,5 prosent ikke opplevde fatigue 4–6 uker etter hjerneslaget.

Den logistiske regresjonsanalysen viste at fire faktorer var assosiert med PSF da vi kontrollerte for de andre faktorene i modellen (tabell 3). Pasienter som rapporterte at de hadde tidligere sykdommer før hjerneslaget, hadde nesten fem ganger høyere odds (OR = 4,99; 95 % KI 2,07–12,01; p < 0,001) for å rapportere om PSF sammenliknet med pasienter som ikke rapporterte om tidligere sykdom.

Pasienter som rapporterte om depresjon 4–6 uker etter hjerneslaget, hadde over fire ganger så høy odds (OR

Figur 1. Flyttdiagram for rekruttering av deltakere



*RCT = randomisert, kontrollert studie (Randomised Controlled Trial)

Tabell 1. Beskrivelse av utvalgets demografiske karakteristika

	Post-stroke fatigue (n = 140)	Pre-stroke fatigue (n = 35)	Ingen fatigue (n = 146)	Total (n = 321)
Kjønn (n = 321)				
Mann	77 (40,5)	24 (12,6)	89 (46,8)	190 (59,2)
Kvinne	63 (48,1)	11 (8,4)	57 (43,5)	131 (40,8)
Alder ved innleggelse (n = 321)				
Gjennomsnitt (SD)	65,3 (13,3)	62,3 (10,6)	68,1 (12,3)	66,3 (12,7)
Sivilstand (n = 321)				
Gift	73 (43,2)	15 (8,9)	81 (47,9)	169 (52,6)
Ugift	30 (51,7)	5 (8,6)	23 (39,7)	58 (18,1)
Skilt/separert	22 (45,8)	10 (20,8)	16 (33,3)	48 (15)
Enke/enkemann	15 (32,6)	5 (10,9)	26 (56,5)	46 (14,3)
Utdanning (n = 319)				
Grunnskole/framhaldsskole	26 (42,6)	8 (13,1)	27 (44,3)	61 (19,1)
Real-/middel-/yrkesskole	46 (40,0)	17 (14,8)	52 (45,2)	115 (36,1)
Artium (treårig vgs.)	18 (45,0)	5 (12,5)	17 (42,5)	40 (12,5)
Høgskole/universitet <4 år	31 (47,7)	3 (4,6)	31 (47,7)	65 (20,4)
Høgskole/universitet >4 år	18 (47,4)	2 (5,3)	18 (47,4)	38 (11,9)
Bosituasjon (n = 321)				
Bor sammen med noen	98 (45,2)	18 (8,3)	101 (46,5)	217 (67,6)
Bor alene	42 (40,4)	17 (16,3)	45 (43,3)	104 (32,4)
Omsorgsansvar (n = 321)				
Ja	40 (54,8)	10 (13,8)	23 (31,5)	73 (22,7)
Arbeidssituasjon 4–6 uker etter hjerneslaget (n = 321)				
I arbeid	2 (16,7)	1 (8,3)	9 (75,0)	12 (3,7)
Pensjonist/trygdet	86 (43,4)	22 (11,1)	90 (45,5)	198 (61,7)
Sykemeldt	52 (46,8)	12 (10,8)	47 (42,3)	111 (34,6)

Alle verdier er n (%) med mindre noe annet er spesifisert.
SD = standardavvik

= 4,47; 95 % KI 2,01–9,93; $p < 0,001$) for å rapportere om PSF sammenliknet med pasienter som ikke rapporterte om depresjon. De som hadde omsorgsansvar for andre, hadde over 2,5 ganger høyere odds (OR = 2,86; 95 % KI 1,28–6,36; $p = 0,01$) for å rapportere om PSF sammenliknet med dem som ikke hadde omsorgsansvar.

For hvert poeng høyere NIHSS-skår hadde pasienten 1,16 ganger høyere odds for å rapportere om PSF (OR = 1,16; 95 % KI 1,07–1,26; $p < 0,001$). Pasientens kjønn, alder, arbeidssituasjon og slagtype hadde ingen statistisk signifikant assosiasjon med PSF i denne modellen.

DISKUSJON

Prevalensen av PSF

Det var 43,6 prosent som rapporterte om PSF 4–6 uker etter hjerneslaget. Dette tallet samsvarer med prevalensen av PSF fra tidligere studier (12, 13). Studier viser at PSF kan være tiltakende over tid. En studie fant at prevalensen av PSF økte fra innleggelsestidspunktet til tre måneder etter hjerneslaget (7). En annen studie viste at prevalensen ved innleggelse, seks og tolv måneder etter hjerneslaget var henholdsvis 52, 64 og 70 prosent (22).

Måletidspunktet 4–6 uker etter hjerneslaget kan forklare den middels til lave prevalensen i vår studie sammenliknet med tidligere studier, men det kan også bety at tidligere studier kan ha brukt andre kriterier for PSF.

Definisjonen av PSF er ikke entydig i forskningslitteraturen, og det finnes ingen spesifikke måleinstrumenter for PSF (3). At det foreligger store prevalenssprik for PSF fra tidligere studier (3), kan skyldes at begrepet «post-stroke fatigue» er definert og operasjonalt forskjellig.

Fatigue betegnes ofte som tretthet eller mangel på energi, som er assosiert med både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (11). Tidligere studier presiserer at begrepet PSF burde defineres mer enhetlig ved for eksempel å skille mellom fysisk og mental fatigue (23). Prevalensen av PSF kan se ut til å være noe lavere i for eksempel Asia (35 prosent) enn i Europa (13), noe som

indikerer at sosiale faktorer kan henge sammen med opplevelsen av fatigue.

Andre sykdommer før hjerneslaget økte oddsen for PSF

I denne studien fant vi at det å rapportere om andre sykdommer før hjerneslaget ga nesten fem ganger høyere odds for å rapportere om PSF. Foreløpig er det ikke godt nok utforsket hvilke typer sykdommer som kan predikere PSF, men både depresjon og pre-stroke fatigue er faktorer som har vist seg å ha sammenheng med PSF (24, 25). Det har lenge vært kjent at pre-morbide faktorer kan ha sammenheng med PSF.

En studie fra 2005 fant at pre-stroke fatigue var den faktoren som ga høyest odds for å oppleve PSF, men at også høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget og opplevd depresjon etter

hjerneslaget var blant de viktigste faktorene for å oppleve PSF (24). At både høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget og depresjon etter hjerneslaget viste sammenheng med PSF, samsvarer med våre funn.

Pre-stroke fatigue kan være en viktig faktor for PSF, men studien vår viser ikke et signifikant funn om at pre-stroke fatigue har sammenheng med PSF, da vi ikke målte pre-stroke fatigue som en egen faktor.

Høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget ga høyere odds for PSF

Tidligere forskning tyder på liten sammenheng mellom alvorlighetsgrad og PSF (3). Funnt fra vår studie viste at slagets alvorlighetsgrad var en signifikant faktor som økte oddsen for PSF, hvor hvert poeng høyere på NIHSS økte oddsen for PSF med 1,16. Flere

tidligere studier trekker imidlertid i liten grad frem at medisinske og kliniske faktorer er viktige for opplevelsen av PSF (3, 8).

En norsk systematisk litteraturgjennomgang konkluderte med at hjerneslagets alvorlighetsgrad har ingen eller tvilsom assosiasjon til PSF; det var ingen av de inkluderte studiene i denne systematiske litteraturgjennomgangen som fant noen signifikant sammenheng mellom hjerneslagets alvorlighetsgrad og PSF (3). På den annen side fant en studie at slagets alvorlighetsgrad viste seg å være en faktor som hadde signifikant sammenheng med PSF (24).

Disse motstridende funnene kan skyldes ulikheter i studienes design, operasjonalisering av fatigue eller utvalgsstørrelsen. Funnene i vår studie indikerer at høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget kan ha betydning for PSF.

FAGGRUPPENE



NSFs faggruppe for sykepleiere i ortopedi

Faggruppen for ortopedi (NFSO-NSF) har cirka 450 medlemmer, som alle er sykepleiere med interesse for ortopedi.

Faggruppen har fokus på helse, både i et forebyggende, helsefremmende og kompetanseperspektiv, og ivaretar også det rent kirurgiske sykeleieperspektivet til ortopediske pasienter med brudd, skade

eller planlagt inngrep.

Faggruppen ønsker å skape interesse og engasjement og bidra til innovativ utvikling av sykeleie og tverrfaglig samarbeid om de ortopediske pasientene på tvers av tjenestenivå.

NFSO-NSF har et skandinavisk samarbeid med tilsvarende faggrupper for ortopediske sykepleiere i Danmark og Sverige. Samarbeidet

handler i hovedsak om kunnskapsutveksling.

Faggruppen for ortopedi bygger også internasjonale nettverk, spesielt gjennom Fracture Network (FFN), med tverrfaglig samarbeid om behandling av benskjøre pasienter, og International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON), med fokus på ortopedisk sykeleie.



NSFs faggruppe for nyresykepleiere (NSFFNS)

Er du interessert i nyresykeleie? Som nyresykepleiere er vi opptatt av forebygging, dialysebehandling, transplantasjon og pasientopplæring.

Faggruppen jobber blant annet med å spre kunnskap om sykeleie og behandling av pasienter med nyresvikt. Vi arrangerer vårkurs for våre medlemmer, og vi gir ut medlemsbladet *Nyrenytt*. Videre samarbeider vi blant annet med NSF, VID vitenskapelige

høgskole, LNT og Stiftelsen Organdonasjon.

Medlemsfordeler:

- billigere kurs som arrangeres i regi av NSFFNS
- tilsendt medlemsbladet *Nyrenytt* hjem i posten
- mulighet til å søke om stipender til kurs/fagutvikling
- delta på årsmøtet og være med på å påvirke hvilke saker faggruppen skal prior

tere å jobbe med

- være med på å påvirke arbeidsgivere i lønsspørsmål, arbeidskrav og faglig kompetanse
 - påvirke videreutdanningen i nyresykeleie
- Ønsker du å bli medlem i faggruppen for nyresykepleiere? Send en SMS med kodeordet NYRE til 02409.

Les mer om oss på nsf.no/faggrupper/ nyresykepleiere

Tabell 2. Beskrivelse av utvalgets medisinske og kliniske karakteristika

	Post-stroke fatigue (n = 140)	Pre-stroke fatigue (n = 35)	Ingen fatigue (n = 146)	Total (n = 321)
Hjerneslagtype (n = 288)				
Blodpropp/infarkt	116 (44,3)	28 (10,7)	118 (45,0)	262 (91,0)
Hjerneblødning	11 (4,2,3)	2 (7,7)	13 (50,0)	26 (9,0)
Hjerneslagets symptomlokalisasjon (n = 276)				
Venstre side	67 (46,9)	14 (9,8)	62 (43,4)	143 (51,8)
Høyre side	47 (39,2)	16 (13,3)	57 (47,5)	120 (43,5)
Dobbelt-sidedig	8 (61,5)	0 (0)	5 (38,5)	13 (4,7)
Hjerneslagets alvorlighetsgrad (NIHSS*) (n = 238)				
Median (IQR**)	4 (2–8)	3 (1–6)	2 (1–5)	3 (1–6)
Selvrappert tidligere sykdom (n = 321)				
Ingen	20 (32,3)	2 (3,2)	40 (64,5)	62 (19,3)
Hypertensjon	60 (44,4)	17 (12,6)	58 (43,0)	135 (42,1)
Hjertesykdommer	32 (36,4)	13 (14,8)	43 (48,9)	88 (27,4)
Muskel- og skjelett lidelser	25 (58,1)	10 (23,3)	8 (8,6)	43 (13,4)
Diabetes	19 (44,2)	4 (9,3)	20 (46,5)	43 (13,4)
Revmatiske sykdommer	19 (61,3)	6 (19,4)	6 (19,4)	31 (9,7)
Andre sykdommer	18 (62,1)	4 (13,8)	7 (24,1)	29 (9,0)
Hjerneslag	18 (36,7)	7 (14,3)	24 (49,0)	49 (15,3)
Kreft	17 (40,5)	4 (9,5)	21 (50,0)	42 (13,1)
Gastrointestinale sykdommer	13 (56,5)	4 (17,4)	6 (26,1)	23 (7,2)
Depresjon	11 (37,9)	11 (37,9)	7 (24,1)	29 (9,0)
Lungesykdommer	9 (50,0)	3 (16,7)	6 (33,3)	18 (5,6)
Depresjon (Yale) (n = 321)				
Ja	43 (59,7)	17 (23,6)	12 (16,7)	72 (22,4)
Rehabiliteringstjenester 4–6 uker etter hjerneslaget (n = 321)				
Ingen	40 (36,4)	12 (10,9)	58 (52,7)	110 (34,3)
Fysioterapi	87 (47,3)	22 (12,0)	75 (40,8)	184 (57,3)
Ergoterapi	67 (50,0)	15 (11,2)	52 (38,8)	134 (41,7)
Hjemmesjepleie	54 (52,9)	11 (10,8)	37 (36,3)	102 (31,8)
Logoped	28 (49,1)	7 (12,3)	22 (38,6)	57 (17,8)
Annet	17 (47,2)	8 (22,2)	11 (30,6)	36 (11,2)
Psykolog eller psykiater	12 (50,0)	7 (29,2)	5 (20,8)	24 (7,5)
Hjemmehjelp	4 (33,3)	1 (8,3)	7 (58,3)	12 (3,7)

