

Forskning

03|12



Forskjellig
avnavlingspraksis

214

Klinisk audit er en systematisk arbeidsmetode for å undersøke om bestemte prosedyrer utføres etter gjeldende kriterier for god praksis. Hensikten er å bruke funnene til å forbedre pasientbehandlingen. I dette nummer av **Sykepleien Forskning** beskriver Katrine Aasekjær og hennes kollegaer gjennomføringen av en klinisk audit av avnavningspraksis til jordmødre på en universitetsklinikk. Kun 53 prosent av jordmødrene oppga at de avnavlet det nyfødte barnet i samsvar med kunnskapsbasert standard.



Foto: Erik M. Sundt

REDAKSJONSKOMITÉ:



Liv Merete Reinar
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



Kristin Halvorsen
Førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole og Høgskolen i Akershus.



Liv Wergeland Sørbye
Professor ved Diakonhjemmet høgskole i Oslo.



Per Nortvedt
Professor ved Universitetet i Oslo.



Monica Nortvedt
Professor og leder ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.



Inger Schou
Førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo og forsker ved Ullevål universitetssykehus.



Tone Rustøen
Seniorforsker ved OUS og professor ved Lovisenberg Diagonale Høgskole.



Lars Mathisen
Rektor ved Lovisenberg diakonale høgskole.

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

Sykepleien Forskning
Bilag til Sykepleien
Tollbugt 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf. 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75
www.sykepleien.no

Ansvarelig redaktør:
Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaktør: Anners Lerdal
anners.lerdal@ldh.no

Assisterende redaktører: **Liv Merete Reinar**
livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no
Kristin Halvorsen kristin.halvorsen@hioa.no

Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Markedssjef: Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Statistiker: Guri Feten
guri.feten@bfk.no

Grafisk produksjon: Sykepleien
Repro og trykk: Color Print A/S

Utgivelsesplan 2012: 6/12

Abonnementspris: Kr. 280,- per år
ISSN 1890-2936

Høyere kompetanse i kommunehelsetjenesten

Sykepleierforbundet har nettopp markert sine 100 år med gjennomføring av en inspirerende sykepleierkongress i Oslo Spektrum der rundt 1800 sykepleiere deltok. Sykepleierforbundet fikk hilningstaler fra statsministeren, partiledere og fagforeningsledere. Helseminister Jonas Gahr Støre annonserte økt satsing på høyere kompetanse. Ifølge ham er behovet for personell med høy kompetanse spesielt stort i kommunehelsetjenesten. Dette er ganske opplagt siden samhandlingsreformen legger opp til at kommunene identifiserer befolkningens behov og at behandlingen som gis har dokumentert effekt. For å sitere fra samhandlingsreformen: «... Det handler altså om å skaffe kommunen beslutningsgrunnlag for utvikling av helsetjenesten».

Autoriserte sykepleiere utgjør den største profesjonsgruppen i landets helsevesen og er således åpenbart sentrale i utøvelsen av helsetjenester. Det viktige arbeidet sykepleiere gjør tilsier at vi bør ha en sentral plass i utviklingen av tjenestetilbudet. For å fylle en slik plass, trenger vi sykepleiere med formell kompetanse på samme nivå som andre fagpersoner som er med og utformer framtidens helsetjenester. Hvis målet er at sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien skal være kunnskapsbasert, trenger vi sykepleiere med gode kunnskaper om forskning og forskningskompetanse. I praksis betyr dette sykepleiere med doktorgrad. Dette høres kanskje uto-

pisk ut for sykepleiere som jobber på arbeidsssteder som ikke har satsset på akademisk kompetanse til sykepleiere. På andre arbeidsssteder, for eksempel ved Oslo universitetssykehus som allerede har flere sykepleiere med doktorgrad, vil det for mange være en selvfølge. Ledere i helsetjenesten som tenker framtidsrettet bør støtte flere sykepleiere til å ta doktorgrad som gir nødvendig kompetanse for å virkeliggjøre samhandlingsreformen.

Den nye gradsstrukturen i høyere utdanning som ble innført i Norge for mer enn ti år siden, forkortet utdanningsforløpet frem til avlagt doktorgrad. Et vanlig utdanningsløp er nå 3 + 2 + 3 år, det vil si bachelorgrad, mastergrad og PhD-grad. Mens de fleste fagutdanninger for lengst har tilpasset seg den nye strukturen er det per i dag svært mange høyskoler som tilbyr videreutdanninger som påbygging etter bachelorutdanning uten at de gir uttelling i den etablerte gradsstrukturen. Det er vanskelig å forstå at høyskolene har valgt å ikke tilpasse høyere utdanning innen sykepleiefaglige områder til strukturen som for lengst er innført i andre fag. Dette bør høyskolene gjøre noe med slik at også sykepleiere får normal uttelling for høyere utdanning og at kandidatene kvalifiserer for opptak i doktorgradsstudier.



Redaktør

Anners Lerdal, anners.lerdal@ldh.no

Dr. philos fra Det medisinske fakultetet ved universitetet i Oslo. Jobber som seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus.

Anners Lerdal

Av Laila Bokhari

f. 1974
Terrorismeforsker og forfatter,
medlem av 22. juli-kommisjonen. Har tidligere jobbet i FFI,
NUPI, FN og UD

Tåler vi sannheten?

› Kan vi lære noe av 22. juli, og makter vi å bruke denne lærdommen?

Etter framleggelsen av 22. juli-kommisjonens rapport er det flere spørsmål jeg tar med meg videre. Ett har ligget der hele tiden: Ville vi som samfunn tåle sannheten, i etterkant: tålte vi sannheten, og nå: hva gjør vi med den?

BRUTALT

Kommisjonsrapporten var brutal i sin ærlighet. Det visste vi. Gjennom et helt år, 12 måneder, hadde kommisjonen jobbet for å snu hver stein, strebet for å etterleve ønsket om et ærlig og usminket produkt. Gjennom et helt år hadde mediene servert grufulle drypp om tingenes tilstand. Våre institusjoner, beredskapssystemer, byråkratier, helse- og redning, ledere og tjenestemenn ble alle satt i mediens søkelys, deres valg og avveininger ble lagt under lupen. Sannheten om hva som skjedde den 22. juli, de store svikene, var tøffe å motta, og

å overlevere. Men kommisjonen hadde selvfølgelig ikke noe valg. Så grunnleggende og gjennomsyrende var feilene. Sannheten måtte ut i dagen. Det var det ingen tvil om. Observasjonene ble lagt fram. Anbefalingene likeledes. Enkelt og brutalt.

GAMMELT NYTT

Mange har takket oss. Men likevel spør jeg: tålte vi egentlig sannheten, eller evnet vi å forstå dens alvor? Mange av mine internasjonale kolleger, som selv har jobbet i egne kommisjoner, advarte meg med at det ikke nødvendigvis er første gang feil blir påpekt, men kanskje andre gangen, at man virkelig gjør noe, eller tar ting på alvor. De viser til erfaringer fra andre land og lærdommer etter store hendelser. Mange av de samme feilene som ble påpekt etter 11. september 2001 av 9/11-kommisjonen, hadde blitt påpekt tidligere. Mange av de 31 anbefalingene 22. juli-kommisjonen kom med var heller ikke nye. Flere utvalg og arbeidsgrupper hadde tidligere påpekt noen av de samme problemstillingene.

DET HASTER

Er faren at vi kan komme til å se på 22. juli som et «one-off», et engangstilfelle, så eksepsjonelt og så «mot normalt», at vi som samfunn ikke tar kommisjonens anbefalinger på alvor? Og derfor ikke prioriterer å gjøre noe med dem? Eller er rapporten for omfattende, så nådeløs i sine mange kritikkpunkter at man ikke vet hvor man skal starte? Føler samfunnet avmakt? Evner vi å lære av rapporter som dette? Eller er det heller sånn, at vi gjemmer oss bak et par av anbefalingene, forsvinner i detaljer, for så å glemme helheten? Mange av de pårørende jeg har snakket med i etterkant er redd for at ønsket om handling tolkes som enten hoderulling



Foto: Thomas Winge Øljord/NTB scampix

” Vi bærer alle et ansvar for å forhindre at 22. juli skal skje igjen.

eller resulterer i opprettelse av nye arbeidsgrupper, nye komiteer og atter nye prosesser. Det haster, skriver vi i rapporten. Vi ønsker ikke forhastete tiltak, men vi har heller ikke tid til lange prosesser. Eller er det noe vi bare må forvente i vårt demokratiske system?

ANSVAR

Det andre store spørsmålet jeg bærer på er: hva vil det egentlig si å ta ansvar for feil som er begått og identifisert? Lessons identified er ikke nødvendigvis lessons learned, som det heter. Innrømmelse av ansvar gjør det mulig å gjenopprette personlig integritet, skrev Gunn Hild Lem, i en kronikk i Aftenposten, 9. september 2012. Det norske samfunnet har vært klare på at det er gjerningsmannen som ene og alene har skylden for de forferdelige angrepene 22. juli. Men mange andre beskyldes eller anklages for å ha sviktet.

Bærer de ansvar? Føler de skyld? Vi bærer alle et ansvar for å forhindre at 22. juli skal skje igjen. I den ærlige, om enn ubehagelige sannheten, ligger det en påminnelse om at vi alle må ta ansvar.

UBEHAGET

Å ta ansvar handler ikke om å legge ting bak seg, ei heller å skyldte på andre. Som Lem skriver i Aftenposten: Adam skyldte på Eva og slangen i Edens hage. Moderne idrettsutøvere sier det er viktig å se framover. Men fører ikke dette til manglende læring – og manglende vekstpotensial? Kommisjonsarbeidet handlet mye om at vi som samfunn må ta et ansvar. Vi ønsket å snu hver stein. Nå må dette fortsette. Vi kan ikke bare legge ting bak oss. Ei heller kun se framover. Er det ubehagelig? Ja. Kanskje er det først når sannheten er ubehagelig at vi tar ansvar – og med det lærer av våre feil.

LÆRDOM

Men makter vi å lære av våre feil? Helsevesenet kom som kjent særdeles godt ut av kommisjonens gjennomgang av 22. juli. Mange peker på at flere bør se til helsevesenets organisering i kriser for å lære. De trykket på den største knappen, og hadde øvd. Mange peker på at man bør øve mer. Trene mer, terpe mer. Det handler imidlertid ikke bare om å øve, men å forstå hvorfor vi øver. Man må erkjenne viktigheten av øvelsen. Man må eie øvelsen. Kjenne viktigheten, og forstå sin egen rolle. Mitt håp er at vi greier å tåle sannheten, ta ansvar og lære av våre feil – også av ting som gikk bra. 22. juli-kommisjonens rapport var med vilje skrevet i et språk som er lettlest og tilgjengelig. Således er det et håp at vi alle kan holde folk ansvarlige, lære av våre feil og evne å erkjenne og forstå sannheten. Jeg håper vi lykkes i det.



Går du med planer om å skrive en vitenskapelig artikkel?

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

Eksempler på tema:

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

Av Kristin Halvorsen

Intensivsykepleier, førsteamanuensis, Institutt for helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Oslo og Akershus og assisterende redaktør i Sykepleien Forskning.

Foto: Marit Fonn



Ressursbruk ved livets slutt

> Av og til kan intensivbehandling ved livets slutt føre til forlengelse av pasientens lidelser.

Ressursbruk i livets siste fase er et tema som stadig drøftes i medier og settes på den helsepolitiske agenda. Nylig ble det lagt fram en rapport om prioritering av helsetjenester med fokus på hvordan myndighetene skal klare å balansere tilgjengelige helseressurser mot den store etterspørselen av helsetjenester. Når temaet kommer opp, varer det ikke lenge før mennesker står fram med sterke fortellinger om at de har fått avslag om behandling de har håp om at kan bedre og forlenge deres siste levetid. Det er ikke vanskelig å forstå ønsket om behandling, verken når det dreier seg om unge mennesker med livet foran seg, eller eldre som opplever at de har mange gode dager igjen. I møte med slike historier strider det, for folk flest, mot all fornuft å snakke om ressursbruk og kostnader.

I debatten om ressursbruk ved livets slutt er det noen fortellinger vi sjelden hører. Det er

historier om behandling som ikke forlenger livet, men lidelsen. Fortellinger som handler om hvor vanskelig det er å sette strek – hvor vanskelig det er å si at nok er nok, der behandling i livets slutfase blir uverdigg og uriktig. Denne tematikken avdekkes også i forskning, nasjonalt og internasjonalt, og mange kjenner den igjen fra sin hverdag i sykehus og sykehjem. Problematikken belyses også på en måte som gjør inntrykk i det amerikanske magasinet The New Yorker. I artikkelen «Letting og» får leserne pasienthistorier hvor behandlingstyranniet bidrar til å ta fra mennesker en verdige livsavslutning med mulighet for å ta farvel med familie og venner. The New Yorker forteller om den unge, nybakte moren med uhelbredelig lungekreft, der all behandling sviktet og der alle mislykkede behandlingsforsøk ledet til nye marginale behand-

lingsalternativer og umenneskelige lidelser. Leseren får også møte den gamle mannen med kronisk og langtkommet hjertesvikt, som døde på intensivavdeling selv om det var opplagt at intensivbehandling hadde liten hensikt. Artikkelen vektlegger at en av hovedgrunnene til et slikt behandlingstyranni i helsevesenet, er at den ikke våger å møte pasientene og seg selv med sin maktesløshet overfor det uunngåelige – døden.

Ressursbruk ved livets slutt skal primært handle om hva som er den beste omsorg, på rett omsorgsnivå for alvorlig syke, i livsavslutningen. Sekundært handler det om rett og god forvaltning av helseressurser, og her gis den enkelte lege og sykepleier et stort ansvar for prioriteringer. Hensiktsløs behandling er svært kostnadskrevenende. Uhensiktsmessig ressursbruk hos en pasient har konsekvenser for andre pasienter.

Tekstmeldinger øker frammøte

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at tekstmeldinger er en rimelig og effektiv måte å øke oppmøte til avtaler med helsetjenesten.

TELEFONBESKJEDER

Manglende oppmøte til avtaler i helsetjenesten har ikke bare innvirkning på personers helse, men innebærer også betydelige kostnader. Dette kan føre til forsinkelser i diagnostisering og riktig behandling. Det at pasienter glemmer avtalen er en av hovedgrunnene til manglende oppmøte. Påminnelser kan kanskje redusere problemet. Det er mange måter man kan gi påminnelser på; for eksempel ansikt til ansikt, kommunikasjon, brev, telefonoppringing til fast- eller mobiltelefon eller tekstmeldinger. Bruk av tekstmeldinger (SMS eller MMS) burde kunne være en rimelig og effektiv måte å gi påminnelser på.

I Norge er det registrert stadig økende bruk av tekstmeldings-systemer og påminnelser. Vi kjenner ikke til at det foreligger lover og regler for dette i Norge. Sosialstyrelsen i Sverige publiserte noen vilkår for SMS-innkallinger i 2011: «Før att en vårdgivare ska få använda sig av påminnelser och kallelser till vård och behandling genom sms eller e-post måste vårdgivaren uppfylla följande villkor:

- Göra en behovs- och riskanalys
 - I sin informationssäkerhetspolicy besluta om att använda sig av denna typ av påminnelser eller kallelser
 - Ta fram rutiner för hur påminnelser och kallelser ska användas på ett säkert sätt
 - Få patientens medgivande och få den adress eller telefonnummer som ska användas.»
- Forbrukerombudet i Norge har laget en veileder som bruk av SMS og e-post som ledd i markedsføring (2009). Så vidt vi kan bedømme omfatter ikke denne helsetjenester.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte fire studier som vurderte bruken av tekstmeldinger sammenliknet med ingen påminnelser, telefonoppringninger eller beskjeder sendt i posten og fant følgende resultater:

- Tekstmeldinger førte til flere oppmøter sammenliknet med ingen påminnelser
- Tekstmeldinger eller telefonoppringninger hadde samme effekt på oppmøte
- Kostnadene forbundet med tekstmeldinger var lavere enn for andre typer påminnelser
- Ingen studier målte bivirkninger, helseutfall eller pasientenes perspektiv

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av påminnelser for å øke frammøte til avtaler i helsetjenesten. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant fire studier med til sammen 3547 pasienter. De fire studiene ble publisert mellom 2005 og 2008 og var gjennomført i Kina, Storbritannia og Malaysia. Studiene hadde stort sett moderat metodisk kvalitet. De fire studiene målte effekten av påminnelser via tekstmeldinger både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og for sykehus.