Alle verdier er n (%) med mindre noe annet er spesifisert. *NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale
**IQR = interkvartilbredde (Interquartile Range)

Tabell 3. Faktorer assosiert med fatigue etter hjerneslag (PSF*)

	OR**	95 % KI***	P-verdi
Alder ved innleggelse (kontinuerlig)	0,99	0,95–1,02	0,480
Kjønn (1 = mann)	0,86	0,44–1,65	0,648
Omsorgsansvar (1 = ja)	2,86	1,28–6,36	0,010
Tidligere sykdom (1 = ja)	4,99	2,07–12,01	<0,001
Hjerneslagtype (1 = blødning)	0,55	0,19–1,57	0,262
Hjerneslagets alvorlighetsgrad (NIHSS [†]) (kontinuerlig)	1,16	1,07–1,26	<0,001
Depresjon (1 = ja)	4,47	2,01–9,93	<0,001
Arbeidssituasjon 4–6 uker etter hjerneslaget			
Sykemeldt	1		0,403
Pensjonist/trygdet/arbeidsledig	0,78	0,31–1,99	0,602
I arbeid	0,22	0,02–2,16	0,194

Multivariat logistisk regresjon (n = 209)
Avhengig variabel: 0 = ingen rapportert fatigue, 1 = nylig oppstått fatigue (<3 md.)
Hosmer and Lemeshow goodness of fit: p = 0,962

*PSF = post-stroke fatigue

**OR = odds ratio

***KI = konfidensintervall

[†]NIHSS = National Institutes of Health Stroke Scale

Hjerneslagtype har usikker assosiasjon til PSF (3), og vi fant heller ingen sammenheng mellom hjerneslagtype og PSF i vår studie.

Depresjon var sterkt assosiert med PSF

Resultatene i denne studien viste en sterk sammenheng mellom opplevd fatigue og depresjon 4–6 uker etter hjerneslaget. Det var over fire ganger høyere odds for å rapportere om PSF dersom man også rapporterte om depresjon på samme tidspunkt. Dette funnet samsvarer godt med tidligere forskning, som har vist at depresjon er utbredt hos dem som opplever PSF (14, 26, 27).

Det var totalt 22,4 prosent som rapporterte om depresjon. Andelen som samtidig rapporterte om PSF, var 59,7 prosent, og forekomsten var kun 16,7 prosent blant dem som ikke rapporterte om PSF. Det er formodentlig en sammensatt forklaring på hvorfor depresjon forekom så ofte sammen med fatigue. Fatigue og depresjon er trolig ulike deler av samme spektrum med liknende årsaksforklaringer (11).

Nedsatt energi inngår ofte som et kriterium i ulike definisjoner og målinger av depresjon. Det er derfor mulig at instrumentene måler ulike deler av et fenomen i samme domene. En del av samvariasjonen kan delvis være uttrykk for lingvistiske utfordringer i måleinstrumentene. Fatigue kjennetegnes av reduserte muligheter til å utføre daglige gjøremål, som igjen kan føre til depresjon og svekket livskvalitet (9).

Tilstanden fatigue kan også påvirkes av at pasienten er redd for fremtidsutsiktene, eller noen pasienter kan i utgangspunktet være mer sårbare for å oppleve PSF på grunn av sykdom før hjerneslaget. Både depressive symptomer og pre-stroke fatigue er faktorer som er funnet å kunne være relatert til PSF (25).

Det er interessant å se på sammenhenger med pasientens helse før hjerneslaget og PSF opp mot funnene i denne studien. Funnene viste at forekomsten av depresjon etter hjerneslaget var høyere blant dem som rapporterte at de opplevde fatigue også før hjerneslaget, sammenliknet med dem

som ikke rapporterte om fatigue etter hjerneslaget. Men forekomsten av depresjon etter hjerneslaget var høyest blant dem som rapporterte at de opplevde fatigue mer nylig etter hjerneslaget (tabell 2). Det er et utydelig skille mellom de tre fenomenene fatigue, depresjon og angst etter et hjerneslag (14).

Sammenheng mellom livssituasjon og PSF

PSF kan ha en viktig sammenheng med psykososiale faktorer. I studien vår fant vi at det å ha omsorgsansvaret for andre, var en signifikant faktor som økte oddsen for å oppleve PSF. At omsorgsansvar for andre var assosiert med PSF, kan forklares med at det er belastende å ivareta seg selv i en akutt sykdomsfase og samtidig ha omsorgsansvaret for andre personer, enten for barn, ektefelle eller andre nærstående.

Denne assosiasjonen indikerer at PSF burde ses i sammenheng med slagrammedes livssituasjon (21). Arbeidssituasjon hadde for øvrig ingen betydning for opplevelsen av PSF for utvalget i studien vår.

Betydningen av alder for opplevelsen av PSF er tidligere undersøkt, men sammenhengen er uklar (3). En studie fant at eldre opplever PSF oftere enn unge (22), og det er også funnet at forekomsten var høyere blant yngre slagrammede (28). Funnene våre viser ingen sammenheng med alder.

Det at tidligere sykdommer før hjerneslaget, og det at hjerneslagets alvorlighetsgrad økte oddsen for PSF i denne studien, peker mot at biologiske faktorer kan øke oddsen for PSF. En sosial faktor som å ha omsorgsansvaret for andre samt opplevd depresjon etter hjerneslaget økte oddsen for PSF. Dette viser at PSF kan være et sammensatt fenomen. Det er uklart om PSF først og fremst har en medisinsk årsaksforklaring, eller om det er psykososiale faktorer og omgivelser rundt pasienten som bidrar til opplevelsen av PSF (11).

Styrker og begrensninger ved studien

Operasjonalisering av fatigue

Instrumentet og spørsmålsformuleringen vi har valgt til å operasjonalisere fatigue, legger føringer for hvordan PSF tolkes i denne studien. Det kan være

vanskelig å velge ett svaralternativ på strukturerte spørreskjemaer, noe som kan ha ført til over- eller underrapportering. Spørsmålsformuleringen kan i sin tur ha betydning for om hvorvidt PSF måles korrekt i forhold til hvordan fenomenet faktisk arter seg for pasienten.

Måten vi definerte varigheten på fatigue-symptomene på, kan være en svakhet ved studien vår, da svaralternativene som pasienten fikk, ikke avgrensner nøyaktig til «før» eller «etter» hjerneslaget. Vi kunne oppnådd større nøyaktighet dersom svaralternativene om varigheten hadde vært flere.

Definisjon og operasjonalisering av begrepet PSF kan være en utfordring i og med at det ikke finnes et validert instrument for å måle fenomenet PSF, altså fatigue etter et hjerneslag. PSF kan arte seg annerledes i andre sammenhenger enn etter et hjerneslag. I studien vår var det hensiktsmessig å skille ut pasientene som rapporterte tydelig om langvarig fatigue (>3 måneder), i og med at vi ville undersøke fatigue som oppsto etter hjerneslaget. Vi kan ikke utelukke at de som rapporterte om fatigue med lengre varighet, tolket spørsmålet om fatigue på samme måte som dem som opplevde nylig oppstått fatigue. Vi kan heller ikke utelukke at resultatene hadde blitt annerledes dersom vi hadde brukt andre instrumenter.

Selv om det fortsatt er usikkert hvordan PSF best kan måles, kan denne studien bidra til ny kunnskap om hvem som opplevde fatigue 4–6 uker etter hjerneslaget, og dermed hvem som kan være i risiko for å få nedsatt livskvalitet etter hjerneslag (6, 9, 10).

De rapporterte konfidensintervallene (95 % KI) fra den logistiske regresjonsanalysen (tabell 3) er relativt brede. Variasjonsbredden skyldes sannsynligvis at et lite utvalg gir større variasjon rundt det sanne estimatet. Det innebærer at selv om resultatene er statistisk signifikante, vil den estimerte oddsratioen for hver av variablene måtte tolkes med forsiktighet.

Utvalgets representativitet

Det var utfordringer med å følge rekrutteringsprotokollen ved hvert sykehus. Det kan ha bidratt til at enkelte pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene,

ikke har blitt forespurt om å delta, noe som kan ha ført til utilsiktede skjevheter i utvalget. Noen pasienter ønsket ikke å være med i studien, blant annet fordi de følte seg for syke. De pasientene som hadde mer alvorlige utfall og mer uttalt fatigue, kan ha valgt ikke å delta i studien fordi de anså det som for krevende.

En annen begrunnelse for at pasienter ikke ville delta i denne studien, var at de følte seg for friske. Når pasienter føler seg for syke til å delta i en studie, kan det føre til at vi får en skjevhet i utvalget, eller at det er de friskeste som er representert i studien. Sammenliknet med populasjonen som er registrert i hjerneslagregisteret (29), er deltakerne i studien vår i gjennomsnitt 10 år yngre. Andelen kvinner er 5 prosent lavere, og andelen med lette hjerneslag (NIHSS <6) er 5 prosent høyere.

Datainnsamling med strukturert spørreskjema i individuelle intervjuer kan senke pasientens terskel for å gjennomføre spørreskjemaet, noe som gir større gjennomføringsprosent. En slik tilnærming bidrar til å samle mer komplette data og forhindrer manglende data. I tillegg reduseres muligheten for å misforstå spørreskjemaet.

En av styrkene ved denne studien er at den benytter data fra en multisenterstudie som har rekruttert pasienter fra flere forskjellige sykehus i landet. Videre inkluderer vi et stort antall deltakere i studien. Disse momentene øker resultatenes generaliserbarhet til hjerneslagpasienter for øvrig.

KONKLUSJON

I studien vår var forekomsten av fatigue hos pasienter 4–6 uker etter hjerneslag 43,6 prosent. Følgende faktorer økte oddsen for PSF i utvalget: tidligere sykdommer før hjerneslaget, opplevelse av depresjon etter hjerneslaget, omsorgsansvar for andre nærstående samt høyere alvorlighetsgrad på hjerneslaget (målt med NIHSS).

Sykepleiere og helsepersonell trenger å vite hvem som er spesielt sårbar for å oppleve PSF, slik at disse pasientene kan få riktig oppfølging til riktig tid. Da er det viktig å vite hvor stor forekomsten av PSF er, og hvilke faktorer som

assosieres med PSF. Det er imidlertid behov for mer forskning på PSF.

Takk til statistiker **Manuela Zucknick** på Avdeling for biostatistikk ved Universitetet i Oslo for hjelp til å kvalitetssikre statistiske analyser og fortolkninger.

Studien vår er finansiert med støtte fra Helse Sør-Øst (prosjektnummer 2013086) og Den europeiske unions sjunde rammeprogram (FP7-PEOPLE-2013-COFUND) (avtalenummer 609020 – Scientia Fellows). Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, Ullevål har bidratt med forskningstid og administrativ støtte til å gjennomføre studien. ●

REFERANSER

1. Ellekjær H, Selmer R. Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskr Nor Legeforen. 2007;127:740–3.
2. Kirkevold M, Christensen D, Andersen G, Johansen S, Harder I. Fatigue after stroke: manifestations and strategies. Disabil Rehabil. 2012;34(8):665–70.
3. Schillinger A, Becker F. Fatigue/utmattelse etter traumatisk hjerneskade og hjerneslag. Tidsskr Nor Legeforen. 2015;135:331–5.
4. Loge JH, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. J Psychosom Res. 1998;45(1):53–65.
5. Elf M, Eriksson G, Johansson S, von Koch L, Ytterberg C. Self-reported fatigue and associated factors six years after stroke. PLoS One. 2016;11(8):e0161942.
6. Lerdal A, Gay CL. Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. Neurology. 2013;81(18):1581–7.
7. Delva II, Lytvynenko NV, Delva MY. Post-stroke fatigue and its dimensions within first 3 months after stroke. Wiad Lek. 2017;70(1):43–6.
8. Ponchel A, Bombois S, Bordet R, Hénon H. Factors associated with poststroke fatigue: a systematic review. Stroke Res Treat. 2015;2015:347920.
9. Mandliya A, Das A, Unnikrishnan JP, Amal MG, Sarma PS, Sylaja PN.

- Post-stroke fatigue is an independent predictor of post-stroke disability and burden of care: a path analysis study. Top Stroke Rehabil. 2016;23(1):1–7.
10. Wu S, Barugh A, Macleod M, Mead G. Psychological associations of poststroke fatigue: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2014;45(6):1778–83.
 11. Ormstad H, Eilertsen G. A biopsychosocial model of fatigue and depression following stroke. Medical Hypotheses. 2015;85(6):835–41.
 12. Nadarajah M, Goh HT. Post-stroke fatigue: a review on prevalence, correlates, measurement, and management. Top Stroke Rehabil. 2015;22(3):208–20.
 13. Cumming TB, Packer M, Kramer SF, English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. Int J Stroke. 2016;11(9):968–77.
 14. Galligan NG, Hevey D, Coen RF, Harbison JA. Clarifying the associations between anxiety, depression and fatigue following stroke. J Health Psychol. 2015;21(12):2863–71.
 15. Mead G, Lynch J, Greig C, Young A, Lewis S, Sharpe M. Evaluation of fatigue scales in stroke patients. Stroke. 2007;38(7):2090–5.
 16. Kutlubaev MA, Mead GE, Lerdal A. Fatigue after stroke – perspectives and future directions. Int J Stroke. 2015;10(3):280–1.
 17. Kirkevold M, Bragstad LK, Bronken BA, Kvigne K, Martinsen R, Gabrielsen EH, et al. Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. BMC Psychol. 2018;3(1):12.
 18. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, et al. Development of a fatigue scale. J Psychosom Res. 1993;37(2):147–53.
 19. Watkins C, Lightbody C, Sutton C, Holcroft L, Jack C, Dickinson H, et al. Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke: a cohort study. Clin Rehabil. 2007;21(9):846–52.
 20. Adams Jr HP, Davis PH, Leira EC, Chang K-C, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke. Neurology. 1999;53(1):126–31.
 21. Martinsen R, Kirkevold M, Sveen U. Younger stroke survivors' experiences of family life in a long-term perspective: a narrative hermeneutic phenomenological study. Nurs Res Pract. 2012;2012(Article ID 948791):11.
 22. Schepers VP, Visser-Mely AM, Ketelaar M, Lindeman E. Poststroke fatigue: course and its relation to personal and stroke-related factors. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87(2):184–8.
 23. Hubacher M, Calabrese P, Bassetti C, Carota A, Stöcklin M, Penner I-K. Assessment of post-stroke fatigue: the fatigue scale for motor and cognitive functions. Eur Neurol. 2012;67(6):377–84.
 24. Choi-Kwon S, Han SW, Kwon SU, Kim JS. Poststroke fatigue: characteristics and related factors. Cerebrovasc Dis. 2005;19(2):84–90.
 25. Lerdal A, Bakken LN, Rasmussen EF, Beiermann C, Ryan S, Pynten

- S, et al. Physical impairment, depressive symptoms and pre-stroke fatigue are related to fatigue in the acute phase after stroke. Disabil Rehabil. 2011;33(4):334–42.
26. Kim JS. Post-stroke mood and emotional disturbances: pharmacological therapy based on mechanisms. J Stroke. 2016;18(3):244–55.
 27. Kouwenhoven SE, Kirkevold M, Engedal K, Kim HS. Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. Disabil Rehabil. 2011;33(7):539–56.
 28. Lerdal A, Gay C, Lee K. Curvilinear relationship between age and post-stroke fatigue among patients in the acute phase following first-ever stroke. Int J Phys Med Rehabil. 2013;1(5).
 29. Fjærtoft H, Indredavik B, Mørch B, Phan A, Skogseth-Stephani R, Varmdal R. Årsrapport 2016 – med plan for forbedringstiltak. 2017; St. Olavs hospital HF: Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagregister. Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, Norsk Hjerneslagregister. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/Medisinske-kvalitetsregistre/Norsk-hjerneslagregister/%C3%9685rsrapport2016-Norsk-hjerneslagregister.pdf> (nedlastet 13.10.2018).



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

FAGGRUPPENE

NSFs landsgruppe av kardiologiske sykepleiere

Landsgruppen av kardiologiske sykepleiere, NSF-LKS, ble etablert i 1993 av engasjerte sykepleiere med et sterkt ønske om faglig utvikling. Landsgruppen hadde 25-årsjubileum i 2018, som ble feiret med en flott jubileumskongress i Harstad.

Hovedformålet for NSF-LKS er å engasjere til faglig utvikling og samarbeid både lokalt og nasjonalt. I tillegg jobber faggruppen med internasjonal nettverksbygging.

NSF-LKS startet, i samarbeid med Høg-

skolen i Bergen, den første videreutdanningen i kardiologisk sykepleie med oppstart i 2003. Senere har NTNU i Trondheim og Oslo met etablert tilsvarende videreutdannings-tilbud. I 2011 startet det første kullet i master i klinisk sykepleie, kardiologisk sykepleie, også dette i Bergen.

Faggruppen har et sentralstyre, som organiserer en årlig kongress, der abstraktpresensasjoner i form av muntlige abstraktforedrag og poster står sentralt. I tillegg gis tidsskrif-

tet *Hjerteposten* ut tre ganger i året.

NSF-LKS har i dag 1184 medlemmer. Hele ti aktive lokalgrupper er etablert rundt om i landet. Disse arrangerer fagkvelder og seminarer for medlemmene. Sentralstyret gir økonomisk støtte til lokalgruppene. Det deles også ut en rekke stipender etter søknad, vurdert av sentralstyret og Nasjonalt nettverk for forskning i kardiologisk sykepleie.

Du kan melde deg inn i NSF-LKS via SMS ved å sende kodeordet *HJERTE* til 02409.

Ble nysgjerrig på fatigue

Hvert år rammes rundt 15 000 nordmenn av hjerneslag. Mange av disse får også fatigue – en lite synlig lidelse for dem som er rundt.

Tekst **Elin Marie Fredriksen** • Foto **Stig M. Weston**

Fatigue etter et hjerneslag kan beskrives som en langvarig eller stadig tilbakevendende tretthetsfølelse. Man er utmattet og tom for energi uten at man egentlig har gjort noe spesielt.

– Vi kan tenke på det som et batteri som aldri blir helt fulladet. Pasientene går med redusert ladekapasitet, eller de må hvile mer, forteller Silje Christin Wang Linnerud, høgskolelektor på Lovisenberg diakonale høgskole.

I mai publiserte hun og medforfatter Line Kildal Bragstad artikkelen «Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag».

BRATT LÆRING

Da Linnerud var ferdig utdannet sykepleier i 2014, fikk hun sommerjobb på akuttmottak. Samtidig jobbet hun et år som nestleder i NSF Student, og allerede i 2015 gikk hun i gang med sin master i sykepleievitenskap. Tjuefireåringen ville ta mer utdanning, og hun ville forske.

Parallelt med masterstudiet fortsatte hun å jobbe på akuttmottak, og på Universitetet i Oslo ble hun vitenskapelig assistent og dermed en del av en større studie på hjerneslag, «Promoting psychosocial well-being following stroke». Masteroppgaven ble knyttet opp til dette prosjektet, og som masterstudent måtte hun velge seg et undertema.

Hun hadde hittil bare jobbet med hjerneslag i akuttfasen, og i likhet med mange i helsevesenet hadde hun knapt hørt om fenomenet fatigue etter hjerneslag. Det

Silje Christin Wang Linnerud

Høgskolelektor på Lovisenberg diakonale høgskole.

Står bak forskningsartikkelen «Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag» sammen med Line Kildal Bragstad ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

ble en bratt læringskurve. Og det ble etter hvert flere og flere grunner til at hun ville forske på fatigue.

– Noe av det som er spennende med fatigue som forskningsfelt, er at det er et subjektivt fenomen, som i forskningslitteraturen ofte både måles og defineres helt forskjellig. Det er en kompleks situasjon for pasientene, og det er også relativt utbredt. Det er mange som opplever fatigue, også lenge etter hjerneslaget. Fatigue etter hjerneslag fører gjerne med seg angst og depresjon, nedsatt mestring og livskvalitet, sier Linnerud.

Fatigue er en sykdomsopplevelse som ofte er usynlig for andre. Forskingen viser at man vet for lite om fenomenet, om hvem som er i risikosonen, hva årsaken er, og hvordan fatigue skal behandles. Også de nærmeste pårørende ser heller ikke alltid at pasienten er utmattet.

«Det er mange som opplever fatigue, også lenge etter hjerneslaget.»

Silje C. Wang Linnerud

– Å oppleve fatigue kan være utfordrende i pasientens hverdag. Det kan være vanskelig å beskrive og kommunisere sine utfordringer til andre, sier hun.

FATIGUE ELLER FATIGUE

Det finnes ifølge Wikipedia 25 forskjellige sykdommer og sykdomsgrupper som alle kan føre til fatigue, blant annet autoimmune sykdommer, kreft, fibromyalgi,



gulfkrigsyndrom og irritabel tarm. Men fatigue og fatigue er ikke alltid det samme.

– Det er ofte man hører om fatigue i forbindelse med kreftsykdommer, men fatigue etter et hjerneslag kan oppleves annerledes, sier Linnerud.

Og man vet ikke nøyaktig hvem som er i faresonen for å få fatigue etter hjerneslag.

I den store hjerneslagstudien oppsøkte de over 300 personer fire til seks uker etter at de hadde hatt hjerneslag. Med seg hadde de et omfattende spørreskjema.

Responsen på to av spørsmålene brukte Linnerud til sin egen studie: «Føler du deg ofte sliten, uopplagt med mangel på overskudd?» Og: «Føler du deg ofte trist eller deprimeret?» Det var også tilleggsspørsmål knyttet til sosiodemografiske, kliniske og medisinske data.

Masteroppgaven ble levert i 2017, og funnene ble bearbeidet videre og publisert som en forskningsartikkel rundt halvannet år senere, etter en periode som fagutviklingssykepleier i hjemmesykepleien og deretter som lektor på nåværende arbeidssted, Lovisenberg diakonale høgskole.

Et av funnene var at 43,6 prosent av alle som hadde hatt hjerneslag som var med i studien, opplevde fatigue i etterkant av slaget. Videre identifiserte de fire faktorer som øker sannsynligheten for å oppleve fatigue etter hjerneslag: tidligere sykdommer, depresjon, omsorgsansvar for andre og alvorlighetsgrad av hjerneslaget.

SYKDOM OG DEPRESJON

Slagpasienter som har en sykdom i forkant av slaget, har fem ganger høyere risiko for fatigue enn dem som var friske før hjerneslaget.

– Er det noen sykdommer som peker seg ut?

– Vi har ikke analysert spesifikke sykdommer alene i denne studien. Det vi har sett, er at pasienter med tidligere sykdommer hadde større sannsynlighet for å oppleve fatigue. Men det hadde absolutt vært interessant å se nærmere på om det er noen sykdommer som i særlig grad kan assosieres med fatigue, sier Linnerud.