KILDE

Car J, Gurol-Urganci I, de Jongh T et al. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. Cochrane Database of systematic reviews 2012, issue 7.

Skrevet av Liv Merete Reinar,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

Sjokolade og blodtrykk

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at sjokolade har en lett blodtryksreducerende effekt på kort sikt.

FLAVANOLRIKE KAKAOPRODUKTER

Mørk sjokolade og flavanolrike kakaoprodukter har blitt assosiert med alternativ behandling for hypertensjon. Flavanol kan ha blodtryksreducerende effekter fordi de stimulerer til vasodilatasjon og derfor også muligens redusert blodtrykk. Retningslinjer for forebygging og behandling av hypertensjon anbefaler livsstilsendringer og kostholdsendringer sammen med konvensjonelle medikamenter.

Kakao blir ekstrahert fra kakaobønner og er rik på flavanol. Flavanol finnes også i andre planter som bønner, aprikoser, bjørnebær, epler og teblader, men da i mindre konsentrasjoner. Mørk sjokolade inneholder større mengder kakao (50 til 85 prosent) enn melkesjokolade (20–30 prosent). Det er stor variasjon i innholdet av flavanol i sjokolade- og kakaoprodukter. Det er derfor viktig i forskningssammenheng å sammenlikne doseringen/konsentrasjonen av flavanol – ikke bare mengden sjokolade i studier.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte 20 studier som vurderte bruken av daglig sjokolade sammenliknet med placebo i to til 18 uker og fant at det var en liten, men statistisk signifikant, reduksjon i blodtrykk (2–3 mm Hg) på kort sikt for personer som fikk flavanolrike sjokolade- eller kakaoprodukter.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av flavanolrik sjokolade- eller kakaoprodukter på blodtrykk hos personer med eller uten hypertensjon. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant 20 studier med til sammen 856 hovedsakelig friske personer. De 20 studiene ble publisert mellom 2003 og 2011. Dokumentasjonsgrunnetlaget var av lav kvalitet og det betyr at framtidig forskning kan endre tilliten vi har til disse resultatene og sannsynligvis endre effektestimaten. Det var metodiske begrensninger når det gjaldt fordelingsprosedyrer, blinding og frafall. De 20 studiene målte effekten av flavanolrik sjokolade- eller kakaoprodukter (mørk sjoko-

lade, melkesjokolade eller flavanolrikt sjokoladepulver – i snitt cirka 500 mg flavanol per dag) sammenliknet med kontroll (for eksempel hvit sjokolade eller placebo pulverblandinger som ga < 40 mg flavanol per dag). Oppfølgingstiden var opp til 18 uker. Bivirkninger som gastro-intestinalt ubehag og avsmak fra produktene ble rapportert hos 5 prosent av personer som fikk sjokolade og hos 1 prosent i kontrollgruppen. Ingen studier målte kliniske utfall relatert til høyt blodtrykk, som slag eller hjerteinfarkt.

KILDE

Ried K, Sullivan TR, Fakler P, Frank OR, Stocks NP. Effect of cocoa on blood pressure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8.

Skrevet av Liv Merete Reinar,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

Forskningsnytt

Nytt fra internasjonal forskning presentert og kommentert av **Anners Lerdal**, redaktør i Sykepleien Forskning og seniorforsker ved Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo Universitetssykehus.

Ensomhet og dødelighet hos sykehjemspasienter

Pasienter på sykehjem som rapporterte høyere emosjonell ensomhet hadde høyere dødelighet i en fem-årsperiode enn dem som var mindre ensomme. Dette går fram av en studie som undersøkte sammenhengen mellom grader av ulike former for ensomhet blant sykehjemspasienter og dødelighet fem år senere. Blant 2042 langtids sykehjemsbeboere ved 30 sykehjem i Bergen, ble de 252

som hadde god kognitiv funksjon tilsvarende en skåre på 0,5 på Clinical dementia rating scale, invitert til å delta. Ved første datainnsamlings-tidspunkt i 2004/2005 ble informasjon om deltakerne samlet inn ved hjelp av intervjuer etter standardiserte spørreskjemaer. I tillegg til sosiodemografiske data, ble det samlet inn data om mulig kreftdiagnose, samsykdommer, depresjon og ensomhet. Beboernes ensomhet ble kartlagt ved hjelp av den reviderte versjonen av Social provisions scale. Instrumentet består av 16 spørsmål som representerer fire dimensjoner: følelsesmessig ensomhet, sosial integrasjon, ivaretagelse og bekreftelse. Etter fem år ble data om dødsfall samlet inn fra Dødsårsaksregisteret.

Blant de 227 beboerne som valgte å delta i studien, hadde 60 (26

prosent) en kreftdiagnose. Trettini (65 prosent) var kvinner blant dem med kreft, mens 125 (75 prosent) var kvinner i resten av utvalget.

Forskerne fant at høyere alder, høyere utdanning og flere samsykdommer var assosiert med høyere dødelighet i løpet av de fem årene studien varte. Ved å inkludere følelsesmessig ensomhet i analysemodellen fant de at også høyere følelsesmessig ensomhet var assosiert med økt dødelighet i samme periode.

REFERANSE:

Drageset J, Eide GE, Kirkevold M, Ranhoff AH. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *J Clin Nurs* 2012. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x

KOMMENTAR

Sammenhengen mellom ensomhet og dødelighet gir grunn til videre undersøkelser om grad av følelsesmessig ensomhet kan predikere økt dødelighet. Hvis dette er tilfelle, vil det være spesielt viktig å iverksette tiltak som forebygger ensomhet og bidra til å etablere nettverk rundt beboerne som kan redusere ensomhet blant sykehjemmsbeboerne.

Mangelfull behandling av gjennombruddssmerter

Pasienter innlagt på sykehus i Europa får ikke tilfredsstillende behandling av gjennombruddssmerter. Dette går fram av en europeisk tverrsnittsundersøkelse. Hensikten med studien var å undersøke sykepleiers erfaring med gjennombruddssmerter hos kreftpasienter. Gjennombruddssmerter ble definert som en forbigående forverring av smerte som oppstår enten spontant eller er forårsaket av en trigger, til tross for stabil og tilstrekkelig kontrollert bakgrunnsmerter. Forekomst

og intensiteten av smerter samt sykepleierens erfaringer med ulike former for smertebehandling ble studert. Sykepleiere i 12 europeiske land som arbeidet med pasienter med kreft ble invitert til å delta i undersøkelsen via internett-siden til organisasjonen European Oncology Nursing Society. I noen land ble også deltakere rekruttert via e-post eller fra medlemslisten til kreftsykepleieres faggrupper.

Data ble samlet inn ved hjelp av et spesialutviklet nettbasert spør-

reskjema som besto av 36 spørsmål. Det originale skjemaet var på engelsk, men ble oversatt til språket til deltakerne fra de ulike landene. I tillegg til kartlegging av sykepleierens sosiodemografiske variabler inneholdt skjemaet spørsmål om hvor lenge de hadde arbeidet som sykepleiere, hvilken type onkologiske pasienter de jobbet med, deres praksis knyttet til smertevurdering, smertebehandling og erfaringer med gjennombruddssmerter.

Av totalt 1618 inviterte deltakere,

> TIPS OSS

Kjenner du til nye studier presentert i internasjonale tidsskrift som du mener har klinisk relevans og interesse for norske sykepleiere?

Tips kan sendes til annners.lerdal@ldh.no

Tvetydig forhold mellom pasienter

Samhandling med medpasienter ble opplevd som svært betydningsfullt. Dette går fram av en nylig publisert metasyntesestudie. Hensikten med studien var å studere hvordan eksisterende forskning beskriver medpasienters betydning for andre pasienter som er innlagt på sykehus.

Etter å ha funnet relevant forskning ved hjelp av et systematisk litteratursøk, gjorde forskerne en kvalitativ analyse av tekst fra bok, fire vitenskapelige artikler og to doktorgradsavhandlinger. Teksten ble analysert ved hjelp av analysemetoder utviklet av Sandelowski, Barroso og Ian Dey.

Hovedfunnet ble beskrevet med overskriften «tvetydig forhold». Dette kommer klart fram i studiens tre undertemaer. Det første undertemaet omhandlet medpasienter som en påtvunget følgesvenn.

Forholdet til medpasientene bidro til å redusere ensomhetsfølelse og kjedsomhet når det var lite som skjedde. Samtidig kunne pasienter som lagde støy, snorket, hadde mye besøk eller luktet ubehagelig være en belastning.

Det andre undertemaet beskriver at medpasienten oppleves som en ekspert på sykdom og livet i sykehuset. Pasientene delte vilige erfaringer med hverandre om nåværende og tidlige sykehusopphold. Dette omhandlet blant annet rutiner, hvem man burde snakke med, og hva man burde si og gjøre. Opplevelse av medpasienter som omsorgspersoner beskriver overskriften på det tredje undertemaet. Pasientene kunne være til praktisk hjelp for hverandre. Medfølelse med hverandre preget forholdet mellom pasientene.

REFERANSE:

Larsen LS, Larsen BH, Birkelund R. An ambiguous relationship – a qualitative meta-synthesis of hospitalized somatic patients' experience of interaction with fellow patients. *Scand J Caring Sci* 2012. Doi: 10.1111/j.1471-6712-2012.01054.

Studien gir eksempler på hvor stor betydning og hjelp medpasienter kan ha og innebære for pasienter som er innlagt på sykehus. Samtidig kan relasjonen også oppleves som vanskelig. Siden medpasienter kan ha så stor betydning indikerer dette at temaet bør forskes mer på og inkluderes som emne i sykepleierutdanningen.

KOMMENTAR

leverte 1241 spørreskjema med mer enn 50 prosent gyldige svar. Nitti prosent av deltakerne var kvinner og om lag 50 prosent hadde mer enn ni års erfaring med å arbeide med kreftpasienter. Blant sykepleierne oppga 47 prosent at pasientene pleide å ha gjennombruddssmerter to til tre ganger daglig og tre av fire beskrev pasientenes smerter som sterke. Trettiåtte prosent oppga at de ikke kjente til medikamenter som foreskrives for gjennombruddssmerter, 57 prosent oppga

at de vanligvis ga opioider oralt for denne type smerter. Forskerne konkluderer med at pasienter ikke får tilfredsstillende behandling av gjennombruddssmerter og at sykepleiere trenger mer kunnskap og bedre opplæring i behandling av denne type smerter.

REFERANSE:

Rustøen T, Geerling JI, Pappa T, Rundstrom C, Weisse I, Williams SC, et al. A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices.

Eur J Oncol Nurs 2012. Doi: 10.1016/j.ejon.2012.05.005

Studien indikerer at en relativ høy andel pasienter med kreft ikke får tilfredsstillende behandling for gjennombruddssmerter. Rekrutteringen via en interesseorganisasjon innebærer fare for at sykepleierne som svarte har en større interesse for kunnskapsfeltet enn andre sykepleiere som ikke leste nettsiden til organisasjonen.

KOMMENTAR





JORDMØDRE HAR FORSKJELLIG PRAKSIS FOR AVNAVLING



Foto: Erik M. Sundt

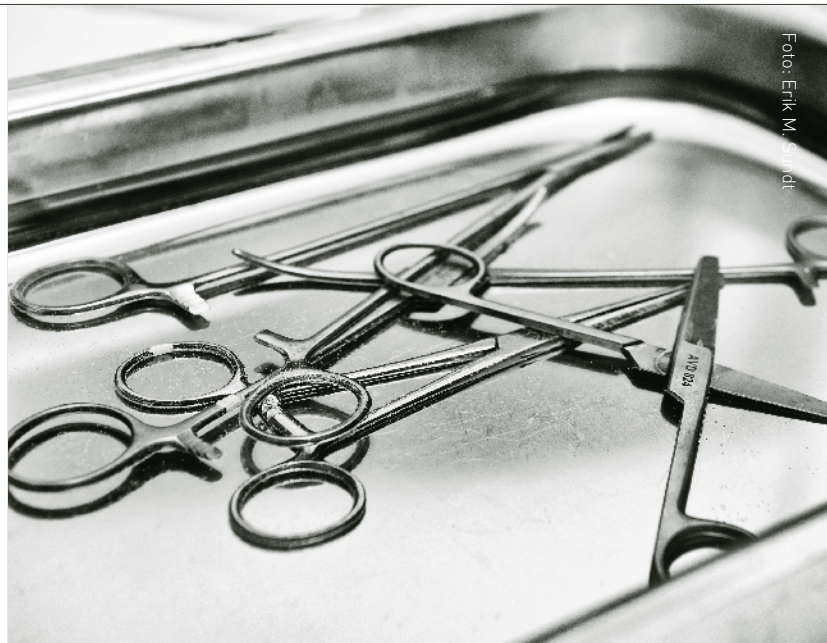


Foto: Erik M. Østby

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Helsetjenester i Norge skal være basert på forskningsbasert kunnskap. Likevel viser studier at klinikere ikke alltid handler i tråd med forskningsbasert kunnskap og anbefalinger.

Hensikt: Avnavling etter opphør av pulsasjon i navlesnor er anbefalt praksis. Hensikten med dette kvalitetsprosjektet var å kartlegge avnavlingspraksis i den normale fødsel, for å vurdere om denne var i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger.

Metode: Avnavlingspraksis i nor-

male fødsler ble kartlagt gjennom klinisk audit. De fire første trinnene i auditsirkelen ble gjennomført. 112 jordmødre ved en større kvinneklinikk svarte på spørreskjema vedrørende avnavlingstidspunkt, begrunnelse for tidspunkt, plassering av barnet etter fødsel og bruk av kunnskapskilder.

Resultat: Audit viste at det var diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger når det gjelder avnavling av nyfødte. Kartleggingen viste at 53 prosent av jordmødrene avnavlet det nyfødte

barnet i tråd med en kunnskapsbasert standard, og at det var variasjoner blant jordmødrene for når avnavling ble utført. Variasjonene i praksis forekom innenfor samme avdeling og mellom de ulike fødeavdelingene.

Konklusjon: For å forbedre kvaliteten på praksis er det avgjørende med tilbakemeldinger til praksis om denne diskrepansen. Gjennom en tilbakemelding vil praksis kunne forbedres slik at jordmødrene i større grad arbeider i tråd med forskningsbasert kunnskap.

ENGLISH SUMMARY

Are midwives working evidence-based? An clinical audit of cord clamping.

Background: Health services in Norway should be of good quality, and practice should be evidence-based. Nevertheless, studies show that practice is not always evidence-based and that there is a gap between research recommendations and actual practice.

Aims: The purpose of this quality improvement project was to document the timing of when midwives clamp the umbilical cord in normal labour, in order to assess whether their practice corresponded with evidence-based standards.

Method: When the umbilical cord in normal labour was clamped was studied through a clinical audit. The first four steps in the audit circle were conducted. One hundred and twelve midwives at a major birth clinic responded to a questionnaire regarding clamping the umbilical cord, justification of the timing, placement of the child after birth and the use of knowledge sources.

Result: The audit showed that 53% of the midwives clamped the umbilical cord corresponding with evidence-based standards set for the audit. Furthermore, the audit showed that there were variations among midwives on when the

procedure was performed. These variations occurred within the same department and between different maternity wards.

Conclusion: The results of the clinical audit showed that there was a discrepancy between actual practice and evidence-based recommendations regarding clamping the umbilical cord in normal labour. Practice also varied within the maternity department and between different maternity wards.