– Depresjon skiller seg likevel ut som en tydelig faktor. Undersøkelsen viser en sterk sammenheng mellom opplevde symptomer på fatigue og depresjon målt etter hjerneslaget: De som er deprimerte, har over fire ganger så høy sannsynlighet for også å oppleve fatigue. Men det er usikkert hvordan depresjon og fatigue hører sammen og påvirker hverandre.

– Er det mulig å si hvor mye av fatigue som er fysisk, og hvor mye som er mentalt?

– Det er et godt spørsmål, og det har vi ikke noe svar på foreløpig. Vi ser at dette er noe det burde forskes mer på, sier hun.

OMSORGSANSVAR OG ALVORLIGHETSGRAD

Det er tøft å skulle ha omsorg for en familie etter et hjerneslag, når man selv er syk og trenger omsorg.

– Vi fant at dersom en pasient hadde omsorgsansvar



VILLE FORSKE PÅ FATIGUE: – Noe av det som er spennende med fatigue som forskningsfelt, er at det er et subjektivt fenomen, som i forskningslitteraturen ofte både måles og defineres helt forskjellig, sier Linnerud.

for barn eller andre nærstående, så hadde vedkommende nesten tre ganger høyere sannsynlighet for å oppleve fatigue. Vi har ikke funnet en sammenheng mellom alder og fatigue, men det vi fant, var at det å ha omsorgsansvar for andre nærstående økte sannsynligheten, sier Linnerud.

Alvorlighetsgrad av hjerneslaget er også en faktor som øker risikoen for fatigue. I akuttfasen vurderes slagets alvorlighetsgrad med National Institutes of Health Stroke

«Vi vet ikke nok, verken om årsaken eller anbefalt behandling.»

Silje C. Wang Linnerud

Scale (NIHSS), som består av elleve kliniske observasjoner som summeres på en skala fra 0 til 42. Jo høyere sum, desto høyere funksjonsnedsettelse.

– For hvert poeng på NIHSS-skalaen øker sannsynligheten i vår studie med 1,6. Det er ganske mye, og sjansen øker betraktelig for hvert poeng høyere på skalaen, forklarer Linnerud.

– Kan det være andre faktorer som kan spille inn, som dere ikke har sett på?

– Det hadde også vært interessant å undersøke flere faktorer som vi ikke har sett på i vår studie, blant annet å måle det vi kaller pre-stroke fatigue. Det vil si opplevelse av fatigue før hjerneslaget, sier hun.

HYPPIGSTE ÅRSÅK TIL FUNKSJONSNEDETTTELSE

Hjerneslag er den hyppigste årsaken til funksjonsnedsettelse hos eldre. Men adekvat og tidlig rehabilitering styrker mulighetene til å få funksjoner tilbake.

Målet med Linnerud og Bragstads studie er å hjelpe sykepleiere og annet helsepersonell med å identifisere hvem som kan trenge oppfølging knyttet til fatigue etter hjerneslag.

– Opplever du at helsepersonell kan, for lite om fatigue etter hjerneslag?

– Jeg tror at helsevesenet, både i Norge og i resten av verden, har for lite kunnskap om fenomenet. Vi vet ikke nok, verken om årsaken eller anbefalt behandling, og da er det jo heller ikke enkelt for oss sykepleiere eller avdelingene der ute å få fastsatt faste rutiner for rehabilitering og behandling, sier Linnerud. ●

FAGGRUPPENE



Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere

NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) er en interesse- og fagorganisasjon for intensivsykepleiere og sykepleiere i videreutdanning i intensivsykepleie. NSFLIS ble dannet i 1978, og vi arbeider med å videreutvikle intensivsykepleierens videreutdanning og kompetanse samt fag- og funksjonsansvar.

Intensivsykepleieren ivaretar pasienten i et høyteknologisk miljø innen et spesialisert fagområde. Vi arbeider på ulike intensivavdelinger, for eksempel medisinsk, nevrokirurgisk, torakskirurgisk, hjerteovervåking, akuttmot-

tak, barneintensiv og andre avdelinger som har behov for intensivsykepleiere. Vi jobber også offshore, i ambulansesfly og i andre redningstjenester.

NSFLIS har lokalgrupper i alle fylker med dertil hørende lokalstyrer, som har ulike arrangementer hvor fag står i sentrum. Landsstyret arrangerer hvert år intensivkongressen. Hvert år utlyses det stipend både lokalt og sentralt.

Med 2897 medlemmer er vi en av de største faggruppene i NSF og har økonomi til å ha leder i lønnet verv. Dette betyr at vi har res-

surser til å påvirke politisk ved at leder deltar i ulike fora. Internasjonalt er vi medlem i NOSAM, EfCCNa og WFCCN.

Sammen med Anestesisykepleierens Landsgruppe av NSF utgir vi fagtidsskriftet *InspirA*, som kommer ut fire ganger per år.

Intensivsykepleiere kan melde seg inn i NSFLIS ved å sende en e-post til medlemsansvarlig Anne-Lise Vorkinn (annelise@vorkinn.com) eller en SMS med kodeordet NSFLIS til 02409. Er du student, må du i tillegg til NSFLIS skrive eksamensmåned og -år, for eksempel 06/2019.



Anestesisykepleierens Landsgruppe av NSF

Anestesisykepleieren er den første som møter pasienten på operasjonsavdelingen, og den siste som forlater pasienten ved overføring til overvåkningsavdelingen.

Anestesisykepleierens Landsgruppe av NSF (ALNSF) er et faglig og organisatorisk fellesskap for anestesisykepleie. Vi arrangerer årlig ALNSF Fagkongress, der vi kombinerer faglig påfyll med hyggelig sosialt samvær med gode kolleger fra hele landet.

Som medlem av ALNSF kvalifiserer du til

å søke på våre stipender, blant annet stipend for å delta på ALNSF Fagkongress.

Vi er opptatt av å skape fora for inspirasjon og erfarings- og kunnskapsutveksling. Lærer-, leder-, fag- og PICC-line-nettverk er opprettet etter ønske fra medlemmene selv og blir stadig mer populære. Vi har lokalgruppe i alle fylker.

Fagbladet vårt, *InspirA*, har vi felles med intensivsykepleierne og blir utgitt fire ganger årlig.

Internasjonalt deltar vi i Nordisk Samarbeid for Anestesi- og Intensivsykepleiere (NOSAM), og vi er medlem i den internasjonale organisasjonen for anestesisykepleiere, International Federation of Nurse Anesthetists.

For å bli medlem må du være anestesisykepleier, eller være under utdanning for å bli anestesisykepleier. Se vår hjemmeside alnsf.no for å lese mer om oss eller for å bli medlem.



NSFs Landsgruppe av Akuttisykepleiere

NSFs Landsgruppe av Akuttisykepleiere (NLAS) er faggruppen for NSF-medlemmer med videreutdanning i akuttisykepleie og NSF-medlemmer med eller uten videreutdanning som arbeider i akuttmottak, AMK-sentraler, prehospitaltjenester, legevakt, LV-sentraler og andre akuttmedisinske arbeidsfelt.

Hvert år arrangerer NLAS AKUTTDAGENE – en sykepleiefaglig konferanse for sykepleiere og andre som jobber innen akuttmedisin.

Per 22. mai 2019 har NLAS 821 medlemmer. Fordelene ved å være medlem i NLAS er:

- Sentralstyret deler hvert år ut stipender. I 2018 og 2019 delte vi ut cirka 130 000 kroner til kurs og konferanser både i Norge og i utlandet.
- NLAS' lokalgrupper deler i tillegg ut stipender til medlemmene av lokalgruppene til AKUTTDAGENE, som arrangeres hvert år.
- Som medlem er det mulighet til å engasjere seg i en av NLAS' elleve lokalgrupper.
- Medlemmene får mulighet til å påvirke høringer og andre saker som NLAS engasjerer seg i.

NLAS' sentralstyre og lokalgruppene jobber kontinuerlig for å fremme faget vårt. Lokalgruppene arrangerer fagkvelder for sine medlemmer en til to ganger i året, som er gratis for medlemmer.

NLAS har fokus på fag og jobber for å få flere studiesteder til å tilby videreutdanning i akuttisykepleie.

NLAS samarbeider med internasjonale organisasjoner for akuttisykepleiere som European Society for Emergency Nursing (EuSEN) og Emergency Nurses Association (ENA).

HOVEDBUDSKAP

Sykepleiere har fått ny, relevant kunnskap om legemiddelbehandling til eldre ved å delta i et tverrfaglig læringsnettverk om riktig legemiddelbruk i sykehjem. For å kunne implementere kunnskapen i praksis er man avhengig av et felles engasjement i praksisfellesskapet og ledere som etterspør kunnskap og gir rom for faglige refleksjoner. Målet med læringsnettverket var å bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten gjennom konkret forbedringsarbeid i egen organisasjon. Kommunene har tatt i bruk den nye kunnskapen i varierende grad og på ulike måter. Det er gjennomført semistrukturerte intervjuer med sykepleiere i sju deltakerkommuner.

NØKKELOD:

- ▶ Læring ▶ Sykepleier ▶ Legemiddelbruk
- ▶ Sykehjem ▶ Kvalitativt intervju

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.76986

Tverrfaglig samarbeid ga bedre legemiddelbehandling

Sykepleiere som deltok i et læringsnettverk sammen med leger og farmasøyter, fikk mer kunnskap om medisiner til eldre.

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland (USH) arrangerte læringsnettverk for tverrfaglige forbedringsteam med sykepleiere, leger og farmasøyter i 2014 etter mal fra pasientsikkerhetsprogrammet «Riktig legemiddelbruk i sykehjem» (1). Gjennom å bidra med overordnet ramme med fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, rapporter og deltakelse skulle USH være pådriver for teamenes fremdrift og resultater (2).

Læringsnettverket gikk over ett år med tre samlinger. Samlingene skulle gi kompetanse innen riktig legemiddelbruk og opplæring i forbedringsarbeid. Erfaringsutveksling var sentralt på samlingene. Mellom samlingene skulle deltakende team arbeide med forbedringstiltak på eget sykehjem. Vi anbefalte legemiddelgjennomganger (LMG) i tverrfaglige møter med sykepleier, farmasøyt og sykehjemslege med tema legemiddelvalg, doseringer og hensiktsmessig administrasjon av legemidler. Risiko og bivirkninger for pasienten sto sentralt, likeså interaksjoner mellom legemidler (1). De øvrige medarbeiderne på sykehjemmene skulle involveres i arbeidet.

USH erfarer at det har skjedd endringer og forbedringer i praksis gjennom deltakelse i dette læringsnettverket. Deltakerne har vist stort engasjement og interesse (2).

Forskning viser at det kan være vanskelig å få

FORFATTER


Ellen Mogård Larsen
FoU-leder, Utviklingscenter for sykehjem i Nordland

komplekse organisasjoner til å lære (3). Når to tilsynelatende like avdelinger gjennomfører samme fagutviklingstiltak, kan resultatene bli forskjellige. Noe av det samme viste sluttrapportene fra forbedringsteamene (2). Mens noen fikk gjennomført ønskede endringer, var det andre som ikke lyktes.

Dette er noe av bakgrunnen for min studie.

INTERVJUENE

Studien har en kvalitativ tilnærming. Jeg intervjuet sykepleiere fra sju sykehjem etter at de hadde deltatt i læringsnettverket. Informantene ble rekruttert gjennom virksomhetsledere.

Mine forskningsspørsmål omfattet sykepleiernes erfaringer med å delta i læringsnettverket, utvikle kvalitet på legemiddelbruk, samhandle med andre samt sykepleiernes vurderinger av nytteeffekt og overføringsverdi til andre. Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Intervjuene ble transkribert.

FIKK MER KUNNSKAP

Sykepleierne hadde fått ny kunnskap om legemiddelbruk til eldre og legemidlenes virkninger på pasienten. Flere av sykepleierne sa at de hadde lært mye på læringssamlingene og trakk også frem betydningen av



MEDISIN: God kunnskap om legemidler bidrar til at eldre på sykehjem får bedre behandling. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

erfaringsutveksling. Slik lærte man av andre og fikk innspill til nye løsninger. Sykepleierne oppdaget også betydningen av å dele egen kunnskap og erfaring med de andre i læringsnettverket. Erfaringsutvekslinger gjorde også at man kunne sammenlikne seg med de andre og få positiv bekreftelse på eget arbeid. Flere av sykepleierne mente at det de lærte på læringssamlingene, virket sterkt motiverende. De ble inspirerte og engasjerte. Sykepleier Gro sier:

«Mye av det vi lærer på kurs, kan være ganske ullent. Dette var veldig interessant, og det var veldig artig å jobbe med et slikt konkret tema. Jeg ble veldig inspirert og motivert for å få dette inn i praksis.»

Sykepleier Mette ble inspirert til å søke mer kunnskap. På samlingene fikk hun både ny kunnskap om legemidler til eldre og en konkret modell for forbedringsarbeid. Flere ga uttrykk for at dette var bra.

INSPIRERTE HVERANDRE

På samlingene fikk forbedringsteamene mulighet til felles planlegging av forbedringsarbeidet. Enkelte sykepleiere erfarte at dette var inspirerende og engasjerende.

«Jeg synes det var veldig bra at vi fikk sitte i lag og planlegge og inspirere hverandre. Det synes jeg var mest matnyttig. Sykehjemslegen, fagansvarlig sykepleier, leder og jeg ble engasjert gjennom det vi lærte sammen. [...] Da var det greit at vi noterte under forelesningene

og fikk tid til å planlegge etterpå. Vi fikk ideer om hva vi trengte å forbedre, og hva vi måtte skjerpe oss på.»

Sykepleieren opplevde det som motiverende å få ny kunnskap og så betydningen av at de ulike faggruppene lærte samtidig, og at de kunne starte planlegging av eget forbedringsarbeid med det samme. «Fersk og ny» kunnskap ble umiddelbart satt inn i en prosess med avklaring av roller og ansvar og fordeling av arbeidsoppgaver. Sykepleierne jeg intervjuet, opplevde det å omsette kunnskap til praktisk arbeid som positivt og spennende.

Ikke alle kommuner har farmasøyt, men sykepleierne viste kreative måter å engasjere farmasøyt på. I en kom-

«Studien viser at man får et godt resultat der lederen engasjerer seg og støtter opp.»

mune sendte de legemiddellister til en farmasøyt i nærliggende by, for så å reise dit for et møte. Andre hadde farmasøyten til stede på sykehjemmet hele dager og foretok mange LMG-er. Der farmasøyten var mer tilgjengelig, deltok hun ved de ukentlige legemiddelgjennomgangene. Sykepleierne jeg intervjuet, hadde stort faglig utbytte av dette tverrfaglige samarbeidet. Sykepleier Olga sier det slik:

«Jeg erfarer at de ulike medlemmene av forbedringsteamet har ulike erfaringer, noe som styrker forbedringsarbeidet. Kvaliteten på legemiddelbehandlingen er blitt bedre. Aldri har fokuset på medikamenthåndtering og

medikamentbehandling vært større. Vi reflekterer mer over egen praksis og hvilket utbytte pasienten har av behandlingen. Jeg kjenner at jeg blir veldig stolt over hva vi får til, og det er veldig godt å høre at andre har nytte av den erfaringen vi har gjort oss.»

LÆRTE OPP KOLLEGER

Den kunnskapen som forbedringsteamene fikk, skulle bringes videre i egen organisasjon – i første omgang gjennom målrettede forbedringstiltak.

Sykepleier Anne sier:

«Det har vært litt vanskelig å forklare hva dette har gått ut på og å få med de andre i avdelingen. De har nok følt seg litt utenfor i starten av læringsnettverket, selv om vi har prøvd å inkludere og fortelle hva vi holdt på med. Men når de først har vært med på det, så har de skjønnet hvorfor vi var så superengasjerte og ville ha dette i gang. Det var veldig godt å få denne tilbakemeldingen fra andre sykepleiere.»

Sykepleiere forteller at hjelpepleiere som delte ut medisiner fra dosett, fikk større kunnskaper om hvorfor pasientene fikk sine medisiner, og hvordan disse virket. Hjelpepleiere ble tryggere og fikk også en mer aktiv rolle i observasjoner av pasientenes legemiddelbruk.

Å involvere kolleger i forbedringsarbeidet var en forutsetning for positive endringer i praksis, ifølge sykepleierne. Å sette ny kunnskap i system krevde et målrettet arbeid. Felles fokus, god planlegging og avsatt tid var suksessfaktorer for å lykkes, ifølge sykepleierne jeg intervjuet. Sykepleier Marit sier:

«Personlig har jeg hatt veldig stort utbytte av læringsnettverket, og jeg ser at det har forplantet seg videre i avdelingen. Som nyutdannet sykepleier erfarer jeg at kunnskapen jeg allerede har, blir brukt i større grad etter læringsnettverket. Vi benytter kunnskapen mer når vi går gjennom medisiner og ser på hvilke utfordringer pasienter har.»

LEDERENS BETYDNING

For å sikre forankring, støtte og spredning i organisasjonen forventet USH at ledere skulle delta i læringsnettverket. Sykepleier Randi hadde denne erfaringen:

«Vi kan takke for godt resultat gjennom et godt lederskap. Vår leder har mange års erfaring som sykepleier og er veldig fokusert på at det skal være rett, det vi gjør. Det smitter igjen nedover i avdelingen.»

Sykepleier Turid hadde andre erfaringer. Lederen påla henne en stor arbeidsbyrde hun ble alene om:

«Det eneste jeg savner, var at vi kunne vært flere i forbedringsteamet. Nå ble gruppa for liten. Jeg sa det til sjefen min da jeg kom hjem, at vi ble så få. [...] Jeg visste ikke på forhånd



hva dette gikk ut på. Det er ganske mye arbeid mellom samlingene, både tenkning og planlegging. Det var også vanskelig å forklare mine kolleger.»

Sykepleierne jeg intervjuet, var ansatt i små kommuner. Flere var alene om det sykepleiefaglige ansvaret på vakt, hadde mange pasienter og stor vaktbelastning. De opplevde likevel å ha liten innflytelse og mulighet for kontinuitet og faglige prioriteringer.

Sykepleier Monica sier:

«Jeg har stor betydning som sykepleier og har mye fagansvar og lærer mye i jobben. Imidlertid har jeg stor arbeidsbelastning og møter liten forståelse hos administrasjon og politikere.»

Enkelte sykepleiere hadde erfaringer med å overføre kunnskapen til hjemmetjenesten. De øvrige var usikre på om eldre utenfor sykehjemmet fikk nytte godt av det de hadde lært om legemiddelgjennomganger.

KRAV TIL FORBEDRING

Sykehjemmene er en viktig del av kommunenes helse- og omsorgstjeneste og har store faglige krav til kvalitet i tjenesten. Det er lovpålagt med systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (4). Målsettingen er at kvalitetsarbeid

«De utfordringene velferdssamfunnet står overfor, kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av.»

skal være integrert i ordinær virksomhet. Studien viser at man får et godt resultat der lederen engasjerer seg og støtter opp.

Andre studier viser at når ansatte tilegner seg kompetanse, erfarer de påfallende ofte at den ikke tillegges vekt av lederen, og at kompetanse ikke blir tatt i bruk på en systematisk måte (4).

I dette læringsnettverket var det USH som stilte krav til forbedringsteamene. Teamene sendte inn statusrapporter og månedlige målinger. Sykepleierne ga tilbakemelding om at dette var motiverende da de så fremgangen bedre. En viktig forutsetning for endring av praksis handler om motivasjon (4). Ønsket om å søke å gjøre ting stadig bedre er en grunnleggende forutsetning for kvalitet. Viktige motivasjonsfaktorer for læring var ifølge sykepleierne ros og anerkjennning. Ledere og medarbeidere må derfor etterspørre faglig kunnskap i større grad, og sykepleiere må få rom til å foreta faglige refleksjoner.

En av de største utfordringene er å utnytte den kunnskapen organisasjonen allerede har. Denne kunnskapen får først verdi når den brukes i daglig praksis og kommer pasientene til gode.

UTVIKLING PÅ JOBB

Sykepleierne i studien opplevde å lykkes med forbedringsarbeidet når alle medarbeidere var inkluderte. Blåka og Filstad (5) peker på praksisfellesskapets betydning for læring og kunnskapsutvikling. De understreker at læring er relasjonell og har forankring i en følelse av tilhørighet og felles mål.

Kunnskapsutviklingen som foregår på arbeidsplassen, vil være forankret i situasjonen og blant kollegene som jobber sammen. Kunnskapen utvikler seg i denne relasjonen, gjennom observasjonene, gjennom å praktisere og ha mulighet til å observere den kunnskapen de representerer. Det betyr at denne kunnskapen ikke kan overføres til en ny situasjon og gi de samme resultatene.

For å nyttiggjøre kunnskapen må man utvikle en kultur basert på tillit, hvor medarbeiderne ser det helt naturlig å involvere hverandre og løse arbeidsoppgaver (5). Dette er en farbar vei for å implementere ny kunnskap i praksis. Ledere bør i større grad se denne muligheten. Ved å etterspørre hva sykepleiere kan og har lært og skatte entusiasmen og motivasjonen, blir det enklere å få til endringer i praksis.

SAMARBEID MED FARMASØYT

Sykepleiere og sykehjemsleger har alltid hatt et etablert samarbeid rundt pasientens legemiddelbehandling. Det som var nytt, var at farmasøyten var med i det tverrfaglige samarbeidet. De som fikk avtaler med en farmasøyt om tverrfaglige samarbeid om legemiddelbehandling, lyktes bedre i forbedringsarbeidet. De ulike faggruppene er likeverdige parter med ulike innfallsvinkler til temaet.

IKKE KULTUR FOR Å DELE

Studien avdekket også at det ikke er kultur for å dele kunnskap og videreføre erfaringer mellom tjenestesteder i egen kommune (2). Statlige føringer presenterer de overordnede rammene for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i årene fremover (6) og peker på at utfordringer er felles for hele helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det spesielle utfordringer knyttet til samhandlingen mellom tjenestene.

Det kreves mye kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, men det mangler en infrastruktur som gjør det mulig å sette kompetanse i sentrum.

Den nasjonale politiske vektleggingen på kompetanse bør følges opp av samme kvalitetsorienterte holdningen ute i tjenestene (4). Kommunene bør ha mer oppmerksomhet på hvordan praksisfellesskapet kan være med på å utvikle organisasjonen videre, synliggjøre en eksisterende kunnskapsutvikling og dra nytte av gjensidig læring i praksisfellesskapet. De utfordringene velferdssamfunnet står overfor, kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av (7).

Ansatte må i større grad betraktes som medspillere og viktige ressurser i denne utviklingen. Medarbeidere og ledere i helse- og omsorgstjenestene vil ha stort utbytte av å etterspørre hva sykepleiere kan og har lært, og sykepleiere bør i større grad ta ansvar gjennom å stå frem med sin kompetanse og kvalitet.

En svakhet med studien er at det er få sykepleiere i utvalget, og at man har innhentet erfaringer fra bare ett læringsnettverk.

KONKLUSJON

Sykepleiere har fått økt kunnskapen sin gjennom å delta i læringsnettverket og er med på å øke kvaliteten på legemiddelbehandlingen for pasienter i sykehjem. Rammene for at denne kunnskapen blir nyttiggjort i praksis, kan bedres.

Politiske føringer krever at vi tenker nytt innen organisering og drift av helsetjenestene for å nå målsettinger med tilgjengelige faglige ressurser. De samlede kompetanseutfordringene må ses i en sammenheng. Jeg anbefaler ledere å fokusere mer på hvordan praksisfellesskapet kan være med på å utvikle organisasjonene videre gjennom å være klar over og ta i bruk kompetansen som medarbeidere opparbeider seg. Videre at de får tid og rom for forbedringsarbeid slik at det kommer pasientene til gode på best mulig måte.