Keywords: Quality improvement, evidence based practice, clinical audit, umbilical cord clamping, normal labour

» Arbeider jordmor kunnskapsbasert? Klinisk audit av avnavlingspraksis

Forfattere: **Katrine Aasekjær,**
Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt

NØKKELORD

- Kvalitet
- Kunnskapsbasert sykepleie
- Fødsel

INNLEDNING

Behandling og råd som pasienten mottar samsvarer ikke alltid med gjeldende retningslinjer og anbefalinger for praksis, og litteraturen beskriver forskjell mellom reell praksis og anbefalt praksis (1-4). En slik diskrepans opptrer både i primær- og spesialisthelsetjenesten, og påvirker helsetjenestens kvalitet og sikkerhet (1,3).

Fødselsomsorgen i Norge har høy kvalitet (5), og har som mål å framstå som virkningsfull, trygg og sikker med kvalitet i alle ledd (5,6). Brukerne av tjenesten skal oppfatte tilbudet som trygt nok, og av høy faglig kvalitet (5). Kvalitetskravene innenfor fødselsomsorgen endres ved at man erverver ny kunnskap. For å kunne opprettholde og forbedre kvaliteten på fødselsomsorgen, er det nødvendig med kontinuerlig kvalitetsarbeid der vi evaluerer praksis (6). Dette innebærer blant annet systematisk innhenting av data som blir vurdert mot på forhånd

definerte standarder for «beste praksis» (6). I systematisk kvalitetsarbeid kan audit være en metode for kvalitetsforbedring (1,7-9). Klinisk audit innebærer kvalitetsvurdering av for eksempel daglig klinisk sykehusbehandling. Gjennom en audit kan man få kartlagt om praksis møter standarder for «beste praksis», og sette søkelys på eventuelle behov for forbedring (7).

Tidspunkt for avnavling er av betydning for det nyfødte barn. Navlestrengen fortsetter å pulserer og transfunderer oksygenrikt blod til barnet etter at det er født. Slik får barnet en gradvis tilpasning til livet utenfor livmor, og egenrespirasjon etableres (10,11). Denne transfusjonen gir det fullbårne barnet økte jernlagre, og dermed en reduksjon i antall barn med jernmangelanemi (11-13). For barn født før termin gir sen avnavling reduksjon av intraventrikulære blødninger, og det resulterer i færre blodtransfusjoner på grunn av lavt blodtrykk og anemi (12). Nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen i Norge er under utarbeidelse, og anbefalinger for avnavlingspraksis har så langt ikke vært tatt opp i veiledere for fødselshjelp. Internasjonale

kunnskapsbaserte retningslinjer og systematiske oversikter anbefaler sen avnavling, fortrinnsvis etter opphør av pulsasjon i navlesnor dersom det ikke er behov for tiltak overfor mor og barn umiddelbart etter fødsel (11-14). Til tross for dette viser studier at avnavlingstidspunkt varierer mellom de ulike fødeklinner, og også internt

Hva tilfører denne artikkelen?

Denne kvalitetsmålingen fra et stort norsk sykehus viste diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger vedrørende avnavling av nyfødte barn.

Mer om forfatterne:

Katrine Aasekjær er jordmor med master i kunnskapsbasert praksis i helsefag og ansatt som høgskolelektor ved Senter for Kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Gro Jamtvedt er fysioterapeut med Master of Public Health og doktorgrad fra Universitetet i Oslo. Hun er ansatt som avdelingsdirektør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og er førsteamanuensis ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Birgitte Graverholt er sykepleier med Master of Clinical Nursing og PhD-stipendiat ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Kontaktperson: kaaa@hib.no

i den enkelte fødeklinikk (15).

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å kartlegge jordmors avnavlingspraksis ved normal fødsel, og vurdere om praksis er i tråd med forskningsbasert kunnskap og anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer. Følgende spørsmål var utgangspunkt for en jordmorfaglig audit:

- Når avnavler jordmor?
- I hvilken grad er dagens praksis i tråd med gjeldende retningslinjer på området?
- Hvilke kunnskapskilder angir jordmor for valg av avnavlingstidspunkt?

METODE

I tidsperioden oktober til desember 2010 gjennomførte vi en jordmorfaglig audit på en uni-

spørreundersøkelsen ble evaluert opp mot et eksplisitt kunnskapsbasert kriterium (7). Kriteriet er basert på anbefalinger fra en kunnskapsbasert retningslinje og systematiske oversikter (11-14). Retningslinjen ble funnet etter søk i Guidelines International Network (G-I-N), med ordene *intrapartum care* (14). Det ble også gjort et søk i Cochrane Library i Cochrane Database of Systematic Reviews med ordene *umbilical cord clamping* (11-13). Retningslinjen ble kritisk vurdert ved hjelp av verktøyet AGREE (16), mens de systematiske oversiktene ble vurdert ved hjelp av sjekklistene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (17).

Vi satte også en standard for avnavlingspraksis. En standard

met for kartleggingen. Dette omfattet jordmødre som arbeidet på lav- og høyrisikofødeavdeling, til sammen 117 jordmødre.

Datasamling

Avnavlingstidspunkt blir i dag ikke rutinemessig journalført av jordmødre. For å kartlegge praksis var det derfor nødvendig å utvikle et egnet verktøy for datasamling. Verktøyet ble utviklet med utgangspunkt i en amerikansk spørreskjemaundersøkelse om avnavlingspraksis blant amerikanske jordmødre (18). Dette spørreskjemaet var validert, og spørreskjema ble oversatt til norsk ved å følge WHO's prinsipper om fram- og tilbakeoversettelse (19). Tilpassing til norske forhold foregikk ved at to jordmødre uavhengig oversatte det originale spørreskjemaet til norsk. Det ferdigstilte spørreskjemaet ble så oversatt tilbake til engelsk av en tospråklig jordmor, og dette utkastet var tilnærmet lik originalspørreskjemaet. Originalversjonen gjennomgikk så en test av face validity blant ti jordmorstudenter. Originalversjonen og den oversatte versjonen ble sammenliknet. Konklusjonen ble at de to versjonene uttrykte samme meningsinnhold, men i den norske versjonen ble ordlyd justert for å få bedre flyt i teksten. Det oversatte spørreskjemaet ble pilottestet på seks jordmødre, ansatt ved en barselpost og en observasjonspost i den samme klinikken som kartleggingen skulle gjennomføres.

” Tidspunkt for avnavling er av betydning for det nyfødte barn.

versitetsklinikk med gjennomsnittlig 5000 fødsler per år. Klinikken har en høyrisiko- og en lavrisikofødeavdeling. Alle jordmødre (n=117) som arbeidet ved de to fødeavdelingene ble invitert til å delta i auditen. Jordmødrene rapporterte egen avnavlingspraksis ved å besvare et spørreskjema.

Kriterium og standard

I en klinisk audit blir kriterier brukt for å beskrive kvaliteten i tjenesten. Kriteriene viser det ideelle mål for kvalitet, og skal baseres på forskningsbasert kunnskap (7). Kartlegging av kvalitet kan måles på ulike nivåer, avhengig av om kvalitetsmålingen dreier seg om vurdering av prosess, resultat eller struktur (7). Gjennom å kartlegge det jordmor gjør i praksis, vurderer vi prosess (7). Data fra

blir sett på som det man skal nå for at kvaliteten oppfattes som akseptabel, og blir presentert i prosentsats. En standard beskriver det realistiske målet for praksis (7), og i dette prosjektet tok vi utgangspunkt i at kartleggingen av avnavlingstidspunkt omhandlet den normale fødsel og fødsel av friske barn. Kriteriet og standard for den jordmorfaglige audit er presentert i tabell 1.

Utvalg

Utvalget besto av jordmødre som arbeidet med fødsler i tidsrom-

TABELL 1: Kriterium og standard for avnavlingspraksis.

Kriterium	Standard	Referanse
Alle jordmødre skal avnavle etter opphør av pulsasjon i navlesnor i den normale fødsel.	100 %	NICE (2007), McDonald & Middleton (2008), Hutton & Hassan (2007), Rabe et al. (2004).

Spørreskjemaet inneholdt seks spørsmål. De to første spørsmålene omhandlet ansiennitet og jordmorarbeidet ved høy- eller om lavrisiko fødeavdeling. Videre kartla spørsmålene tidspunkt for avnavling ved normal fødsel, begrunnelse for avnavlingstidspunkt, plassering av det nyfødte barn og ulike kunnskapskilder jordmor bruker. Disse spørsmålene hadde flere svaralternativer hvor jordmor kunne krysse av på spørsmål om begrunnelse for avnavlingstidspunkt og bruk av kunnskapskilder. Spørsmålene om tidspunkt for avnavling og plassering av det nyfødte barnet tillot kun et svar. Alle data som ble samlet var anonyme.

Prosjektet ble fremleggingsvurdert for REK vest (20), hvor det ble vurdert som ikke fremleggingspliktig. Det er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (21).

Spørreskjema og informasjonsbrev ble distribuert via jordmødrenes interne posthuller, og svarene ble returnert i lukket konvolutt i egen postkasse i avdelingen. Innlevering av spørreskjemaet ble ansett som samtykke til deltakelse i studien. Det ble gjennomført to purringer.

Dataanalyser

Spørsmålet om avnavlingstidspunkt inneholdt syv svaralternativer, hvor jordmor ble bedt om å velge ett svaralternativ. Fordi andelen svar innenfor enkelte kategorier var så få, ble tre av svaralternativene slått sammen slik at vi hadde fire kategorier for avnavlingspraksis. Enkel deskriptiv statistikk ble gjennomført for å beskrive resultatene. Kji-kvadrat test ble benyttet for å undersøke forskjeller på praksis når det gjaldt

jordmors ansiennitet og avdelingstilhørighet. Resultatene ble presentert i prosenter og med p-verdi. Signifikansnivået ble satt til 5 prosent. Excel versjon 2010 ble brukt til å analysere data.

RESULTATER

Av 117 jordmødre var det 112 (95 prosent) som deltok i kartleggingen av avnavlingspraksis. Gjennomsnittlig ansiennitet

når jordmødrene var utdannet. Blant jordmødre utdannet etter innføring av Kvalitetsreformen i Høyere Utdanning (25) var det flere som avnavlet etter opphør av pulsasjon i navlesnor (75 prosent versus 44 prosent, $p=0,003$) (tabell 2).

Begrunnelse

Jordmødrene som avnavlet sent, begrunnet oftest dette med at de avventet avnavling for å øke

” Omtrent halvparten av jordmødrene avnavlet ved opphør av pulsasjon.

som jordmor var 12,5 år (range 0,5–41). De fleste jordmødrene hadde mer enn fem års ansiennitet ($n=80$) og jobbet ved en høyrisiko fødeavdeling ($n=74$).

Tidspunkt

Omtrent halvparten av jordmødrene avnavlet ved opphør av pulsasjon, og i tråd med standard for god praksis (tabell 2). Ved høyrisikofødeavdeling svarte 39 prosent av jordmødrene at de avnavlet ved opphør av pulsasjon i navlesnor, mens denne andelen var 79 prosent ved lavrisiko fødeavdeling (tabell 2). Forskjellen var statistisk signifikant ($p = <0,001$). Vi så også på om det var forskjeller på praksis avhengig av

morkaketransfusjonen (74 prosent). Videre oppga flere at de avventet avnavling for å gi det nyfødte barn en gradvis tilpassning av sirkulasjonen utenfor livmor (44 prosent) og fordi barnet fortsetter å motta oksygen fra navlesnor (36 prosent).

Det var ingen tydelige forskjeller knyttet til avdelingstilhørighet eller ansiennitet ved spørsmålene om begrunnelse for avnavlingstidspunkt og hvordan jordmødre søkte etter kunnskap. Videre søkte flest jordmødre råd hos en jordmor-kollega (34 prosent), stilt overfor en problemstilling relatert til avnavling. Imidlertid fant vi at jordmødre utdannet etter kvalitetsreformen (25) i større

TABELL 2: Jordmødrenes selvrapporterte avnavlingspraksis ($n=112$).

Avnavlingspraksis	n (%)	Høyrisiko fødeavdeling n (%)	Lavrisiko fødeavdeling n (%)
Fra ett til tre minutter	21 (19 %)	20 (27 %)	1 (3 %)
Etter tre minutter	7 (6 %)	4 (5 %)	3 (8 %)
Ved opphør av pulsasjon i navlesnor	59 (53 %)	29 (39 %)	30 (79 %)
Det varierer	25 (22 %)	21 (29 %)	4 (10 %)
Total	112 (100 %)	74 (100 %)	38 (100 %)

utstrekning brukte vitenskapelige databaser (22 prosent versus 11 prosent, $p = 0,004$).

DISKUSJON

Resultatene fra denne audit viste at cirka halvparten av jordmødrene (53 prosent) på en norsk fødeavdeling utførte avnavlingspraksis i henhold til kunnskapsbaserte anbefalinger (11-14). Før kartlegging av praksis var standard satt til å være 100 prosent.

Til tross for diskrepans mellom ønsket standard for praksis og reell praksis, viste kartleggingen at ingen jordmødre avnavlet umiddelbart etter fødsel. Dette innebærer at de fleste barna får overført noe blod fra morkaken. Kartleggingen viste også at avnavlingspraksis varierte, og at det var variasjon innenfor samme fødeavdeling, og mellom de to fødeavdelingene. Andre studier viser lignende resultat når det gjelder avnavlingspraksis (15,18). Studier som har kart-

falinger fra forskningsbasert kunnskap (11-14). Kartleggingen viste at jordmødrene hadde relevant kunnskap om hvorfor man bør avvente avnavlingstidspunkt. Det at praksis er tuftet på forskningsbasert kunnskap er assosiert med økt sikkerhet og kvalitet på behandlingen (2,25). Fordi begrunnelsen for avnavlingstidspunkt var forskningsbasert for majoriteten av jordmødrene burde kanskje prosentandelen jordmødre som avnavlet ved opphør av pulsasjon vært høyere. Begrunnelsen er relativt lik blant jordmødrene, og kan eksempelvis skyldes at spørsmålet har blitt diskutert i forbindelse med denne undersøkelsen, og dermed ikke uttrykker et pålitelig svar på dette spørsmålet.

Avstanden mellom standard satt for praksis og reell praksis var mindre blant jordmødre utdannet etter innføring av kvalitetsreformen av høyere utdanning (26). Denne forskjell-

fødeavdeling, øker sannsynligheten for at man intervenserer og aktivt griper inn i fødselsarbeidet (4,27). Dette kan være en mulig forklaring til den store forskjellen i avnavlingstidspunkt mellom de to avdelingene.

Uavhengig av avdelingstilholdighet og ansiennitet som jordmor, søkte jordmødrene oftest råd og veiledning hos en jordmorkollega. Dette funnet stemmer overens med andre studier som har kartlagt jordmødres kunnskapstilegning i Norge (28). Sandven (28) fant i 2003 også at jordmødre oftest søkte råd og veiledning hos egen kollega. Ulvenes har gjort en tilsvarende studie blant norske leger (29), og også her viste det seg at den mest brukte informasjonskilden blant leger i klinisk praksis var kollegaer.

I en stor britisk studie viser Thompson (30) at sykepleiere støtter seg til mange ulike kunnskapskilder i sin daglige yrkesutøvelse, og at forskningsbasert kunnskap benyttes i mindre grad. Utvalget vårt er lite og det er vanskelig å trekke noen absolutte slutninger, men det er mulig å se en tendens til at undervisning i å arbeide kunnskapsbasert kan påvirke hvilke kunnskapskilder vi bruker. Dette funnet er i tråd med Coomarasay og Khan (31) som sier at økt kunnskap fører til positiv atferd og holdning til kunnskapsbasert praksis. Andre faktorer kan være at jordmødre med lavere ansiennitet er yngre, og har andre holdninger til forskningsbasert kunnskap samt bedre ferdigheter relatert til litteratursøk. Ulveset (28) konkluderte i sin studie at yngre leger var mer positive til kunnskapsbasert tenkning enn sine eldre kollegaer.

” Avnavlingstidspunkt blir i dag ikke rutinemessig journalført av jordmødre.

lagt fødselsomsorgen viste at fødselshjelpen blant jordmødrene inneholdt stor grad av variasjon, og at standard og anbefalinger gitt til praksis bare delvis ble fulgt (22-24). Kvaliteten på norsk fødselshjelp er god, men denne studien viser at det er behov for at vi arbeider systematisk og målrettet med kvalitetsforbedring hvor målsettingen bør være forbedring av praksis (3).