Utviklingssentrene har en pådriverrolle for fag- og kvalitetsutvikling. Studien bekrefter at læringsnettverk er egnet til fagutvikling, implementering av kunnskapsbasert praksis og samhandling med andre faggrupper. ●

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet («I trygge hender 24/7»). Riktig legemiddelbruk i sykehjem. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem> (nedlastet 22.05.2019).
2. Utviklingssenter for sykehjem i Nordland. Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland sør – fra pilot til læringsnettverk. Lofoten: Utviklingssenter for sykehjem i Nordland; 2015. Rapport 1/2015.
3. Larsen TA, Knutsen B. Læring i handling. Sluttrapport fra et faglig utviklingsprosjekt fra fem sykehjem i Nord-Norge (LIA-prosjektet). Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/45636002-Laering-i-handling-sluttrapport-fra-et-faglig-utviklingsprosjekt-ved-fem-sykehjem-i-nord-norge-toril-agnete-larsen-liv-berit-knutsen.html> (nedlastet 23.04.2019).
4. Haukelien H, Vike H, Bakken R. Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene: evaluering av prosjektet EVUK. Bø: Telemarksforskning; 2009. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2439293> (nedlastet 23.04.2019).
5. Blåka G, Filstad C. Læring i helseorganisasjoner. Oslo: Cappelen Damm; 2007.
6. Meld. St. nr. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
7. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

HOVEDBUDSKAP

Sykepleierstudenter på VID vitenskapelige høyskole, Diakonova har medisinsk og kirurgisk praksis i andre studieår. Slik praksis foregår i hovedsak i spesialisthelsetjenesten på sykehus. I et samarbeidsprosjekt ble sykepleierstudenter som skulle i medisinsk praksis, utplassert i kommunehelsetjenesten på Ryen helsehus. Prosjektet viste at læringsmiljøet og læringsutbyttet for sykepleierstudentene i praksis var godt. De hadde dyktige veiledere, relevante praktiske prosedyrer og pasienter med varierte medisinske diagnoser.

NØKKELOORD:

- ▶ Undervisning ▶ Fagutvikling ▶ Forskning
- ▶ Sykepleierstudenter ▶ Helsehus

DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2019.77134

Sykepleierstudenter kan få medisinsk praksis på helsehus

Det er behov for flere praksisplasser for å følge kravene i rammeplanen. Diakonova har prøvd ut Ryen helsehus som ny arena for praksisstudier i medisinsk sykepleie.

Samhandlingsreformen fører til at flere syke pasienter flyttes fra sykehus til kommunene for pleie og behandling. Vi får dermed færre praksisplasser for sykepleierstudenter på sykehus, og pasientene i kommunen er syke. I et samarbeidsprosjekt mellom VID vitenskapelige høyskole, Diakonova og Ryen helsehus i Oslo ble det lagt til rette for læring i praksis som tilsvarte medisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

PROSJEKTETS HENSIKT

Hensikten med prosjektet var å kartlegge hvorvidt helsehus kunne være en ny, faglig relevant arena for sykepleierstudenter i medisinsk sykepleiepraksis. Rammeplanen for sykepleierutdanningen fastsetter at områdene for praksisstudier i spesialisthelsetjenesten skal være på medisinsk og kirurgisk avdeling.

Antallet sykepleierstudenter har økt de siste årene i tråd med et stipulert behov for flere sykepleiere i Norge (1). Samtidig har antallet senger i spesialisthelsetjenesten blitt færre som følge av samhandlingsreformen. Antallet praksisplasser for sykepleierstudenter i spesialisthelsetjenesten blir derfor færre, samtidig som behovet for sykepleiere øker (2).

FORFATTERE


Åshild Wik Desprée
Høgskolelektor, Fakultet for helsefag,
VID vitenskapelige høyskole



Ingrid Mathilde Sie
Førstelektor, VID vitenskapelige
høyskole



Lene Svendsen
Fagsykepleier,
Ryen helsehus



Solveig Ramthun
Fagsykepleier,
Ryen helsehus

Det trengs flere praksisplasser for å følge kravene i rammeplanen for sykepleierutdanningen (3). Vi har derfor prøvd ut helsehus som en ny arena for praksisstudier i medisinsk sykepleie.

BRUK AV HELSEHUS

Etablering av helsehus i kommunene er en konsekvens av samhandlingsreformen (4). Et av målene med samhandlingsreformen er at pasientene har færre liggedøgn på sykehus og blir skrevet ut tidligere til kommunehelsetjenesten, for eksempel til helsehus, hvor det er kompetanse til å fortsette behandling og pleie (4). Av-

delingene som tar imot pasienter som før ble behandlet på sykehus, har større tetthet av sykepleiere og andre fagutdannede enn tradisjonelle sykehjem.

På helsehus behandles nå alvorlig lidelse, og det pågår rehabilitering og palliativ pleie (5). Vi mener derfor at samhandlingsreformen åpner for nye muligheter for praksisplasser i medisinsk sykepleiepraksis i kommunene.

Det er utdanningsinstitusjonene som har ansvaret for å vurdere om studentene har nådd læringsmålene (6, § 1-3). Praksisstudier utgjør 50 prosent av studiet, og det skal legges



ALVORLIG LIDELSE: På helsehus har de kompetanse til å fortsette med behandling og pleie av syke pasienter etter at de skrives ut fra sykehus. Illustrasjonsfoto: MLS/Mostphotos

til rette for at studentene kan oppnå ønsket læringsutbytte.

Studentene skal ha målrettet læring: «Det innebærer at studentene i praksisstudier eksponeres for situasjoner som er velegnet for læring, men som ikke kan planlegges (f.eks. hjer-testans) eller som er vanskelig å måle (f.eks. utvikling av profesjonalitet, holdninger, taus kunnskap).» (7, s. 17). Det arbeides nasjonalt med å heve kvaliteten på praksisstudiene (7, 8). I tråd med disse satsingene er det også relevant å styrke veiledernes kompetanse.

MEDISINSK SYKEPLEIEPRAKSIS

Rammeplanen for sykepleierutdanningen fra 2008 åpner for at en av de to praksisperiodene, medisin eller kirurgi, kan utføres utenfor spesialisthelsetjenesten (3, §3c). Studieplanen på høyskolen beskriver innholdet i medisinsk praksis slik:

«Studenten vil i denne modulen møte mennesker som er akutt / kritisk syke eller som har langvarig helsesvikt og kronisk sykdom. Noen vil i tillegg ha nedsatt egenomsorgsevne. Modul 6 omhandler forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og undervisende sykepleiefunksjoner. Det settes fokus på konsekvenser av sykdom og sammenheng mellom sykdom og helse.» (9, s. 40)

LÆRINGSUTBYTTE

Det er viktig for læringsutbyttet å ha meningsfulle læresituasjoner og en kontekst som gjør det mulig for studentene å oppnå læringsmålene i medisinsk sykepleiepraksis (10).

For å strukturere dataene og erfaringene vi samlet inn fra studentene, valgte vi å bruke Eurats to-trekantmodell (*two-triangle model*). Modellen beskriver faktorer som er viktige for å lære (11). Modellen har to trekanter med tre faktorer i hver som påvirker hverandre, slik at de kontekstuelle faktorene påvirker læringsfaktorene, og motsatt (figur 1).

METODE

I dette samarbeidsprosjektet avtalte vi at høyskolen fikk praksisplasser til et antall studenter i medisinsk sykepleiepraksis. Helsehuset fikk støtte til kompetanseheving for

«Studentene på Ryen helsehus mente at de fikk et godt og relevant læringsutbytte i praksis.»

sykepleiere, både innen veiledningskompetanse og faglig oppdatering. Helsehuset så også på prosjektet som en rekrutteringsmulighet. De la til rette for medisinsk sykepleiepraksis på tre poster.

Vi samlet inn data om studentenes erfaringer for å vurdere om helsehuset har relevante læresituasjoner og en kontekst som fremmer et godt læringsutbytte. Datainnsamlingen besto av følgende:

- Studentene svarte på et spørreskjema om deres erfaringer med og utbytte av praksisen.

- Studentene registrerte og gjennomførte praktiske prosedyrer.
- Studentene deltok i ett fokusgruppeintervju hver, til sammen tre forskjellige grupper.

Førsteforfatteren samlet inn og bearbeidet dataene fra studentene. Totalt 19 vilkårlig valgte studenter på andre året fikk åtte ukers medisinsk sykepleiepraksis ved post 1, 2, og 5 på Ryen helsehus fra oktober 2015 til mai 2017. Ryen helsehus har to fagsykepleiere. Alle veilederne fikk praksisveilederkurs.

Studentene fikk den samme oppfølgingen og ble målt med de samme målene som andre studenter på samme nivå i medisinsk sykepleiepraksis på høyskolen. Det innebar at studentene ble fulgt opp av en kontaktsykepleier og en lærerveileder gjennom hele perioden.

Læreren var til stede ved forventningssamtalen samt ved midt- og sluttvurderingen. I forventningssamtalen skal praksislæreren eller praksisstedet og studenten klargjøre hvilke forutsetninger og forventninger de har til hverandre og seg selv. Videre hadde læreren refleksjonsgrupper med studentene fem ganger i løpet av praksisperioden.

LÆRINGSFAKTORER

Det var viktig at studentene fikk relevant praksis (10). Vi undersøkte om praksisen var relevant ved at vi kartla læringsutbyttet i forbindelse med vurderingssamtaler, refleksjonsgrupper og fokusgruppeintervjuer. Prosedyrer ble også registrert, både av studentene og lederen på avdelingen. Alle studentene rapporterte at de var skeptiske til helsehuset som praksissted før praksisperioden startet, fordi de var redde for at praksisen skulle bli lik sykehjemspraksisen.

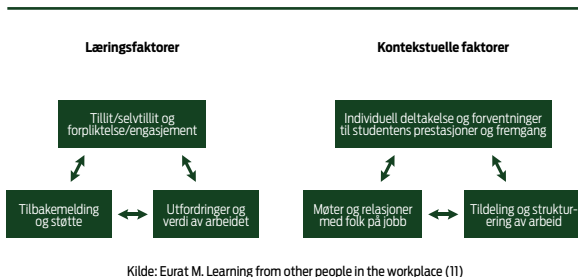
På to av postene møtte studentene både pasienter som var akutt og kritisk syke, eller som hadde langvarig helsevikt og kronisk sykdom. Mange pasienter hadde nedsatt egenomsorgsevne. At pasientene har helsesvikt, medisinske diagnoser og nedsatt omsorgsevne er i henhold til kravene både i rammeplanen (3) og studieplanen (9, kapittel 3) for praksisperioden. Registrering av gjennomførte prosedyrer viste at studentene på to av avdelingene kom bort til de fleste aktuelle prosedyrene.

Studentene erfarte at det var stor variasjon i prosedyrer på avdelingene. Den tredje avdelingen var en rehabiliteringsavdeling. Denne avdelingen ble ekskludert fra prosjektet fordi studentene etter kartlegging av tilgjengelige og utførte prosedyrer ikke fikk tilgang på nok medisinske prosedyrer, slik rammeplanen beskriver det (3).

FIKK GODT LÆRINGSUTBYTTE

Læringsutbytte er komplisert, og mye læring blir taus kunnskap som studentene synes er vanskelig å formidle, noe som stemmer overens med funnene til Eurat (11). Han beskriver at både livserfaring og annen utdanning gjør det utydelig hvor kunnskapen kommer fra. Studentene på Ryen helsehus mente at de fikk et godt og relevant læringsutbytte i praksis.

Figur 1. To-trekantmodellen. Læringsfaktorer og kontekstuelle faktorer



Alle studentene som fullførte og besto praksisperioden, fikk gode tilbakemeldinger fra veilederne på progresjonen og det faglige nivået. Det å kunne gå med en veileder og lære av forskjellige ansatte på praksisstedet var meningsfylt for studentene, som også er i henhold til Eurats funn (11). Det var til tider rolig på avdelingene, og da fikk studentene for lite å gjøre, slik at det var viktig å ikke ha for mange studenter på avdelingen.

ENGASJERTE LEDERE SMITTET

Studentene erfarte at motivasjonen og engasjementet til veilederne smittet over på dem. De mente selv at de lærte mye av motiverte veiledere. Eurat skriver at det er spesielt viktig å få tilbakemelding fra personer på arbeidssstedet de første månedene. Disse studentene var i praksis i åtte uker. Eurat (11) sier også at lederen på arbeidss-

«Alle studentene mente at veilederne hadde svært god kunnskap som de delte med dem.»

stedet har et stort ansvar for å skape en kultur og et miljø for god læring.

På Ryen helsehus hadde studentene engasjerte ledere og et godt arbeidsmiljø. Det førte til individuell deltakelse og forventninger fra ledelsen til studentenes prestasjoner og fremgang. Individuell deltakelse fra studentens side og forventninger til studenten er viktig for læring i praksis (7). Den tredje avdelingen hadde gode ledere, men fordi de praktiske oppgavene ikke var varierte nok til å være relevante for kravene i denne praksisperioden (3), kunne vi ikke fortsette å ha praksis der.

Alle studentene mente at veilederne hadde svært god kunnskap som de delte med dem. Høyskolen tilbyr veilederkurs, som veilederne gjennomførte. Sykepleieveilederne passet på at studentene fikk oppgaver som var rettet mot det medisinske. De gjorde studentene oppmerksomme på relevante læresituasjoner i praksis.

Studentene erfarte at de andre som jobbet på praksisstedet, som for eksempel lege og hjelpepleiere, også var flinke til å gi støtte og hyppige, faglige tilbakemeldinger. En student sa følgende: «Veilederne møter meg med

forståelse for at det er mye nytt, de bruker tid på å lære bort ting.»

Studentene syntes at de fikk tilbakemelding når de trengte det. De lærte mest når veilederen ga dem hyppige tilbakemeldinger, noe som stemmer med funnene i Eurats studie (11).

TOK ANSVAR FOR EGEN LÆRING

Studentene mente selv at de hadde vært engasjerte og tatt ansvar for sin egen læring, noe veilederne bekreftet. Dette engasjementet gjorde at veilederne og praksisstedet fikk tillit til studentene, og dermed fikk de enda mer ansvar. Tillit og selvtillit var nøkkelord som studentene brukte ofte. De var opptatte av at veilederen skulle ha tillit til dem, men også at de skulle ha tillit til veilederne. Tilliten måtte bygges opp fra starten av.

Personlig handlingsrom er viktig for å opprettholde motivasjonen (11, 12): «Når veilederen har tillit til meg og lar meg ta ansvar, da får jeg selvtillit», sa én av studentene. Selvtillit er viktig for å ha mot til å søke nye situasjoner og takle dem på en god måte (11, 12).

Tilbakemelding kan oppfattes som personlig kritikk, og derfor er det viktig at den knyttes til prestasjonene til studenten, og ikke til personen selv (13). Studenter trenger tid til å finne rollen sin (12). Mye er nytt, og de vet ikke helt hva det innebærer å være sykepleier (14).

KONTEKSTUELLE FAKTORER

Alle praktiske prosedyrer som høyskolen anser som relevante, er tilgjengelige på avdelingen, men ikke alle studentene fikk utført alle prosedyrene i løpet av perioden. Da

«Når veilederen har tillit til meg og lar meg ta ansvar, da får jeg selvtillit.»

Student

kan det være at studentene ikke får utnyttet hele læringspotensialet sitt i praksis. Det er en sammenheng mellom læringserfaring og pasientsituasjoner (15).

Studentene mente at praksisstedet og veilederne hadde god oversikt over hva de skulle utføre i praksisperioden for å få et godt utbytte. Studentene sa at veilederens rolle

FAGGRUPPENE

NSF Faggruppe for Øre-Nese-Hals-sykepleiere

ØNH-faggruppen er en gruppe for alle sykepleiere med interesse for ØNH. Faggruppen ble stiftet i 1999 og ble en del av NSF i 2009. ØNH-faggruppen har cirka 140 medlemmer.

Faggruppen er en møteplass for fag- og kunnskapsutvikling, hvor medlemmene utgjør et nettverk av kompetanse. Ved å være medlem i faggruppen bidrar du til at

vi kan fortsette vårt arbeid for ØNH-faget.

Du får også mulighet til å delta på faggruppens årlige seminar til en lavere kostnad enn ikke-medlemmer, og du får tilgang til å søke på stipender. I tillegg vil du motta nyhetsbrev på e-post, hvor du får informasjon om hva som skjer innen ØNH-faget.

Faggruppen samarbeider med den danske og svenske ØNH-faggruppen, i tillegg til

Munn- og halskreftforeningen og Norsk forening for hode- og halskreft. Hvert fjerde år er det nordisk ØNH-kongress, og neste kongress avholdes i Oslo i 2022.

Det koster kun 250 kroner i året å være medlem. Send en SMS med kodeordet ØNH til 02409 for å melde deg inn, eller gå inn på NSF's nettsider og videre inn på ØNH-faggruppen.



Sykepleien Forskning på facebook

Skann QR-koden og kom rett til Sykepleien Forskning på facebook.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.



er utslagsgivende: «Det er avgjørende at alle i avdelingen hører fordelingen, ellers er det fort gjort at noen andre bare gjør én prosedyre eller oppgave som vi kan lære mye av.»

Studentene erfarte at veilederen er avhengig av å få hyppige tilbakemeldinger fra studentene med informasjon om deres læringsbehov, slik at veilederen deretter kan gi studentene tilbakemelding om progresjon og evaluering. Avdelingen har opprettet et simuleringsrom der de brukte caser og drillet studentene i teori og praksis, noe som studentene syntes var svært nyttig.

BLE GODT MOTTATT

Alle studentene følte seg godt mottatt på avdelingen. En student uttalte følgende: «Det virker som at alle har lyst til å ha oss studenter der.» En annen sa dette: «Det er et godt arbeidsmiljø.»

Det var gode muligheter for tverrfaglig samarbeid. Studentene rapporterte at det er trygt å ha medstudenter på samme post, for da kan de støtte hverandre og dele erfaringer. Det var imidlertid ikke bra å være for mange studenter på postene, for da ble det mindre tilgang på prosedyrer. To studenter per post ga det beste utbyttet.

De opplevde forventningen fra praksisstedet og høyskolen som stor, men overkommelig: «Jeg forventer at veileder har tålmodighet og vil legge til rette for god læring, men også at hun krever noe av meg.»

Studentene hadde selv hovedansvaret for læringen, men veilederens rolle var viktig her også. De som hadde opplevd dårlig veiledning, mente at det demotiverte dem, og de presterte ikke like godt som da de hadde en god veileder.

Studentene følte selv at de hadde utnyttet mulighetene for god læring på praksisstedet. De merket at det var forventet at de var engasjerte og nysgjerrige. Det var også forventet en tett kommunikasjon med veilederne og de andre i praksis.

Både læringsmiljøet, diskusjoner og observasjoner er viktige for å utvikle en profesjonell identitet (11). Også dette erfarte studentene på Ryen helsehus. En sa som følger: «Jeg er imponert over hvor faglig sterke de er, det må være gøy. Jeg vil bli slik, da vil jeg føle meg som en stolt sykepleier.»

FAKTORENE PÅVIRKER HVERANDRE

Både læringsfaktorer og kontekstuelle faktorer påvirker læring, og faktorene påvirker hverandre (10–12). Derfor er det viktig å ha oppmerksomheten rettet mot begge disse aspektene når vi skal kartlegge og evaluere et praksissted. Fokusgruppeintervjuene i Ryen-prosjektet avdekket at studentene mente at disse momentene var viktige: måten de ble tatt imot på, på praksisstedet, praksisveilederens kompetanse i veiledning og fag samt tilgangen på varierte medisinske sykepleieroppgaver.

Prosjektet viste at kontekst og læring henger tett sammen, noe som Hjalmluhlt bekrefter i studien med helseøsterstudenter om å «erobre handlingsrom» (12). Det hjelper ikke å ha et praksissted med muligheter for å lære,

hvis det ikke er en kontekst som legger til rette for relevant læring (3, 10, 11).

KONKLUSJON

Praksisperioden i medisinsk sykepleie på Ryen helsehus ga studentene mulighet til å nå sine læringsmål i henhold til studieplanen. Veilederens rolle og tilbakemelding var viktige for å utnytte mulighetene fullt ut. Læreren og høyskolen har ansvaret for å legge til rette og skaffe nok relevante praksisplasser, som blant annet innebærer at vi må følge pasientstrømmen ut i kommunene.

Vi mener at prosjektet viser at helsehus kan være egnet som praksisplass for sykepleierstudenter i medisinsk sykepleie, men at vi må være bevisste på hvilke avdelinger som blir valgt for at studentene skal oppnå læringsutbyttet. Helsehus bør kartlegges ytterligere med tanke på forflytningen av syke pasienter til kommunene etter samhandlingsreformen. ●

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Økt behov for sykepleiere i årene som kommer. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arenesom-kommer> (nedlastet 02.05.2017).
2. Hovland J, Midbøe OM. Tallene fra Samordna opptak klare: Rekordmange vil bli sykepleiere. Oslo: NRK; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/norge/tallene-fra-samordna-opptak-klare_rekordmangevil-bli-sykepleiere-1.13049127 (nedlastet 02.05.2017).
3. Rammepplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 05.06.17).
4. Samhandlingsreformen i kortversjon. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon/id650137> (nedlastet 01.01.2018).
5. Raustøl TI. Den nye helsehusbevegelsen. Oslo: Dagens Medisin; 2014;19. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/11/17/den-nye-helsehusbevegelsen> (nedlastet 21.03.2018).
6. Lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15/%25C2%25A74-3#%C2%A74-3> (nedlastet 20.03.2018).
7. Universitets- og høyskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Oslo: Universitets- og høyskolerådet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e6e6f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf> (nedlastet 02.04.2018).
8. Norsk studentorganisasjon. Høring – UHR, NFE-HS, på forslag til nasjonale retningslinjer for praksisveilederutdanning. Oslo: Norsk studentorganisasjon; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.student.no/content/uploads/2017/12/H%9C3%BB8ingsuttalselse-Forslag-til-nasjonale-retningslinjer-for-praksisveilederutdanning-26-10-2017.pdf> (nedlastet 08.05.2018).
9. Studieplan Bachelor i sykepleie. Oslo: Diakonova; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.vid.no/site/assets/files/14556/studieplan-bachelor-i-sykepleie-diakonova-bis2016-vid.pdf?lgx502> (nedlastet 24.05.2019).
10. Bisholt B, Ohlsson U, Engstrøm AK, Johannson AS, Gustafsson M. Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurs Edu in Pract.* 2014;14(3):304–10.
11. Eurat M. Learning from other people in the workplace. *UK Oxford Review of Education.* 2007;33(4):403–22.
12. Hjalmluhlt E. Helseøsterstudenters læring i praksis: Erobring av handlingsrom. Oslo: Sykepleien Forskning; 2009. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/07/erobring-av-handlingsrom> (nedlastet 18.05.2018).
13. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Review of Educational Research.* 2007;77(1):81–112. DOI: 10.3102/003465430298487
14. Havnes A. Læring i høyere utdanning. Om forholdet mellom kunnskap, identitet og læring. *Norsk ped tidsskrift.* 2014;96(1):4–14.
15. Henriksen N, Normann HK, Skaalvik MW. Development and testing of the Norwegian version of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLEST) evaluation scale. *Int J of Nurs Edu Scholarship.* 2012;9(1):1–15.



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for fagartikler

Hvis du ønsker å sende inn en fagartikkel til Sykepleien, kan du lese her for å få hjelp til å komme i gang.

Har du skrevet en presentasjon av et fagutviklings- eller forskningsarbeid, eller en beskrivelse av pasientsituasjoner, arbeidsmiljø, ledelse eller kvalitetsarbeid relatert til helse- og omsorgssektoren?

Har du skrevet en oppgave i master- eller videreutdanning?

Da ønsker vi en fagartikkel fra deg!

ARTIKKELENS INNHOLD OG LENGDE

En artikkel bør ikke være lengre enn maksimalt 15 000 tegn (med mellomrom).

Avgjør først hva du vil fortelle. Lag gjerne arbeidstittel og ingress før du starter å skrive. Avgjør hva som er viktig å få med, ellers kan artikkelen gjerne bli for lang. Artikkelen bør som regel ha ett tema, men det er ingen regel uten unntak, da flere problemstillinger kan høre sammen.

Budskapet eller nye funn skal presenteres med én gang. Deretter bør det være en kort presentasjon av hensikten med eller bakgrunnen for undersøkelsen eller prosjektet, og eventuelt en kort metodebeskrivelse.