Til tross for variasjoner i praksis hadde de fleste jordmødrene (92 prosent) en begrunnelse for avnavlingstidspunkt som sammenfalt med anbe-

len mellom jordmødre utdannet før og etter kvalitetsreformen, kan muligens forklares med at den norske jordmorutdanning siden 2004 har hatt økt fokus på kunnskapsbasert praksis i utdanningen.

Kartleggingen viste at det var en forskjell i avnavlingstidspunkt når det gjaldt hvilken avdeling jordmoren arbeidet ved. Jordmødre ved lavrisikofødeavdeling avnavlet i større grad ved opphør av pulsasjon i navlesnor enn jordmødre ved høyrisikoavdeling. Forskningsbasert kunnskap har vist at ved innleggelse i en høyteknologisk

Resultatene beskriver praksis ved en norsk fødeklinikk, men vi må vise forsiktighet vedrørende generaliserbarhet til andre fødeavdelinger. Bruk av spørreskjema og selvrappport kan resultere i at respondenten kan overdrive positive egenskaper og underrapportere negative egenskaper. Imidlertid hadde vi en svært høy svarprosent, spørreskjemaet ble fylt ut anonymt og det inneholdt få og enkle spørsmål. Disse faktorene kan være med å øke gyldigheten av resultatene.

Resultatene ble formidlet til praksis, men data ble bare samlet en gang i denne kartleggingen og det ble ikke implementert konkrete tiltak for å forbedre praksis. En positiv, men ikke målbar effekt av denne audit, var likevel at spørreskjemaet resulterte i økt fokus og refleksjon rundt egen praksis som førte til at en del jordmødre oppga at de endret praksis. Hvor lenge slik refleksjon opprettholdes er avhengig av intensiteten på tilbakemeldingen som gis (33,34). Å gjenta tilbakemeldingen har vist å være virkningsfullt (1,7,9,33,34).

KONSEKVENSER


En full klinisk audit-prosess innebærer også å gi tilbakemeldinger til praksis (7,8,32), og forskning viser at slik tilba-

kemelding kan forbedre fagutøvelsen (9). Ved å få vite hvordan praksis utføres, kan man bli i stand til å justere praksis. Tilbakemelding bør formidles både i form av direkte undervisning og gjennom skriftlig tilbakemelding av resultatene (1,33). Tilbakemeldingene må tydeliggjøre gapet mellom reell praksis og forventet praksis, slik at jordmor kan bli motivert til å forbedre seg og initiere endringer på ledelsesnivå (7,19). Det er mange og sammensatte årsaker til hvorfor ny forskningsbasert kunnskap ikke implementeres (33,34). Like viktig som å ta

kan bidra til at gapet mellom forskningsbasert kunnskap og praksis reduseres (2,6). Kunnskap om hvordan søke etter og kritisk vurdere forskningsbasert kunnskap kan være et virkemiddel for at helsearbeidere i større grad benytter seg av vitenskapelige databaser (26,29-31).

KONKLUSJON

Denne kvalitetsmålingen fra et stort norsk sykehus viste diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger vedrørende avnavling av nyfødte barn. Undersøkel-

 Ingen jordmødre avnavlet umiddelbart etter fødsel.

hensyn til de universelle barrierene for å implementere slik kunnskap, vil det være avgjørende å kartlegge de lokale og kulturelle barrierene innenfor den aktuelle organisasjon hvor endring skal gjennomføres (33,34). Ved å skreddersy strategien for forbedringsarbeidet er det større sannsynlighet for at implementering av ny kunnskap vil resultere i forbedring av praksis (33,34).

Kompetanseutvikling er nødvendig for å sikre kvaliteten på behandlingen som gis, og kunnskap og holdninger

sen kan ikke si noe om hvorfor praksis varierer på denne måten, og det er usikkert om resultatene har generell overførbarhet til fødselsomsorgen i Norge. Resultatene samsvarer dog med andre utenlandske studier som også viser variasjon i avnavlingspraksis. Jordmødre som var utdannet etter innføringen av kunnskapsreformen, og dermed har fått undervisning i å arbeide kunnskapsbasert, utførte i større grad praksis i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer og anbefalinger.

REFERANSER

1. European Observatory on Health Systems and Policies. HEN, Health EvidenceNetwork [Internet] WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Denmark. Flottorp, SA., Jamtvedt, G, Gibis, B & McKee, M; 2010. [Nedlas-

tet 16.05 2011]. Tilgjengelig fra: http://www.who.euro.int/_data/assets/pdf_file/0003/124419/e94296.pdf

2. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. Oslo, Helsedirektoratet; 2010. Rapport IS – 1803.

3. Helse- og omsorgsdepartementet [2011]. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). St.meld. nr. 16, Oslo.
4. McGlynn et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2003;348:2635–45.

5. Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 St.meld. nr. 12; 2008-2009.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli (2005-2015). Oslo, Helsedirektoratet. Veileder IS- 1162; 2005.
7. National Institute for Clinical Excellence. University of Leicester: Radcliff Medical Press 2002. [hentet 2011-05-16]. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>
8. Kjærgaard, J, Mainz, J, Jørgensen, T & Willaing, I. Kvalitetsutvikling i sundhetsvæsenet. Munksgaard, København. 2001.
9. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brian MA, Oxman AD. Audit and Feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Library. 2006. Issue 2. Art.No.CD000259.
10. Mercer, J. & Skovgaard, RL. Neonatal Transitional Physiology: A New Paradigm. Journal of Neonate Nursing. 2002;15:56-75.
11. McDonald SJ & Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Syst. Rev. 2008. Issue 2. Art. No.: CD004074.
12. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. Cochrane Database of Syst. Rev. 2004. Issue 4. Art. No.: CD003248.
13. Hutton, EK & Hassan, ES. Late versus Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. JAMA. 2007;297:1241-52.
14. National Institute for Clinical Excellence. University of Leicester: Radcliff Medical Press 2007. Tilgjengelig fra: <http://guidance.nice.org.uk/CG55/NICEGuidance/pdf/English>. [Nedlastet 11.02.2011]
15. Wiklund, I., Nordström, L & Norman, M. Vårdprogram för avnavling av nyfödda barn Läkartidningen. 2008;45:3208-10.
16. Helsedirektoratet. Evaluering av faglige retningslinjer. AGREE instrumentet. The AGREE Collaboration/Sosial- og Helsedirektoratet, 2003. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org.
17. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestene. Sjekklister for vurdering av en Oversiktsartikkel. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%3C%3B%8ke-resultater?cx=010191580526572086837%3A3gzphrbb6u&cof=FORID%3A11%3B%3A1&i=UTF-8&q=kritisk+vurdering#964>. [Nedlastet 03.05.11]
18. Mercer J, Nelson C, Skovgaard CNM, Hughes B. Umbilical cord clamping: beliefs and practices of American nurse- midwives. Journal of Midwifery and women's health. 2000;1:58-66.
19. World Health Organization. Process of translation and adaption of instruments. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en. [Nedlastet 20.05.2010].
20. REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Tilgjengelig fra: <http://helseforskning.etikk.no>. [Nedlastet 20.05.2010]
21. NSD Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no>. [Nedlastet 20.05.2010].
22. Kvist, JL., Damiati, N., Rosenqvist, J. & Sandin-Bojö, A-K. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. Midwifery. 2011;188-194.
23. Sandin-Bojö et al. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. Midwifery. 2006;22:207-17.
24. Sandin-Bojö & Kvist. Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score Birth. 2008;35:321-8.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. I trygge hender. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Veileder for ledelse av pasientsikkerhet. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/pasientsikkerhetskampanjen; 2011.
26. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen. Oslo, Utdanning – og forskningsdepartementet; 2005. Rammeplaner for høyere utdanning, helse- og sosialutdanning.
27. Hundley, VA., Cruickshank, FM., Lang, GD., Glazener, CMA., Milne, JM., Turner, M., Blyth, D. Mollison, J. & Donaldson, C. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. BMJ. 1994; 309:1400-4.
28. Sandven, I. Kompetanseutvikling blant jordmødre i Norge. [Akademisk avhandling]. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg. 2003.
29. Ulvenes, LV., Aasland, O., Nylenna, M. & Sønbo Kristiansen, I. Norwegian Physicians' Knowledge of and Opinions about Evidence – Based Medicine: Cross – sectional Study. Plus ONE. 2009;4:1-6.
30. Thompson, DS., Moore, KN. & Estabrooks, CA. Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. Evidence Based Nursing 2008;11:35-9.
31. Coomarasay, A. & Khan, KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. BMJ. 2004;329:1-5.
32. RNAO Transforming Nursing through Knowledge. Ontario, DiCenso, A., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I., Harrison, M., Logan, J., McCleary, L., Power, M. & Scott, J. Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Tilgjengelig fra: <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=823>. [Nedlastet 03.05.2011].
33. Kajermo, K.N., Boström, A-M., Thompson, DS., Hutchinson, AM., Estabrooks, CA & Wallin, L. The BARRIER scale – the barriers to research utilization scale: A systematic review. BioMedScience [elektronisk artikkel]. 2010;5:225. Tilgjengelig fra: <http://www.implementationscience.com/content/5/1/3>. [Nedlastet 05.03.2011].
34. Sprague, AE., Oppenheimer, L., McCabe, L., Graham, ID. & L. Davies, BL. Knowledge to Action Implementing a Guideline for Second Stage Labour. Matern Child Nurs. 2008;3:179-86.



Har du tatt doktorgrad?

Sykepleien Forskning publiserer nye doktorgrader avlagt av norske sykepleiere. Som et ledd i å formidle forskningsarbeider og forskerkompetanse blant sykepleiere ønsker vi å publisere sammendrag også av tidligere avlagte doktorgrader på våre nye nettsider.

Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å sende inn nødvendig informasjon til forskning@sykepleien.no.

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider www.sykepleien.no.



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Overgang fra føde/barselavdeling til helsestasjonen i kommunehelsetjenesten overtar oppfølging av barnet og familien, viser store gap og synes tilfeldig i innhold og kvalitet.

Hensikt: Å utforske mødres erfaringer den første tiden hjemme med en nyfødt.

Metode: Klassisk Grounded theory ble brukt ved innsamling og bearbeiding av data fra sju fokusgrup-

peintervju med 26 mødre med barn i alderen seks uker til tre måneder.

Resultat: Mødrene var sterkt opptatt av å bevare kontroll og integritet i sin nye situasjon. Dette hovedproblemet ble håndtert med strategien «Prioritering av nyfødtomsorg». Strategien omfatter prosessene: utvikler kompetanse, endrer fokus i parforholdet, tøyer tålegrenser og søker anerkjennelse. Disse parallelle prosessene hadde innbyrdes sammenheng, noen ganger til gjensidig

støtte og andre ganger i konflikt.

Konklusjon: For å lykkes med amming og gi omsorg til barnet, kan mødre ignorere grunnleggende behov som å spise og sove og utholde smerter. Forestillingen om at å føde barn er en normal situasjon kan ha ført til usynliggjøring av barselkvinnen og undervurdering av foreldres behov den første sårbare tiden og dermed forhindre å gi et helhetlig tilbud med profesjonell omsorg og informasjon.

ENGLISH SUMMARY

The importance of post-natal women the first period at home with a newborn

Background: There is a significant gap in the continuance of patient care from discharge from the maternity unit until the health centre provides follow-up for the family and the baby.

Objective: The article aims to explore how mothers experience the first period at home with their newborn.

Method: The classical grounded theory method was used to gather and analyse data. Seven focus group

discussions were conducted with 26 mothers who had babies 1.5–3 months old.

Results: The mothers were strongly concerned about preserving their control and integrity in the new situation. This main concern was resolved by the strategy of prioritizing newborn care. The strategy encompassed a process of developing competence in motherhood, changing focus in relationships, stretching to the critical level and seeking recognition. These parallel processes were interrelated, sometimes mutually supportive and sometimes conflicting.

Conclusion: While succeeding in breastfeeding and taking care of the baby, mothers will ignore basic needs to eat and sleep, and suppress pains. The idea that giving birth is a simple and normal situation may obscure the post-natal woman, underestimate the importance of parents' need in a vulnerable period and thereby hinder seamless health care and the professional support and information.

Keywords: Post-natal woman, newborn, health services, breastfeeding, grounded theory

» Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt

Forfattere: Esther Hjälmhult og Toril Økland

NØKKELORD

- Nyfødt
- Helsetjeneste
- Amming
- Fokusgrupper
- Grounded theory

BAKGRUNN

I de siste åtte-ti årene har barselomsorgen gradvis blitt redusert ved norske sykehus. I dag er barseloppholdet på to-tre dager, med en variasjon på null-sju dager. En tilsynsrapport fra Statens helse-tilsyn beskriver at overgang fra føde/barselavdeling til helsestasjon i kommunehelsetjenesten viser store gap og synes tilfeldig i innhold og kvalitet (1).

Forskning viser at mange mødre har økt sårbarhet etter en fødsel, der særlig det første barnet medfører store omstillinger i familiens liv. Ro og omsorg i barseltiden synes å beskytte mot depressive plager etter fødselen, og sosial støtte og tro på seg selv demper stress og engstelse (2-6). Mangel på grunnleggende omsorg på sykehuset har vist en negativ effekt på mors selvfølelse og hennes tro på seg selv som mor (7-8). I slike tilfeller ble det sosiale nettverket deres lite brukt, og mødrene prioriterte ikke hvile og ro til å amme i barseltiden (7).

I barseltiden rapporterer

mødre at det er vesentlig å kjenne trygghet, og at ulike og motstridende råd, særlig om amming, gir usikkerhet (9-10). Amme-problemer i starten, med smerter og sårhet, uro for tilstrekkelig melkemengde og brystbetennelse, skal kunne pareres med andre fysiske endringer og plager (11-12). Studier viser også at mødre er lite forberedt på hva som ventet dem etter hjemkomst, og hvordan de skal håndtere vanlige problemer både i forhold til seg selv og til barnet (13-16).

Vi mangler kunnskapsbaserte retningslinjer for den endrete barselomsorgen. Noen studier rapporterer at tidlig tilrettelagt hjemreise etter en fødsel ikke har negative konsekvenser for mor og barn (17-20), mens andre studier viser manglende evidens, og at mødres helse neglisjeres og legekontakter eller sykehusinnleggelse av mor og den nyfødte øker (21-23). For å møte nybakte familiers behov er det en lovbestemt oppgave i Norge å tilby hjemmebesøk til alle familier helst innen to uker etter fødsel (24). I noen kommuner er likevel hjemmebesøk redusert (25). Når både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten reduserer ytelsen til nye familier, er det viktig å få kunnskap om hvordan aktuell praksis møter foreldres behov. På den måten kan man støtte brukerne og tilpasse helse-tjenesten. Hensikten med studien var derfor å undersøke hvordan

mødre erfarer den første tiden hjemme etter en fødsel og hvordan de håndterer sin nye situasjon. En mer detaljert beskrivelse er publisert tidligere (26).

METODE

Vi valgte klassisk grounded theory for å utforske latente sosiale prosesser. Målet er ikke bare å beskrive, men også å generere teori som forklarer atferdsmønstret til de studerte. Datainn-samling og analyse skjer samtidig ved at vi konstant sammenlikner likheter, forskjeller og grader av konsistens mellom indikatorer. Teorien genereres induktiv på bakgrunn av relasjoner som er

Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser blant annet at det å lykkes med amming synes å være en særlig følsom og viktig del av morsrollen, og for å lykkes med amming og gi omsorg til barnet, kan mødre ignorere grunnleggende behov hos seg selv som å spise og sove og utholde smerter.

Mer om forfatter:

Esther Hjälmhult er dr. polit, helsesøster og førsteamanuensis ved Avdeling for helse- og sosialfag, institutt for sykepleiefag og ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Toril Økland er helsesøster med master i helsefremmende arbeid. Hun er enhetsleder helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Bergen kommune. Kontakt: ehj@hib.no.

empirisk forankret (27, 28). Vi vurderte fokusgrupper som hensiktsmessig for datainnsamlingen, der interaksjonen mellom deltakerne var sentralt for å åpne opp for ny innsikt. Fokusgruppeintervjuer og analyser var rettet mot å forstå deltakernes perspektiv uten et gitt teoretisk perspektiv (29).