Artikkelens hovedinnhold skal være resultater og erfaringer, og konklusjonen skal vise konsekvensene funnene har, eller bør ha, for praksis eller forskning.

SKRIV ENKELT, PERSONLIG OG KONKRET

Artikkelen må ikke ha vært trykket eller publisert andre steder.

Les hele forfatterveiledningen før du sender inn et manuskript.

SPRÅKFØRING

Sykepleien tilstreber at språket i artiklene er lettfattelig og tydelig. Nedenfor finner du noen tips til godt språk:

Aktiv setningsoppbygging

Skriv aktiv fremfor passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)

Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøkte ...?)

«Dette» og «disse»

Prøv også å unngå for mange «dette» og «disse», som gjør teksten uklar. Forklar heller hva du mener.

Faguttrykk og forkortelser

Forklar faguttrykk, enten i parentes eller i teksten. Skriv hele ordet første gang i teksten hvis du videre ønsker å benytte en forkortelse.

REFERANSER

I en fagartikkel kreves det at man belegger fakta, henvisninger og påstander med kilder. Det er derfor svært viktig å ha nøyaktige referanser. Referanselisten bør inneholde maksimalt 25 referanser.

Referansene skal settes opp etter Vancouver-stilen. Vancouver-stil i løpende tekst:

- referansen angis med et tall i parentes bak referansen
- hvis du refererer til et verk mer enn én gang,

skal du bruke samme nummer som første gang referansen ble brukt

- hvis du henviser til flere kilder i den samme setningen, oppgi disse slik: (2–4), dvs. 2, 3 og 4, og (2–4, 8) dvs. 2, 3, 4 og 8
- referanse må angis også når forfatterens navn står i setningen

Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008 mai; 45(5):668–81.

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød*. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tværfaglig spesialisert rusbehandling*. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef Rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan*. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FIGURER OG TABELLER

For mange tall i teksten er lite leservennlig. Tabeller, diagrammer eller figurer kan lette fremstillingen.

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer eller tabeller (fortrinnsvis tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

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

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

BILDER

Hvis du har gode breddebilder som kan passe som hovedbilde til artikkelen, må du gjerne legge dem ved. Også andre bilder som illustrerer artikkelen, kan vedlegges.

Bilder må sendes i egne bildefiler. Hvis det er gjenkjennbare mennesker på bildet, må vi vite navn på den eller dem som er med på bildet, og de må ha gitt sin godkjenning til at bildet skal kunne publiseres i *Sykepleien*. Annen informasjon om bildet skrives under bildet, sammen med fotografens navn. Vi må også ha fotografens tillatelse til å bruke bildet.

INTERESSEKONFLIKT

Når du sender inn manuskriptet, ber vi deg oppgi eventuelle interessekonflikter.

Eksempler på interessekonflikter:

1. Hvis du i løpet av de siste fem årene har mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
2. Hvis du i løpet av de siste fem årene har vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
3. Hvis du har aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at artikkelen blir publisert.
4. Hvis du har en binding, et livssyn, utfører oppgaver eller innehar et verv som kan påvirke din habilitet.
5. Hvis du har tilknytning som nevnt i forvaltningsloven § 6 første ledd til personer/aktører som omfattes av punkt 1–3 ovenfor.

VURDERING AV MANUSKRIFTET

I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet enten aksepteres, sendes tilbake til forfatteren for revidering eller refuseres. Redaksjonen tilstreber rask tilbakemelding til forfatteren hvis artikkelmanuskripter som sendes til oss, blir akseptert for publisering.

Hvis manuskriptet aksepteres, sendes teksten videre for teknisk og språklig bearbeiding og følges opp av redaksjonen. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid. Forfatteren vil få det språkvaskede manuskriptet tilbake for gjennomlesing.

Er du med i en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund?

Redaksjonen i Sykepleien ønsker å samarbeide med faggruppene om utgivelse av fagartikler. Vi kan være med og veilede på din fagartikkel.

I tillegg til at fagartikkelen publiseres på sykepleien.no, kan faggruppene publisere artikkelen i sine nyhetsbrev, på hjemmesider eller i fagblad.

Ta kontakt med redaktøren for ditt fagtidsskrift og/eller fagredaktør i Sykepleien Torhild Apall Dybvik torhild.apall@sykepleien.no eller Eli Smedstad eli.smedstad@sykepleien.no hvis du har spørsmål om fagartikler.

Vi forbeholder oss retten til å endre tittel, mellomtitler og ingress.

Sykepleien publiserer alle fagartiklene på nettsiden sykepleien.no og på Sykepleiens Facebook-side. Artikler kan også trykkes i Sykepleiens temautgaver.

INNSENDING AV MANUSKRIFTET

Artikkelen sendes inn via vårt nettbaserte manuskriphåndteringssystem, ScholarOne, via følgende nettside: <https://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien>

Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev, portrettbilder og eventuelle andre dokumenter.

Følg instruksene øverst på hvert skjermbilde. Du kan også få hjelp via våre instruksjonsvideoer: Videoene ser du på nettsiden. Bruk QR-koden sist i forfatterveiledningen.

Hvis du får problemer under innsendingen, kan du ringe 22 04 33 49.

Etter innsendelsen får du automatisk bekreftelse på at vi har mottatt manuskriptet. Etter at fagartikkelen er publisert, mottar du et honorar. ●

Lykke til med skrivingen!

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

Forfatterveiledning for forskningsartikler

Hvis du ønsker å sende inn en forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, får du viktig informasjon her.

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Sykepleien Forskning publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. Sykepleien Forskning inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

DOBBELT- ELLER SEKUNDÆRPUBLIKASJON

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert

i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjon eller arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

LENGDE PÅ MANUSKRIFTET

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer.

FORMAT OG OPPSETT

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Høyremargen skal ikke være rett.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

MANUSKRIFTETS INNHOLD

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (*main document*) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (abstract)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

TEKST

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside (fanen Forskning på sykepleien.no), kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

OPPBYGGING AV SELVE ARTIKKELEN

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og **bakgrunn** for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrix i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i

relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metode-diskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referan-sene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai; 45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

5. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

8. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

FØLGEBREV TIL REDAKTØR (COVER LETTER)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

INNSENDING AV MANUSKRIFT

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskript-håndteringssystem ScholarOne, via følgende nettadresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

VRDINGSPROSESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en

vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelle-vurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

Etter fagfelle-vurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i ScholarOne. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

GODKJENNING AV MANUSKRIFT

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også titelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

OVERSETTING TIL ENGELSK

Alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesing før publisering.

KRAV TIL MEDFORFATTERSKAP

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen.

Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen deler av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettsider: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Bruke+referansestilen+Vancouver> og <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

INTERESSEKONFLIKTER

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter». ●

Oppdatert 08/2019



Se artikkelen på nett:

Skann QR-koden og kom rett til artikkelen på sykepleien.no.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Vil du bli psykotraume terapeut?

Helhetlig, tverrfaglig psykotraume videreutdanning
i Oslo, Tromsø og Bodø

Målet med videreutdannelsen er å gi en grundig innsikt i moderne psykotraumeteori og -behandling for voksne ungdom, barn og familier.

I løpet av utdanningsforløpet lærer du blant annet:

- Hvordan psykotraume påvirker enheten kropp/psyke
- Hvordan komme ut av traumatiserende belastninger
- Å arbeide med med loPT - intensjonsmetoden

Undervisningen er lagt opp som helgesamlinger, kan kombineres med full jobb og er åpen for alle med helse-, pedagog- eller sosialfaglig bakgrunn.

* Gir rett til tittelen registrert loPT Traumeterapeut ved fullfør utdanning.
* 12 moduler a 4 dager innenfor 2 år

Påmelding og informasjon : iopt.no/videreutdanning

☎ +47 91 66 72 11 ✉ marta@iopt.no

Velkommen!



+VAKTROMMET®

Gode tilbud til bedrifter
som trenger mye utstyr.

- Migenic - hygienisk navnskilt og utstyrsholder i ett →
- 100% silikon
- Kan dekontamineres

Vaktrommet AS
www.vaktrommet.no
post@vaktrommet.no
tel: 926 97 497



VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING

10. SEPTEMBER 2019, KL. 08.30–16.00
SIGRID UNDSETS HUS, UIA

PROGRAM

08.30 Registrering og kaffe

09.00 Velkommen v/ prosjektleder, Torstein Garcia de Presno og rektor på UiA, Sunniva Whittaker

Åpning ved Stortingsrepresentant Kari Henriksen, Sekretær i Helse – og Omsorgskomiteen.

Presentasjon av Musikk og kunst-prosjekt på ABUP

09.35 «Hvorfor er det så vanskelig for voksne å spørre?»
Ane Ugland Albæk, Universitetslektor, Universitetet i Agder, PhD-kandidat, Universitetet i Bergen

10.30 «Barn som har opplevd vold i nære relasjoner - hva trenger de fra skolen?»
Sabreen Selvik, Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold

11.15 Lunsj

12.00 «Hva ønsker barn av rusmisbrukere seg av voksne?»
Marius Sjømæling, Generalsekretær i Barn av rusmisbrukere – BAR.

13.00 «Å snakke med barn og ungdom etter selvmordet»
Magne Raundalen, Barnepsykolog og bestefar

15.00 «Når barn sier at de har selvmordstanker, hva gjør vi?»
Mogens Albæk, Psykologspesialist Statens Barnehus, Dr. Philos

15.45 Musikk fra Musikk og kunst-prosjekt på ABUP

16.00 Slutt



UTDANNING I BEHANDLING AV KOMPLISERT SORG (CGT)

JOBBER DU MED SORGPROBLEMATIKK OG HAR HELSE- ELLER SOSIALFAGLIG UTDANNING?

- Bli CGT-terapeut!

📅 Søknadsfrist 15. november 2019

🔍 Les mer på www.uio.no/cgt

UiO : Universitetet i Oslo

NSSF

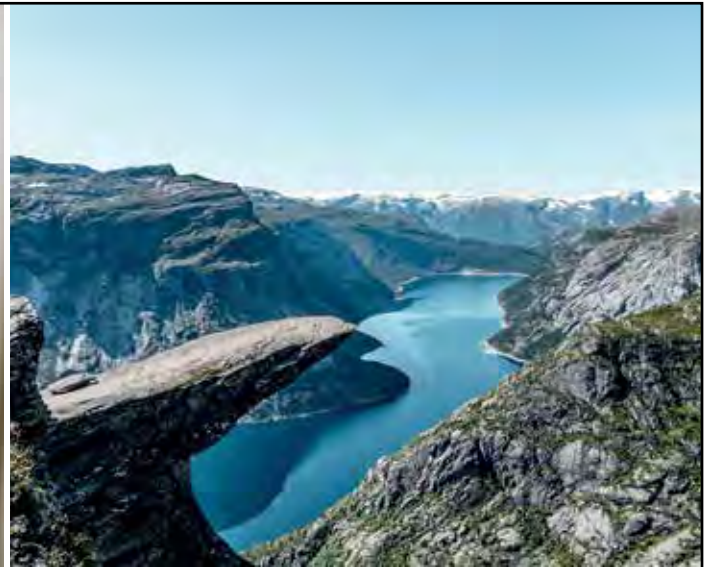


Stillingsportal for sykepleiere

På sykepleienjobb.no finner du kun stillinger som er relevante for deg som sykepleier. Portalen fungerer like bra på alle skjermstørrelser. Den er like enkel å bruke på mobil eller brett som hjemme foran PC-en, og inneholder en rekke nyttige funksjoner. Få tilsendt stillingsvarsel på e-post eller last opp din CV slik at det er enkelt å søke på jobb.

Din neste jobb finner du på sykepleienjobb.no

Sykepleien jobb.no



Ny avtale – bedre betingelser til deg

Dedicare har fått ny avtale med alle sykehusene i Norge. Vi har flere ledige oppdrag enn noen gang fra Hammerfest i Nord till Oslo i Sør.

Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske, og som er spesialisert på bemanning til sykehus og kommuner over hele Norge.

Vi dekker din reise og bolig. Om du er nyutdannet eller har lang erfaring så har vi jobb til deg. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70 rekruttering@dedicare.no

DEDICARE