DELTAKERE

Deltakerne ble rekruttert på helsestasjoner i ulike bydeler der mødre fikk skriftlig informasjon tre–seks uker etter fødselen. Tjueseks mødre med spedbarn deltok i sju fokusgrupper. Kriterier var norsktalende mødre over 18 år med barn fra seks uker til tre måneder. Ti av deltakerne var førstegangsmødre, 16 hadde to til fire barn. Mødrene var 20–40 år, hadde variert demografisk bakgrunn, men ingen var alenemødre. Variasjonen var ellers rik med ulike erfaringer fra normale fødsler, keisersnitt, tvillinger og lett premature. Mødrene hadde født på en stor institusjon med utreise innen 48 timer, unntatt enkelte som ble lengre på grunn av komplikasjoner.

DATASAMLING OG ANALYSE

Vi vektla et avslappende miljø og aktiv lytting for å tilrettelegge for interaksjonen i gruppen (29, 30). Inngangsspørsmålet i gruppene var: «Hvordan har det vært å komme hjem med en nyfødt?» Diskusjonene gikk livlig. Fokusgruppeintervjuene varte halvannen time, ble tatt opp på bånd og transkribert, og de fem første gruppene danner et grunnlag for å utvikle hypoteser om hva som skjer i det studerte feltet.

Analysen består av åpen, selektiv og teoretisk koding (tabell 1). Vi startet med en åpen kodingsprosess hvor hvert intervju ble analysert og sammenliknet med de tidligere, kombinert med

skrevne memo, alt i en kontinuerlig prosess. Vi identifiserte deltakernes hovedproblem den første tiden hjemme med en nyfødt, for deretter å identifisere den såkalte kjerne-kategorien som kunne fange det handlingsmønster som mødrene anvendte for å håndtere problemet (27). I analyseprosessen ble kodene gruppert i større kategorier, der beskrivende koder som «ber om hjelp ved amming», «lærer å håndpumpe» ble utviklet til mer teoretiske begreper som «utvikler ferdigheter» eller «utvikler kompetanse». Ved selektiv koding konsentrerte vi analysene omkring relasjoner til kjerne-kategorien, og til slutt kodet vi teoretisk om relasjoner mellom kategoriene. De to siste fokusgruppene anvendte vi til å sikre variasjon i demografiske data og berike de framkomne koder og hypoteser mot teoretisk metning, det vil si at det ikke kom fram nye kategorier fra intervjuene. Hensikten med teoretisk koding er å relatere kodene til hverandre på en slik måte at teorien stemmer med data og er relevant, ved å la mønstre eller prosesser framstå og fungere slik at de forklarer hva som pågår i det studerte feltet (28).

Andre medforfatter var co-moderatorer i gruppene, assisterte

ved enkel servering og noterte stikkord og eventuelle spørsmål vi diskuterte i etterkant. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, men vurdert utenfor mandatet til Regional Etilsk Komité. (Se tabell 1.)

FUNN

Hovedproblem for mødrene ble identifisert til «hvordan kan de bevare kontroll og integritet i sin nye livssituasjon?». De prøvde å håndtere dette hovedproblemet med «Prioritering av nyfødtomsorg», en prosess som omfatter fire atferdsmønstre: «utvikler kompetanse», «endrer fokus i parforhold», «tøyer tålegrenser» og «søker anerkjennelse».

Forhold som påvirker

Karakteristiske forhold som påvirket prioritering av nyfødtomsorg var mødrenes opplevelse av å være sårbare og slitne den første tiden. De ble også lett stresset. Mange uttalte at de ville reise tidlig hjem etter fødselen, men særlig førstegangsmødre var likevel lite forberedt på opplevelsen av stress og utrygghet. Mange av dem visste lite og var usikre og engstelige for ikke å mestre omsorg og stell av barnet.

Førstegangsmødre opplevde intense dager, og fleggangsmødre

TABELL 1: Faser i analysen ved grounded theory.

Faser	Hensikt	Resultat
1. Substantiv koding		
- Åpen koding	Utvikle substantiv koder og kategorier og deres egenskaper	Opplever sårbarhet, tøyer tålegrenser og sammenligner babyer
- Selektiv koding	Utvelge koder relatert til kjerne-kategorien	Bare relevante koder: Opplever sårbarhet, tøyer tålegrenser
2. Teoretisk koding	Formulere hypoteser som beskriver relasjoner mellom substantiv kategorier	Jo mer tøyde tålegrenser, jo mer opplevd sårbarhet

en mer maset hverdag. For mange var det en belastning å ta seg tilbake til sykehuset fire–fem dager etter fødselen for blodprøvescree-ning av barnet, og ved hyperbilerubin var det daglige reiser. Andre forhold som spilte inn var relatert til barnets og mors velvære, hvordan amming fungerte og mors muligheter for søvn og avlastning.

Utvikler kompetanse

Kompetanseutvikling i morsrollen var særlig preget av a) å søke informasjon og servicetilbud, b) å utvikle ferdigheter. Mødrene søkte aktivt informasjon om ulike forhold etter en fødsel som angikk dem selv og barnet. De orienterte seg om servicetilbud og kontakter ved eventuelle akutte situasjoner. Flere hadde søkt legevakt, barneklinikk, homøopat eller lege utover henvendelser til helsestasjonen. Andre kontaktet apotek ved bekymringer. Mors fastlege ble med få unntak ikke kontaktet i forhold til babyen. Helsestasjonstilbudene var uklare for noen, og mødrene anbefalte at helsestasjonen ble tydeligere ved hjelp av bedre PR. Flergangsmødre hadde gjerne større fleksibilitet enn de først hadde forventet.

Kommunehelsetjenestens servicetilbud om hjemmebesøk av helsesøster ble oftest positivt omtalt. Det var informativt og trivelig, og det var godt å få service «på døren». Enkelte uttrykte imidlertid ambivalens i forhold til å ha en offentlig person i sitt hjem. Noen som ikke hadde fått tilbudet til første barn, undret over hvorfor de fikk hjembesøk til det neste. Andre undret seg over hvorfor en ny helsesøster avtalte hjemmebesøk når deres «gamle» helsesøster var på kontoret ved siden av. De ville velge selv, men sa det neppe direkte. Der kontakten allerede var opparbeidet, ville

de møte samme helsesøster.

Førstegangsmødre var opptatt av å lære praktiske ferdigheter i omsorgen for barnet. For øvrig var amming det største diskusjonstemaet for mødrene, uavhengig av antall barnefødsler. Noen hadde gode erfaringer, mens andre beskrev en hard læreperiode med såre og ømme bryst, engstelse for å mislykkes, og for om barnet «fikk nok». Kumelkallergi hos søsken kunne være ekstra motivasjon for å holde ut, selv om bare tanken på amming stresset dem.

” I de siste åtte–ti årene har barselomsorgen gradvis blitt redusert ved norske sykehus.

Helsesøster hadde teoretiske råd, men kanskje mindre praktiske ferdigheter. Å lykkes med amming syntes å ha nær sammenheng med å føle seg vellykket som mor. Mødrene diskuterte holdninger til amming og morsmelktillegg, utholdenhet, tvil og skuffelse over egen melkeproduksjon og glede når de lyktes. De verdsatte at helsestasjonene hadde en pragmatisk holdning til bruk av hjelpemidler, og henviste til at man på sykehuset hadde en tendens til å se ned på det «unaturlige».

Mødrene diskuterte morsfølelse som forklaring på at de var så på pletten i forhold til babyen. Noen ble overrasket over sterke følelser. En kunne godt huske fra tidligere at morsfølelsen uteble, med mye gråt og lite glede over barnet, men kunne ikke si det til noen. Redselen for å være unormal var stor. De snakket også om eksistensielle spørsmål. Hvordan skulle de klare ansvar og forventninger? Søken etter informasjon og servicetilbud bidro således til at mange etter hvert hadde funnet en viss ro og kontroll over situasjonen og utviklet kompetanse i morsrollen.

Parforholdet

Parforholdet ble forandret, særlig etter det første barnet. De karakteristiske mønstre var a) endrer fokus i samlivet, b) overlater ansvar og c) verdsetter nytt fellesskap. Et typisk utsagn var:

«Det er en annen hverdag med barn, et helt annet fokus og stor forskjell fra å være kjærester til å bli foreldre. Det er ikke negativt, bare to forskjellige verdener.»

Mange framholdt hvordan far viste omsorg og gledet seg over pappapermisjonen. Når de ble

alene igjen i hverdagen hadde mødrene forventninger om ulike aktiviteter. Men de kunne overrumplet registrere at når mannen kom hjem fra jobb, hadde de selv verken laget middag eller kledd seg «skikkelig».

Kjærligheten ble det lite tid til, de glemte nesten at de var to. Først om kvelden kom de på at de ikke hadde gitt hverandre en klem engang, og de spiste på skift. Soving på skift var også vanlig, eller at de sov hver for seg fordi far skulle på jobb og «måtte sove», eller han snorket og forstyrret. Mor beskrev ofte at hun hadde døgnvakt. Andre diskuterte hvordan de delte på «byssing» og stell av barnet. På tross av lite tid og overskudd til kjærlighetsliv, var det likevel mødre som hadde begynt med prevensjon.

Tilpasninger i parforholdet angikk fars engasjement i barnet og mors opplevelse av ansvar. Det var mange kommentarer om at mor overvåket når far stelte barnet, hun pirket lett og ga råd om hvordan det skulle gjøres. Flerbarnsmødre stolte mer på far, men han måtte vise seg verdig

ansvaret. Særlig førstegangsforeldre opplevde en ny dimensjon i samlivet. Forholdet ble styrket, de hadde fått noe nytt og felles å være glad i. Selv om mor var hovedpersonen, fant mange løsninger i fellesskap, når mor bare slapp far til.

Tøyer tålegrenser

Dette atferdsmønsteret var særlig preget av a) nedprioritering av behov, b) utholde smerter, usikkerhet og bekymringer. Mødre syntes å nedprioritere egne behov for mat og søvn og holde ut smerter og ubehag. De første to-tre månedene var intense. Særlig

smertefullt det var å sitte på grunn av sting, og at de hadde hatt store vansker med toalettbesøk: «Er det normalt? Jeg begynte å bli engstelig, begynte å grine. Det var forferdelig. Jeg visste ikke at det var slik for noen – jeg hadde det ikke slik sist».

Når barnet ikke orket å suge, skulle det mye til før mor ga seg. Hun pumpet ut melk og ga barnet. Det føltes som nederlag å ikke gi morsmelk, og mor var derfor utholdende: «Jeg var mer utålmodig før. Det du må, det må du.»

Å tøye grensene sine hadde en pris, og noen tøyde strikken langt. På tross av dette var ikke

ende samtaleemne var at mødre ville bli sett og lyttet til og tatt på alvor. De uttrykte svært tydelig at de ikke ville bli sett på som masete eller «unormale». De som opplevde at helsesøster lyttet og tok deres spørsmål alvorlig var fornøyde med det. For noen hadde barselgruppe på helsestasjonen bidratt til at de følte seg «normale» og bekreftet, at de ikke var alene om sin situasjon.

Konsekvenser

Prosessen med a) å utvikle kompetanse, b) endre fokus i parforhold, c) tøye tålegrenser og d) søke anerkjennelse var sammenvevd. Noen ganger førte disse prosessene til gjensidig støtte, andre ganger til konflikt. Når konflikter oppsto, motiverte prioritering av nyfødtomsorg barselkvinnene til å finne løsninger. Gapet i barselomsorg ved overgang fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste syntes å øke mødres stress og usikkerhet den første tiden hjemme, og influerte på deres sårbarhet og mestring av amming. Tidlig hjemmebesøk synes å minske gapet og økte mødrenes trygghet og kompetanse. Ved kompetanseutvikling eller ved tøyning av tålegrenser eller endring i parforholdet behøvde mødre bekreftelse på morsrollen, så manglende informasjon og mangel på positiv anerkjennelse stresset dem. Anerkjennelse og støtte påvirket hvor mye de tøyde grensene for hva de tålte.

” Mange foreldre erfarte at de var lite forberedt på den første tiden hjemme.

førstegangsmødre kunne overse spising og glemme å ta vare på seg selv: «Jeg hadde ikke sjanse til å få i meg mat, eller ... jeg klarte ikke å sørge for det, hver gang jeg satte meg til å spise, så skjedde det noe, det gikk veldig i ett».

Det kunne forklare hvorfor mødre kunne kjenne seg svimle. De prioriterte barnets behov framfor sine egne. De erfarne mødre fikk lettere i seg mat. Et annet tema som ofte ble diskutert, var avbrutt søvn og søvnmangel. Egne grunnleggende behov var tilsidesatt.

Mødrene diskuterte steinharde bryst og hvor fælt det var å amme den første tiden. Mor ble rød og sår, og det var smertefullt når barnet tok tak og hugget til. I noen grupper snakket mødre om tabuer blant barselkvinner. Noen omtalte seg selv som en stabeis, de ville holde ut, og at det derfor kunne bli ekstra ille: «Jeg har aldri hørt om det før, verken at du begynner å blø – eller at du mister litt biter av brystvorten.» Andre mødre kunne ta opp hvor

alle tilfredse og hadde god selvfølelse. Opplevelse av å komme til kort hadde sammenheng med et fjerde atferdsmønster, som handlet om anerkjennelse.

Søker anerkjennelse

Dette mønsteret inkluderte a) søker respekt og forståelse, b) vil bli sett og lyttet til. Mødrene søkte bekreftelse på at de gjorde «rett» og at de var en god mor. Mange hadde følelsen av ikke å bli møtt som en person under sykehusoppholdet. De fikk lite støtte og praktisk hjelp fra personalet og lite ro og hvile på flersengsstuer. Mødrene var forvirret og usikre over motstridende informasjon og ville reise hjem. De opplevde at integriteten deres var truet: «Hva er det som er morbarn-vennlig? Å slenge oss ut like etter fødselen? Å ikke få ha far med? Å stenge barselhotellet? Å få inn en ny hver gang jeg ber om hjelp ved ammingen?»

Med dette i minnet var de følsomme for hvordan helsetjenesten videre møtte dem. Et gjennomgå-

DISKUSJON

Våre funn skildrer mødres første tid hjemme med en nyfødt og viser at for å få kontroll over sin situasjon og bevare integritet, setter de egne grunnleggende behov og eget velbefinnende til side og prioriterer omsorg til den nyfødte. Studien beskriver barselomsorg i overgangen fra spesialist- til kommunehelsetjeneste, og selv om noen detaljer

kan være kjent, er norske forhold ennå lite dokumentert.

Å kvalitetsvurdere en grounded theory krever analyse av kriteriene for om teorien passer, fungerer, er relevant og modifiserbar (27). Mødres handlinger er tolket gjennom å identifisere deres hovedproblemer og strategier. Data er samlet inn i en norsk by med tidlig hjemreise som relativt ny praksis, men uten offentlige retningslinjer for helhetlig barselomsorg for familier med nyfødte. Studier av alenemødre og innvandrer mødre kunne gitt ytterligere detaljer. Styrken i studien er imidlertid variasjonen med førstegangs- og flergangsmødre i ulike situasjoner og med ulik demografi. Vi tror derfor at denne grounded theory om «prioritering av nyfødtomsorg» passer bra til mødres erfaringer, men kan modifiseres når nye data utvikles. Tilbakemeldinger fra presentasjoner på konferanser i inn- og utland tyder på at studien er relevant. Vi tror videre at studien fungerer godt som en metode for å forklare barselkvinnenes erfaringer.

Utvikling av kompetanse i morsrollen var viktig, men mange erfarte at de var lite forberedt på den første tiden hjemme. De manglet informasjon om barseltiden og om hva som var normalt angående seg selv og barnet. Praktisk øvelse, informasjon og støtte like etter fødselen syntes å være minimal og tilfeldig. Dette er også dokumentert av andre (8, 13, 31-32). I sin streben etter å øke egen kompetanse på «det normale» bør mødre og fedre derfor kunne øve seg og få veiledning fra helsepersonell som har tid, kompetanse og som kommuniserer godt i møte med familien. Vår studie viser i tillegg en usynliggjøring av overgangsfasen mellom spesialist- og kom-

munehelsetjenesten, der behov for helsepersonells innsats kan synes undervurdert og barselkvinnen overlatt til seg selv.

Funnene viste at under kategorien kompetanseutvikling pekte amming seg særlig ut, og tyder dermed på å være sentralt for mødrene. Det var knyttet mye sårbarhet og morsfølelse til ammingen, på godt og ondt, der vellykket amming syntes å være et triumfkort for kvinnen. Ved tidlig hjemreise er ammingen ennå ikke etablert, og det var tilfeldig hvor raskt og hvilken oppfølging de fikk hjemme. Annen forskning viser at de første dagene kan være avgjørende for mor (34-37), det er derfor viktig med rask støtte og individuelt tilpasset oppfølging den første tiden (38-41). En effektiv overføring av tilstrekkelig informasjon fra sykehus til helsestasjoner bør være uproblematisk i en elektronisk verden, noe som gir helsesøster og eventuelt jordmor mulighet til tidlig kontakt.

Kvinnenes endring i parforholdet viste at mor opplevde et sterkt ansvar for den nyfødte, men fars engasjement var viktig for mors velvære og mestring, noe som samstemmer med forskning fra barselavdelinger (8, 9), og forskning på fars tilstedeværelse i barnets første år (43). Når mor tøyde sine tålegrenser, var fars forståelse og anerkjennelse sentral. Mødrene ønsket å framstå som at de ikke hadde noen særlige problemer og være flinke, men diskuterte likevel følsomme emner og sårbarhet. Andre studier rapporterer at 60 prosent av mødre med to måneders gamle barn hadde alvorlig søvnmangel, og søvnmangel er et risikomoment for barseldepresjon (44-45). Også ammeproblemer kan bidra til barseldepresjon (44,46) og bekrefter således kvinners sårbarhet i barseltiden.

Våre funn tyder på at omorganisering av barselomsorgen i spesialisthelsetjenesten har slått uheldig ut for noen kvinner. Fleksibilitet og forutsigbarhet bør derfor diskuteres innen fødsel- og barselomsorgen for å lette situasjonen for foreldre. Selv om det er normalt å føde barn, er det også normalt å være sårbar og sliten etter en fødsel (7, 16, 30-31). Denne studien viser at mange av mødrene havnet i et «tomrom» i overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, noe som kan tyde på en usynliggjøring av barselkvinnens behov og at man undervurderer sårbarheten i denne fasen.

KONKLUSJON

«Prioritering av nyfødtomsorg» står for hvordan mødre håndterer sitt problem med å bevare kontroll og integritet gjennom å utvikle kompetanse, endre fokus i parforholdet, tøyde sine tålegrenser og søke anerkjennelse. Det å lykkes med amming synes å være en særlig følsom og viktig del av morsrollen, og for å lykkes med amming og gi omsorg til barnet, kan mødre ignorere grunnleggende behov hos seg selv som å spise og sove og utholde smerter. Forestillingen om at det er normalt å føde barn kan ha ført til undervurdering av foreldres behov den første sårbare tiden og forhindret et helhetlig tilbud for profesjonell omsorg og informasjon. Et velfungerende samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste vil kunne lette situasjonen, slik at mødre ikke er alene i prioritering av nyfødtomsorg og slipper å tøyde strikken for langt.

Deler av datamaterialet i artikkelen er publisert tidligere. Se: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x/abstract>

REFERANSER

1. **Helsetilsynet.** Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Oslo. 2011.
2. **Eberhard-Gran M, Slinning K.** Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Folkehelseinstituttet. 2007.
3. **Harwood K, McLean N, Durkin K.** First-time mothers' expectations of parenthood: what happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology.* 2007; 43:1-12.
4. **Leahy-Warren P.** First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs.* 2005; 50: 479-488.
5. **Leahy-Warren P, McCarty G, Corcoran P.** First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs.* 2011; 21: 388-97.
6. **Glavin K, Smith L, Sørum R Ellefsen B.** Supportive counseling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs* 2010, 66: 1317-27.
7. **Sørensen L, Hall E.** Resources among new mothers – early discharged multiparous women. *Vård i Norden.* 2004; 24: 20-4.
8. **Rudman A, Waldenström U.** Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research* 2007, 5: 178.
9. **Persson E, Fridlund B, Kvist L, Dykes AK.** Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *J Adv Nurs* 2011; 67: 105-16.
10. **Fredriksson G, Högberg U, Lundman B.** Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation and «bonding». *Midwifery.* 2003; 19: 267-76.
11. **Thompson JF, Robert CL, Curri M, Elwood DA.** Prevalence and persistence of health problems after childbirth: association with parity and method of birth. *Birth.* 2002; 29:83-94.
12. **Nyström K, Ohrling K.** Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *J Adv Nurs.* 2004;46 (3): 319-30.
13. **Fishbein EG, Burggraf E.** Early postpartum discharge: How are mothers managing? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*1998; 27: 142-8.
14. **Hägman-Laitila A.** Early support needs of Finnish families with small children. *J Adv Nurs.* 2003; 41:494-606.
15. **deMontigny F, Lacharité C.** Perceived parental efficacy: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005; 49:387-96.
16. **Forster DA, McLachlan HL, Ryan J, Yelland J, Gold L, Rayner S.** The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008; 8: 27.
17. **Waldenström U.** Early discharge as voluntary and involuntary alternatives to a longer postpartum stay in hospital – effects on mothers' experiences and breast feeding. *Midwifery.* 1989; 5: 189-96.
18. **Persson E, Dyke AK.** Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery* 2002; 18: 53-60.
19. **Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J.** Systematic of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life and physical health. *Birth;* 2006; 33: 210-20.
20. **Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P.** Early postnatal discharge from hospital from healthy mothers and terms infant. *Cochrane Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
21. **Braveman P, Egarter S, Pearl M, Marchi K, Miller C.** Problems associated with early discharge of newborn infants. *Early discharge of newborns and mothers. A critical review of the literature.* *Pediatrics.* 1995; 96: 716-26.
22. **Cheng CY, Fowles ER, Walker LO.** Postpartum maternal health care in the United States: A critical review. *The Journal of Perinatal Company.* 2006; 3: 34-42.
23. **Tjora E, Reigstad H.** En seks dager gammel pike med vektneidgang. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 868-9.
24. **Helsedepartementet.** Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten Oslo: 2004, Veileder til forskrift av 3. april 2003. nr. 450.
25. **KOSTRA 2009.** Kommune Stat Rapportering, Statistisk sentralbyrå. Oslo.
26. **Hjälmhult E, Lomborg K.** Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scand J Caring Sci.* doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x.
27. **Glaser BG.** Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1978.
28. **Glaser BG.** The grounded theory perspective III: theoretical coding. Mill Valley, CA: Sociology Press, 2005.
29. **Morgan DL.** Focus groups. *Annual Review of Sociology* 1996; 2: 129-52.
30. **Kvale S, Brinkman S.** Learning the craft of qualitative research interviewing. London: Sage Publications, 2009.
31. **Nysæther H, Bærug A, Nylander G, Klepp KI.** Barna inne natt og dag – er barselkvinnene fornøyde? *Tidsskr Nor Lægeforen*2002; 122: 1206-9.
32. **Mac Arthur C.** What does postnatal care do for women's health? *Lancet* 1999; 353: 343-4.
33. **Kronborg H, Væth M.** The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Caring Sci* 2004; 32: 201-16.
34. **Larsen JS, Hall EOC, Aagaard H.** Shattering expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. *Scand J Caring Sci* 2008; 22: 653-61.
35. **Grassley J, Nelms T.** Understanding maternal breastfeeding confidence: a Gadamerian hermeneutic analysis of women's stories. *Health Care Women Int* 2008; 23: 841-62.
36. **O'Brien M, Buickstra E, Hegney E.** The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs* 2008; 6: 397-408.
37. **Häggkvist AP, Brantsæter AL, Grjiboviski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M.** Prevalence of breastfeeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Publ Health Nutr* 2010; 13: 2076-86.
38. **Goulet L, D'Amour D, Pineault R.** Type and timing of services following postnatal discharge: do they make a difference? *Women Health* 2007; 45:19-39.
39. **Tufts E.** Norske kvinners ammeprosjekt. Masteroppgave. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg. 2005.
40. **Jansson AK, Pettersson K, Udén G.** Nurses' first encounters with parents of new-born children – public health nurses' views of a good meeting. *J Clin Nurs* 2001; 10: 140-51.
41. **Jansson AK, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udén G.** First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child health care: home visit or visit to the clinic? *Acta Pædiatr* 2002; 91: 571-7.
42. **Hjälmhult E.** Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning.* 2009; 1:18-26
43. **Fågerskiöld A.** A change in life as experienced by first-fathers. *Scand J Caring Sci;* 2008; 22: 64-71.
44. **Dørheim S, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B.** Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep* 2009;32: 847-55.
45. **Ross LE, Murray BJ, Steiner MJ.** Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Psychiatry Neurosci*2005; 30: 247-56.
46. **Eberhard-Gran M, Eskild A, Tams K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S.** Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 426-33.
47. **Edborg M, Friedberg M, Lund W, Widstöm AM.** Struggling with life: Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scand J Publ Health* 2005; 33: 261-7.

Nybakte mødre trenger tett oppfølging

› God støtte fra helsesøster den første tiden hjemme med nyfødt barn, kan bidra til vellykket amming og hindre barseldepresjon hos mor.



Bodil Erdal

Helsesøster og avdelingsleder,
Helsetjenester for barn og unge,
Bærum kommune.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen beskriver hvordan mødre til nyfødte barn opplever overgangen fra føde/barselavdeling til helsestasjonen. Dette er et svært aktuelt tema siden kutt i barselomsorgen bidrar til stadig nedkortet liggetid på sykehuset. Helsestasjonene erfarer at det er et gap i oppfølgingen av barn og familie fra utskrivning fra barselavdelingen og til helsestasjonen.

Erfaring fra praksis tilsier at amming er det temaet som opptar både kvinnen selv og helsepersonell mest den første tiden. Dette er en kritisk periode for etablering av ammingen, og kvinnene opplever ofte usikkerhet og føler seg lite forberedt på sin nye situasjon etter hjemkomst. Studien viser til store belastninger som påføres kvinnene ved tidlig hjemreise. De er uforberede på opplevelsen av stress og utrygghet, og mange opplever mangel på søvn og avlastning. Dette er faktorer som er kritiske i forhold til å

etablere en vellykket amming, som krever ro, omsorg og sosial støtte. Studien viser også hvor viktig ammingen er for at kvinnene skal føle mestring og oppleve anerkjennelse, noe som igjen påvirker kvinnens psykiske helse etter fødselen.

Forfatterne stiller spørsmål ved om vi har et hjelpeapparat som bidrar til å usynliggjøre barselkvinnen ved å ha for mye fokus på det nyfødte barnet. Dette stemmer med våre erfaringer med å ivareta kvinnens psykiske helse etter fødselen. Kvinnene uttrykker ofte overraskelse over at helsesøster har tid til å samtale om deres egen helse. De har en forestilling om at helsestasjonsbesøkene skal dreie seg kun om barnet. Deres egen oppmerksomhet er rettet mot barnet og vi erfarer også det samme som denne studien viser, at kvinnen overser egne og parforholdets behov i denne perioden. Ved å anerkjenne kvinnens opplevelser og gi henne støttende omsorg,

kan kvinnene være mer åpne om egne følelser og sårbarhet. Dette vil igjen bidra til å redusere risikoen for barseldepresjon.

Artikkelforfatterne påpeker også viktige momenter som bør tas opp på foreldreforberedende kurs, slik at foreldrenes forventninger til hverandre og parforholdet kan legges på et realistisk nivå. Nybakte mødre virker svært preget av «flinkiskulturen» og dette er og bør være et sentralt samtaletema i helsestasjonenes barselgrupper.

Dette er en svært relevant studie som viser at det må opprettes gode samarbeidsavtaler mellom første- og andrelinjetjenesten for å kunne iverksette et helhetlig tilbud for profesjonell omsorg og informasjon. Artikkelen er aktuell både for helsesøstre og jordmødre på føde- og barselavdelinger og i kommunehelsetjenesten.

Les artikkelen på side 224





Bakgrunn: Nasjonale føringer tilsier at helse- og sosialarbeidere og lærere innen helsefag skal jobbe kunnskapsbasert. For å fremme bruken av nye forskningsresultater i praksis og i undervisning, opprettet Høgskolen i Bergen en videreutdanning i kunnskapsbasert praksis i 2004.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis hos personer som har fullført videreutdanning i kunnskapsbasert praksis.

Metode: En survey ble gjennomført blant 291 tidligere deltakere av videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» vinteren 2010/11. KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala ble sendt til deltakernes private adresser.

Resultat: Studien hadde en svarprosent på 75 prosent. Deltakerne av videreutdanningen hadde positive holdninger til kunnskapsbasert praksis, men utførte sjeldent aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis. Det var en positiv sammenheng mellom holdning og

atferd relatert til kunnskapsbasert praksis ($r=0,47$ $p < 0,001$). Deltakere som rapporterte at de deltok i kunnskapsbaserte nettverk var mer positive ($p=0,04$), og utførte oftere aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis ($p < 0,001$) enn de som ikke deltok i kunnskapsbaserte nettverk.

Konklusjon: Tidligere deltakere av videreutdanningen i kunnskapsbasert praksis har positive holdninger til kunnskapsbasert praksis, selv om de sjeldent utfører aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis.

Attitude and behaviour related to evidence-based practice

Background: Norway's national policies require health and social care workers in clinical practice and health educators to work evidence-based. A postgraduate degree programme in evidence-based practice was established at Bergen University College in 2004 to encourage the use of evidence in clinical practice and teaching at university colleges.

Aim: To examine attitudes and behaviour related to evidence-based practice among former participants of a postgraduate degree pro-

gramme in evidence-based practice.

Methods: A survey, using the EBP Beliefs Scale and EBP Implementation Scale, was conducted among 291 former participants of a postgraduate degree programme in evidence-based practice winter 2010/2011.

Results: Response rate was 75 %. Participants reported strong beliefs in evidence-based practice, but seldom engaged in activities related to evidence-based practice. Attitudes and implementation were correlated ($r=0,47$, $p < 0,001$). Participants who reported taking part in evidence-

based network groups were more positive ($p = 0,04$) and implemented evidence-based practice more often ($p < 0,001$) than those who did not participate in evidence-based network groups.

Conclusion: Former participants in a postgraduate degree programme in evidence-based practice have positive attitudes towards evidence-based practice, although they seldom implement evidence-based practice.

Key words: Attitude, behaviour, evidence-based practice, postgraduate education

» Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis

Forfattere: Anne Kristin Snibsøer, Nina Rydland Olsen, Birgitte Espehaug og Monica Wammen Nortvedt

NØKKELORD

- Holdning
- Atferd
- Kunnskapsbasert praksis
- Etter- og videreutdanning

I løpet av det siste tiåret har kunnskapsbasert praksis (KBP) fått økende betydning i Norge. Kunnskapsbasert fagutøvelse og utdanning i helseprofesjonene er i dag forankret i nasjonale føringer. Ifølge nasjonal strategi for kvalitetsforbedring ... *Og bedre skal det bli!* skal helse- og sosialarbeideres faglige avveininger og beslutninger bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring, og det skal tas hensyn til brukernes behov og ønsker når tjenester skal evalueres og forbedres (1). I tillegg påpeker strategiens veileder at alle virksomheter har «et ansvar for å følge med, dele, formidle og utnytte den beste forskningsbaserte kunnskap som finnes» (2). Det forventes med andre ord at helsepersonell holder seg faglig oppdatert (3).

KBP kan defineres som «å

ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (4). Hensikten med KBP er å basere helsefaglig praksis og anbefalinger på beste tilgjengelig kunnskap, og å hjelpe brukere til å ta en optimal beslutning i den aktuelle situasjonen brukeren befinner seg i.

I en organisasjon vil personer med ulike stillinger og ansvarsnivå ha behov for ulike ferdigheter innen KBP (5). Det vil være behov for utøvere som kan definere et forskningsspørsmål, søke etter oppdatert forskningslitteratur, kritisk vurdere forskningen og vurdere den opp mot egen erfaring samt brukers preferanser og verdier (6). I tillegg vil noen utøvere søke og bruke kvalitetsvurdert oppsummert forskning, mens andre kun vil benytte kunnskapsbaserte retningslinjer utarbeidet av andre (7). Disse ulike måtene å arbeide kunnskapsbasert på krever ulikt kunnskapsnivå og ulik bruk av tid. For å kunne utøve «beste praksis» trenger klinikere å forstå prinsippene for KBP, bruke kunnskapsbaserte retningslinjer og ha en kritisk holdning til egen praksis og

forskningslitteratur (5).

Som et ledd i satsingen på KBP utviklet Høgskolen i Bergen videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004. Ifølge fagplanen har videreutdanningen som mål «å fremme bruken av nye forskningsresultater i undervisning og i praksis. Studiet vil bidra til å gjøre ny

Hva tilfører artikkelen?

Studien undersøker sammenhenger mellom holdninger til bruk av kunnskapsbasert praksis hos parsoner som har fullført videreutdanning i kunnskapsbasert praksis, og ser en positiv sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP.

Mer om forfatterne:

Anne Kristin Snibsøer er sykepleier og høgskolelektor. Nina Rydland Olsen er fysioterapeut og PhD-student. Birgitte Espehaug, er statistiker og professor. Monica Wammen Nortvedt er intensivsykepleier, professor og leder av Senter for kunnskapsbasert praksis. Samtlige er ansatt ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen. Kontakt: anne.kristin.snibsøer@hib.no

kunnskap mer tilgjengelig, og bidra med metoder som gjør implementering av ny kunnskap lettere» (8). Målgruppen for utdanningen er helsepersonell som ønsker å praktisere kunnskapsbasert, personer som jobber i fag- og forskningsstillinger, samt de som underviser innen helse- og sosialfagene (8).

Systematiske oversikter viser at etter- og videreutdanning i KBP kan ha effekt på deltakeres kunnskap om kritisk vurdering (9–11). Det er imidlertid ikke

METODE

En spørreundersøkelse ble gjennomført blant tidligere deltakere av videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» ved Høgskolen i Bergen vinteren 2010/11. Utvalget besto av alle som hadde bestått 15 studiepoengs eksamen i perioden 2004–2010 (n = 291).

Videreutdanning

Videreutdanningen bygger på trinnene i KBP. Undervisningen

” Få deltakere sa seg enig eller svært enig i at KBP var vanskelig og tok for mye tid.

nok å bare tilegne seg kunnskap for å kunne utøve KBP. For å nå målet med å integrere forskningsbasert kunnskap med klinisk erfaring og pasientens preferanser må helse- og sosialarbeidere også ha positive holdninger og utføre aktiviteter i forhold til KBP (12).

Hensikten med denne studien var å kartlegge selvrapporert holdning og atferd knyttet til KBP hos personer med videreutdanning i KBP, og å undersøke om det var en sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP. Holdninger handler i denne sammenheng om deltakernes tro på at KBP forbedrer kliniske resultater, samt deres tro på egen kunnskap og ferdigheter relatert til KBP (13). Atferd er her spesifikt knyttet til aktiviteter relatert til KBP, som deltakernes engasjement i å oppsøke og kritisk vurdere vitenskapelig forskning, formidle klinisk informasjon eller kunnskap fra ulike kilder til kollegaer eller pasienter, samle og evaluere pasientdata, samt bruke forskning for å endre praksis (13).

er lagt opp etter CASP-modellen (The Critical Appraisal Skills Programme), som er en metode for å undervise og lære KBP (14). En kombinasjon av tradisjonell kateterforelesning og interaktive undervisningsmetoder som smågruppearbeid, casediskusjoner og ferdighetstrening benyttes i undervisningen. Utdanningen blir arrangert med syv undervisningsdager fordelt over tre samlinger på ett semester. I tillegg til å delta på undervisningen må studentene utarbeide og gjennomføre to muntlige framlegg for medstudenter, avlegge en skriftlig hjemmeeksamen og holde en muntlig presentasjon av eksamensoppgaven for egen arbeidsplass (8).

Måleinstrument

Studien benyttet spørreskjemaene KBP holdningsskala, KBP implementeringsskala og et bakgrunnskjema som etterspurte ulike demografiske variabler samt deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk som fagring, lesegruppe (journal club), retningslinjegruppe

eller artikkelskrivegruppe. KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala er oversatt til norsk, i tråd med WHO's prinsipper om fram- og tilbakeoversettelse av skjema (15). Oversettelsen er utført av stipendiat Nina Rydland Olsen i samarbeid med forfatterne av de originale skjemaene EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale. De engelske skjemaene er beskrevet med kriterierelatert validitet og begrepsvaliditet (13), og funnet reliable i flere internasjonale studier (13, 16–21).

KBP holdningsskala består av 16 påstander og etterspør selvrapporerte holdninger til KBP. På en skala fra en til fem, hvor én er «svært uenig» og fem er «svært enig», skal deltakere uttrykke i hvilken grad de er enig eller uenig i påstandene på spørreskjemaet. Totalskår for skjemaet kan variere fra 16 til 80. Høy skåre indikerer positive holdninger.

KBP implementeringsskala består av 18 utsagn og etterspør i hvilken grad aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd utføres. På en fem punkts frekvensskala der null er «null ganger», én er «en–tre ganger», to er «fire–fem ganger», tre er «seks–åtte ganger» og fire er «> åtte ganger» skal deltakere angi hvor mange ganger de har utført aktiviteter forbundet med KBP de siste åtte ukene. Åtte av utsagnene handler om aktivitet knyttet til klinisk praksis. Totalskår for skjemaet kan variere fra 0 til 72.

Datainnsamling

En postal spørreundersøkelse ble gjennomført fra oktober 2010 til januar 2011. Alle deltakere som hadde bestått 15 studiepoengs eksamen ved Høg-

skolen i Bergen siden videreutdanningen ble opprettet i 2004, fikk tilsendt spørreskjema i posten.

Et forvarsel om studien ble sendt til deltakernes private adresse i begynnelsen av oktober. To uker senere ble KBP holdningsskala, KBP implementeringsskala og bakgrunns-skjemaet sendt ut sammen med en forespørsel om deltakelse i studien og en frankert svarkonvolutt. Det ble sendt inntil to purringer. Deltakernes anonymitet ble ivaretatt ved at spørreskjemaene var nummererte. Det forelå en koplingsnøkkel, og forsker var blindet for hvem som deltok i undersøkelsen og for utsendelsen av purringene. Deltakere som deltok i studien var med i en trekning av 15 fagbøker.

Analyse

For analyse av data ble det brukt SPSS (Statistical Package for Social Science), versjon 17. Før dataene ble analysert ble verdiene for de negativt formulerte spørsmålene på KBP holdningsskala reversert. Totalskår for KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala ble beregnet hvis respondenter hadde svart på mer enn 80 prosent av spørsmålene.

Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive dataene. Holdning til KBP ble beskrevet for alle deltakerne av videreutdanningen, mens aktivitet relatert til en kunnskapsbasert atferd kun ble beskrevet for deltakere som hadde en helsefaglig bakgrunn og jobbet i klinisk praksis. Kji-kvadrat test ble brukt for å undersøke forskjell i andel lærere og helse- og sosialarbeidere som skåret «enig» eller «svært enig» på holdningsskalaens 16 påstander. T-test

TABELL 1: Bakgrunnsvariabler for hele utvalget (n=218).

Bakgrunnsvariabler	n (%)	Gjennomsnitt (SD)
Kjønn		
Menn	15 (6,9)	
Kvinner	203 (93,1)	
Alder		45,7 (9,0)
Antall år siden grunnutdanning		20,7 (9,9)
Helsefaglig bakgrunn		
Sykepleier	165 (75,7)	
Fysioterapeut	19 (8,7)	
Radiograf	11 (5,0)	
Ergoterapeut	10 (4,6)	
Sosionom	3 (1,4)	
Vernepleier	3 (1,4)	
Bioingeniør	1 (0,5)	
Annen	6 (2,8)	
Høyeste utdanningsnivå		
Grunnutdanning	35 (16,1)	
Videreutdanning	124 (56,9)	
Mastergrad	56 (25,7)	
Doktorgrad	3 (1,4)	
Antall år siden videreutdanning i KBP		2,6 (1,6)
Arbeidssted		
Universitetssykehus	109 (50)	
Lokalsykehus	16 (7,3)	
Sykehjem	16 (7,3)	
Hjemmesykepleie	2 (0,9)	
Høyskole	56 (25,7)	
Universitet	1 (0,5)	
Annet arbeidssted	18 (8,3)	
Type stilling		
Vanlig klinisk stilling	49 (22,5)	
Ansvar fagutvikling	46 (21,1)	
Spesialsykepleier/spesialist	42 (19,3)	
Lærer høyskole/universitet	47 (21,6)	
Leder	9 (4,1)	
Annen stilling	35 (16,1)	
Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk		
Ja	75 (34,4)	
Nei	140 (64,2)	
Mangler	3 (1,4)	
Type kunnskapsbasert nettverk		
Fagring	12 (5,5)	
Lesegruppe	12 (5,5)	
Fagprosedyregruppe	28 (12,8)	
Artikkelskrivegruppe	8 (3,7)	
Annet nettverk	36 (16,5)	
Antall år i nåværende jobb		11,6 (8,5)

ble benyttet for å teste forskjell i gjennomsnittlig skåre mellom to uavhengige grupper. I tillegg ble lineær regresjon anvendt for justerte analyser. Regresjonsanalysen inkluderte variablene alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i

kunnskapsbasert nettverk. Pearsons korrelasjonskoeffisient ble brukt for å undersøke en mulig lineær samvariasjon mellom variabler på kontinuerlig nivå for holdnings- og atferdsskåre. For samtlige analyser ble signifikansnivået satt til 5 prosent.

TABELL 2 : Andel deltakere som har besvart «enig» eller «svært enig» på KBP holdningsskala for hele utvalget (n=218), helse- og sosialarbeidere i praksis (n=152) og lærere ved høyskoler (n=54).

KBP holdningsskala	Hele utvalget	Helse- og sosialarb. i praksis	Lærere høyskoler	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Jeg kjenner til trinnene i KBP	214 (98,2)	149 (99,3)	53 (100)	1,0
Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP	211 (96,8)	147 (98)	53 (98,1)	1,0
Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis.	201 (92,2)	142 (95,3)	49 (90,7)	0,4
Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling	184 (84,4)	135 (90,6)	39 (73,6)	0,004
Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP	184 (84,4)	123 (82)	50 (94,3)	0,05
Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter	172 (78,9)	130 (86,7)	36 (70,6)	0,02
Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP	169 (77,5)	114 (76)	48 (90,6)	0,04
Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte	126 (57,8)	74 (49,7)	44 (81,5)	<0,001
Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid	124 (56,9)	72 (47,7)	42 (80,8)	<0,001
Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP	114 (52,3)	67 (45,3)	42 (77,8)	<0,001
Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert	113 (51,8)	64 (42,4)	43 (84,3)	<0,001
Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis	108 (49,5)	77 (51,3)	26 (49,1)	0,9
Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis	93 (42,7)	63 (42)	26 (50)	0,4
Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte	93 (42,7)	57 (38,5)	31 (58,5)	0,02
Jeg tror KBP tar for mye tid	46 (21,1)	35 (23,6)	10 (18,9)	0,6
Jeg tror KBP er vanskelig	33 (15,1)	26 (17,2)	6 (11,1)	0,4

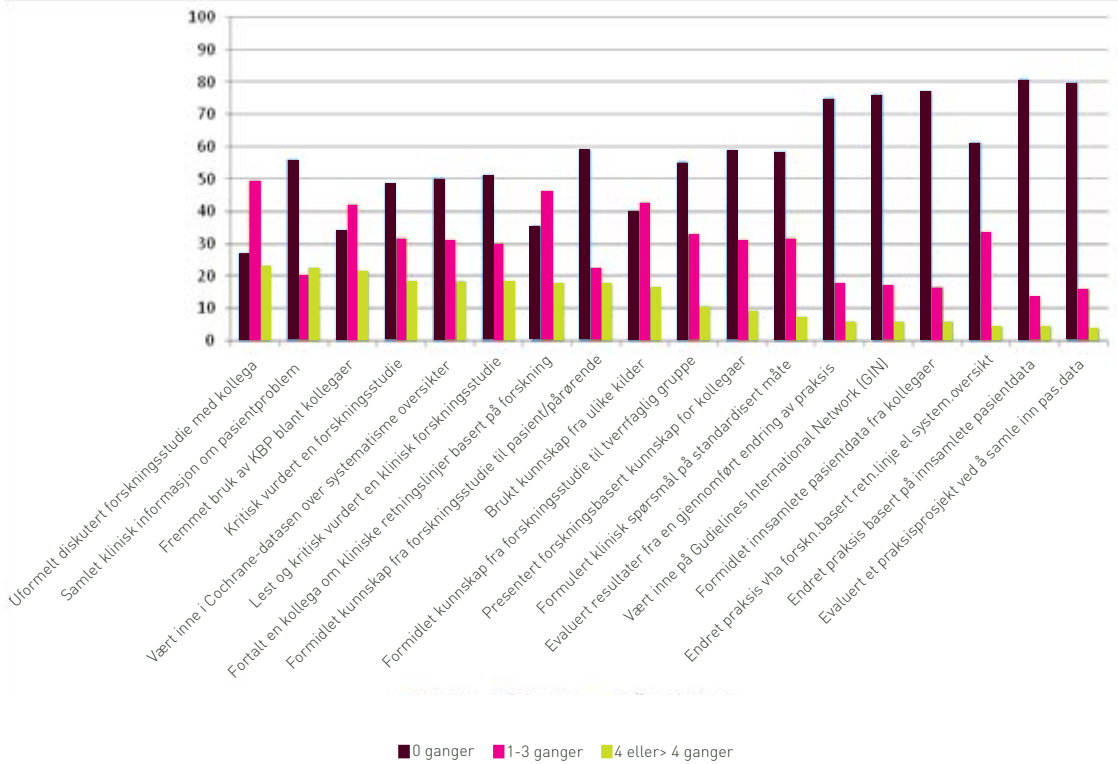
*Forskjell mellom helse- og sosialarbeiderne og lærerne er analysert med Kji-kvadrattest.

TABELL 3 : Holdning og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk, utdanningsnivå og arbeidssted for hele utvalget (n=218).

Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk	KBP holdningsskala		Mean.diff (KI)	p*
	n	Gj.snitt (SD)		
Ja	74	62,9 (6,5)	2,8 (0,9 – 4,7)	0,04
Nei	138	60,1 (6,8)		
Utdanningsnivå				
Master – og doktorgrad	57	64,4 (6,4)	4,5 (2,5 – 6,5)	<0,001
Grunn- og videreutdanning	158	59,9 (6,6)		
Arbeidssted				
Lærere ved høyskoler	52	64,1 (6,5)	4,1 (1,9 – 6,2)	<0,001
Helse- og sosialarbeidere i praksis	151	60,0 (6,8)		

*Forskjell mellom gruppene er analysert med t-test for uavhengige grupper

FIGUR 1: Prosentvis andel helse- og sosialarbeidere (n=152) som har svart at de har utført aktiviteter knyttet til KBP de siste åtte ukene.



TABELL 4: Atferd og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk og utdanningsnivå for helse- og sosialarbeiderne som jobbet i praksis (n=152).

	KBP implementeringsskala		
	n	Gj.snitt (SD)	Mean.diff (KI)
Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk			
Ja	51	16 (8,4)	
Nei	98	8,7 (8)	7,3 (4,6 – 10)
			<0,001
Utdanningsnivå			
Master- og doktorgrad	8	15,9 (8,1)	
Grunn- og videreutdanning	143	11 (8,8)	4,9 [-1,4 – 11,2]
			0,1

*Forskjell mellom gruppene er analysert med t-test for uavhengige grupper

Personvern og forskningsetikk

Undersøkelsen var frivillig og retur av spørreskjema var samtykke til deltakelse i studien. Alle opplysningene som framkom i studien ble behandlet konfidensielt. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD. Senter for KBP har initiert og finansiert prosjektet.

Resultater

Av 291 utsendte spørreskjema ble 218 spørreskjema besvart og returnert. Dette utgjør en svarprosent på 75 prosent. Tabell 1 viser en oversikt over demografiske variabler samt deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk. Cronbachs alfa ble i denne studien målt til 0,86 for KBP holdningsskala, og 0,87 for KBP implementeringsskala.

Holdning

Gjennomsnittlig skåre på KBP holdningsskala for hele utvalget (n=218) var 61,1 (SD=6,8), med en spredning fra 35–77. Tabell 2 viser en oversikt over andel deltakere som har svart «enig» eller «svært enig» på de ulike påstandene på KBP hold-

ningsskala. Lærere (n=54) ved høyskoler hadde en signifikant høyere holdningsskåre (64,1 SD=6,5) enn helse- og sosialarbeidere (n=152) i klinisk praksis (60,0 SD=6,8), ($p<0,001$) (tabell 3).

” I kunnskapsbasert nettverk arbeider man med kliniske problemstillinger etter prinsippene for KBP.

ningsskala. Lærere (n=54) ved høyskoler hadde en signifikant høyere holdningsskåre (64,1 SD=6,5) enn helse- og sosialarbeidere (n=152) i klinisk praksis (60,0 SD=6,8), ($p<0,001$) (tabell 3).

Holdning til KBP var mer positiv blant deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk enn de som ikke deltok i slike nettverksgrupper. Delta-

Atferd

Gjennomsnittlig skåre på KBP implementeringsskala for helse- og sosialarbeidere i praksis (n=152) var 11,1 (SD=8,7), med en spredning fra 0–45. Figur 1 viser hvor mange som har svart «ingen ganger», «en til tre ganger» og «fire eller mer enn fire ganger» på KBP implementeringsskala. T-test indikerte at deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk utførte aktiviteter relatert til en kunnskapsbasert atferd oftere enn deltakere som ikke deltok i slike nettverk (tabell 4). Denne tendensen ble ikke endret ved justering for alder og utdanningsnivå.

Sammenheng

Pearsons korrelasjon indikerte at det var en positiv korrelasjon mellom holdning og atferd relatert til KBP (n=150, $r=0,47$

$p<0,001$) for helse- og sosialarbeidere som jobbet i klinisk praksis.

Diskusjon

Resultatet viste at deltakerne av videreutdanningen var positive til KBP, men at de av deltakerne som arbeidet i klinisk praksis sjeldent utførte aktiviteter relatert til KBP. Deltakere som deltok i kunnskapsbaserte nettverk

rapporterte imidlertid høyere holdnings- og atferdsskåre enn deltakere som ikke deltok i slike nettverk. Studien indikerte også at det var en positiv sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP.

Amerikanske studier som har benyttet samme måleinstrument etter opplæring i KBP har rapportert gjennomsnittlige holdningsskåre som varierer fra 53 til 64,1, og gjennomsnittlige atferdsskåre som varierer fra 11,4 til 40,9 (13, 16, 18–20). Holdningsskåren i vår studie er på samme nivå som disse studiene. Den lave atferdsskåren i vår studie kan imidlertid tyde på at vi ikke har kommet like langt med implementering av KBP i Norge. Om disse resultatene er sammenliknbare kan imidlertid diskuteres ettersom undervisningsintervensjonene i de amerikanske studiene varierer i form, innhold og varighet, og i flere tilfeller består utvalgene av håndplukkete sykepleiere tiltenkt roller som KBP-mentorer. I tillegg har USA en lengre tradisjon for KBP enn Norge.

Lavere atferdsskåre i vår studie kan ha sammenheng med organisatoriske forhold og tidligere rapporterte barrierer som mangel på tid, ressurser, kunnskap og autoritet (22–24). Resultater fra holdningsskalaen gir en indikasjon på dette. Få deltakere sa seg enig eller svært enig i at KBP var vanskelig og tok for mye tid, men likevel skåret de generelt lavere for påstander på holdningsskalaen som handlet om tid, ressurser og kunnskap. Dette kommer tydelig fram når holdningene til helse- og sosialarbeidere og lærerne sammenliknes. Klinikerne skårer generelt lavere enn lærerne, og muligens skyldes dette ulike organisatoriske

forhold. Lærere og helse- og sosialarbeidere jobber i to ulike settinger, har ulik tilgang til tid og ressurser, og møter ulike forventninger fra kollegaer og arbeidsgivere. Lærere ved høyskoler har tilgang til egen pc og internett, og en forutsigbar arbeidsdag med mulighet til å planlegge egen arbeidstid innenfor gitte rammer. Innen høyskolemiljøene er det også en kultur for å formidle resultater fra forskning (25). Helse- og sosialarbeidere arbeider derimot ofte i et åpent miljø med varierende tilgang på pc og internett, og blir stadig avbrutt av uforutsette hendelser. I tillegg kan det i klinisk praksis være en manglende kultur for å søke svar fra oppdatert forskningslitteratur ved spesifikke praksisnære spørsmål (26). Ut ifra vår studie er det ikke mulig å trekke slutninger om organisatoriske forhold, arbeidskultur eller miljø, men tendensen som sees i materialet er interessant.

Den lave atferdsskåren i vår studie kan tyde på at videreutdanningen ikke har gitt deltakerne den kompetansen de trenger for å kunne utøve KBP, og dette kan ha sammenheng med hvor undervisningen foregår. En systematisk oversikt har vist at undervisning i KBP som foregår i klasserom kan bedre kunnskap, mens undervisning som er integrert i klinisk praksis også kan bedre ferdigheter, holdning og atferd relatert til KBP (12). Undervisningen på videreutdanningen er praksisnær, men gjennomføres i en akademisk og ikke i en klinisk kontekst. Det er dermed mulig at deltakerne av videreutdanningen kunne fått et annet utbytte, og at resultatet i studien hadde vært annerledes om opplæring i kunnskapsbasert praksis hadde

foregått i helse- og sosialarbeidernes egen kontekst, i miljøet der de reelle kliniske spørsmålene og utfordringene knyttet til det å arbeide kunnskapsbasert faktisk oppstår.

Studien indikerte at helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis som deltok i kunnskapsbaserte nettverk hadde en signifikant høyere holdnings- og atferdsskåre enn helse- og sosialarbeidere som ikke deltok i slike nettverk. I kunnskapsbasert nettverk arbeider man med kliniske problemstillinger etter prinsippene for KBP. Ved å arbeide sammen i grupper på denne måten kan kunnskaper og ferdigheter innen KBP læres og opprettholdes i praksis, slik man for eksempel gjør i fagringer eller lesegrupper. Positive holdninger og økt aktivitet relatert til KBP etter deltakelse

av flere kunnskapsbaserte nettverk i klinisk praksis kan muligens være hensiktsmessig for å øke aktiviteten relatert til KBP.

Resultatet i vår studie viste en stor spredning i deltakernes skåringer for både KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala. Det var likevel en tendens til at deltakere som rapporterte en høyere skåre for holdningsskalaen også hadde en høyere skåre for atferdsskalaen. Dette kan bety at helse- og sosialarbeidere som er mer positive til KBP også oftere utfører aktiviteter relatert til KBP. Tidligere studier har også funnet en positiv sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP (13, 19, 20, 30–33), og det var ikke uventet å finne en tilsvarende sammenheng i denne studien.

Studien har kartlagt selvrapp-

” Det vil være behov for utøvere som kan definere et forskningsspørsmål.

i fagring er tidligere beskrevet i en enkeltstudie (27). Det er også enkeltstudier som har beskrevet en bedret evne til å bruke forskning som beslutningsstøtte etter deltakelse i lesegrupper, men på grunn av metodologiske svakheter ved disse enkeltstudiene fant Harris med flere ingen holdepunkter for at lesegrupper var effektive som kunnskapsbasert beslutningsstøtte i praksis (28). Forskning på lesegrupper er begrenset og hovedsakelig basert på selvrapporing, men i en systematisk oversikt hevder imidlertid Honey og Baker at det er indikasjoner for at denne undervisningsformen kan øke kunnskap og selvtillit, slik at klinikere inkluderer nye ferdigheter og intervensjoner i klinisk praksis (29). Innføring

porterte holdninger og selvrapporingert atferd relatert til KBP hos personer som har tatt videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert». Når man tolker resultatet er det imidlertid viktig å ta i betraktning at KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala er endimensjonale skalaer som måler selvrapporingert holdning og selvrapporingert atferd. KBP implementeringsskala måler aktivitet relatert til klinisk praksis, og denne skalaen ble derfor kun analysert for helse- og sosialarbeidere som jobbet i klinisk praksis. Videre etterspør implementeringsskalaen aktivitet relatert til KBP de siste åtte ukene, og resultatet gjenspeiler dermed kun aktiviteter utført i et begrenset tidsrom. Skalaene

er oversatt fra amerikansk, og selv om skalaene er tilpasset norske forhold er det mulig at noen av spørsmålene ikke fanger opp norske helse- og sosialarbeideres aktiviteter godt nok.

En generell svakhet ved spørreskjemaundersøkelser er at deltakernes svar ikke gjenspeiler virkeligheten (34). Som for de fleste surveyundersøkelser er det mulig at det er de som er mest positive og de som har utført flest aktiviteter som har svart på spørreskjemaet. Det foreligger ingen opplysninger om de som ikke har svart, og frafallsanalyse er derfor ikke gjennomført. Studien har imidlertid en høy svarprosent og utvalget gjenspeiler målgruppen for videreutdanningen. Studien kan dermed gi en indikasjon på hvordan selvrapportert holdning og selvrapportert atferd målt ved

henholdsvis KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala fordeler seg blant helsepersonell med videreutdanning i KBP.

Konklusjon

Studien har undersøkt holdninger og atferd relatert til KBP hos personer som har tatt videreutdanning «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert». Utvalget består av ulike faggrupper som arbeider i undervisning og i klinisk praksis og gjenspeiler målgruppen for videreutdanningen. Deltakerne var positive til KBP, selv om de som jobbet i klinisk praksis sjeldent utførte aktiviteter relatert til KBP. Deltakere som deltok i kunnskapsbaserte nettverk utførte imidlertid oftere aktiviteter relatert til KBP enn deltakere som ikke deltok i slike nettverk.

Videre forskning

KBP implementeringsskala måler aktivitet relatert til KBP, og er validert for sykepleiere i klinisk praksis. For å undersøke læreres atferd relatert til KBP bør det utvikles bedre måleinstrument.

Denne tverrsnittstudien har undersøkt holdning og atferd relatert til KBP på et gitt tidspunkt, uavhengig av når deltaker tok eksamen ved videreutdanningen. Studien kan dermed ikke si noe om videreutdanningen gir deltakerne den kompetansen de trenger for å kunne utøve KBP, eller i hvilken grad deltakernes holdning og atferd endres som en direkte følge av deltakelse i videreutdanning. For å undersøke dette må det gjennomføres randomiserte kontrollerte studier (RCT), eventuelt observasjonsstudier av deltakernes atferd i praksis.

REFERANSER

1. Sosial- og helsedirektoratet. ... Og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helse-tjenesten (2005–2015). 2005.
2. Sosial- og Helsedirektoratet. Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helse-tjenesten. 2007.
3. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2. juli 1999 nr. 64. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#4>. [Nedlastet: 02.08.2010].
4. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart L. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Akribe, Oslo. 2012.
5. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, Porzolt F, Burls A, Osborne J. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Medical Education. 2005;5:1.
6. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence-based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. British Medical Journal. 2000;320: 954–5.
7. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-based medi-

8. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert [Fagplan]. Høgskolen i Bergen. 2011. Tilgjengelig fra: <http://student.hib.no/fagplaner/ahs/fagplan.asp?kode=B15KUNN>. [Nedlastet: 25.08.2011].
9. Parkes J, Hyde C, Deeks JJ, Milne R. Teaching critical appraisal skills in health care settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001 Issue 3.
10. Coomarasamy A, Taylor R, Khan KS. A systematic review of postgraduate teaching in evidence-based medicine and critical appraisal. Med Teach. 2003;25:77–81.
11. Flores-Mateo G, Argimin JM. Evidence-based practice in postgraduate health education: A systematic review. BMC Health Services Research. 2007;7:119.
12. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? BMJ. 2004;329:1017.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The Evidence-Based Practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New

- Instruments. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2008;5:208–16.
14. Tuntland H, Nordheim L. Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis: presentasjon av CASP-modellen. Ergoterapeuten. 2009;9:22–5.
15. WHO. Process of translation and adaptation of instruments. 2011. [Internet]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. [Nedlastet: 02.11.2011].
16. Varnell G, Haas B, Duke G, Hudson K. Effect of an educational intervention on attitudes toward and implementation of evidence-based practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2008;5:172–81.
17. Estrada NA. Learning organizations and evidence-based practice by RNs [doktoravhandling]. The University of Arizona, Arizona. 2007. [Internet]. Tilgjengelig fra: https://email.nursing.arizona.edu/Library/Estrada_N.pdf. [Nedlastet 22.09.2010].
18. Melnyk BM, Bullock T, McGrath J, Jacobsen D, Kelly S, Baba L. Translating the Evidence-Based NICU COPE Program for Parents of Premature Infants Into Clinical Practice: Impact on Nurses' Evidence-Based Practice and Lessons Learned. Journal of Perinatal

- & Neonatal Nursing. 2010;24:74–80.
19. **Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Cruz R.** Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook*. 2010;58:301–8.
 20. **Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, Hastings C.** Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs*. 2010;66:2761–71.
 21. **Levin RF, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Barnes M, Vetter MJ.** Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: a pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. *Nurs Adm Q*. 2011;35:21–33.
 22. **Kajermo KN, Boström AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L.** The BARRIERS scale – the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*. 2010;5:32.
 23. **Schreiber J, Stern P.** A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2005;3(4). [Internet]. Tilgjengelig fra: <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol3num4/schreiber.pdf>. [Nedlastet: 25.08.2011].
 24. **Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peeters G, Goedhuys J, Aertgeerts B.** Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *J Adv Nurs*. 2007;60:162–71.
 25. **Hyllseth B.** Forskningsbasert undervisning. Norgesnettrådets rapport. 2001. [Internet]. Tilgjengelig fra: http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_utdanning/NNR-publikasjoner/forskn_basert_undv.pdf. [Nedlastet 04.19.2011].
 26. **Estabrooks CA, Rutakumwa W, O'Leary KA, Profetto-McGrath J, Milner M, Levers MJ, Scott-Findlay S.** Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*. 2005;15:460–76.
 27. **Bratberg GH, Haugdahl HS.** Opp-læring i kunnskapshåndtering – nytter det? *Sykepleien Forsking*. 2010;5:192–9.
 28. **Harris J, Kearley K, Heneghan C, Meats E, Roberts N, Perpera R, Kearley-Shiers K.** Are journal clubs effective in supporting evidence-based decision making? A systematic review. *BEME Guide No. 16. Medical Teacher*. 2011;33:9–23.
 29. **Honey CP, Baker JA.** Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2011;31:825–31.
 30. **Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Fiscbeck Feinstein N, Li H, Small L, Wilcox L, Kraus R.** Nurses' Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Paradigm Shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2004;1:185–93.
 31. **Mariano KG, Caley LM, Eschberger L, Woloszyn A, Volker P, Leonard MS, Tung Y.** Building evidence-based practice with staff nurses through mentoring. *Journal of Neonatal Nursing*. 2009;15:81–7.
 32. **Prior P, Wilkinson J, Neville S.** Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive study. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2010;26:14–25.
 33. **Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L.** Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*. 2011;6:1.
 34. **Polit DF, Beck CT.** *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2008.

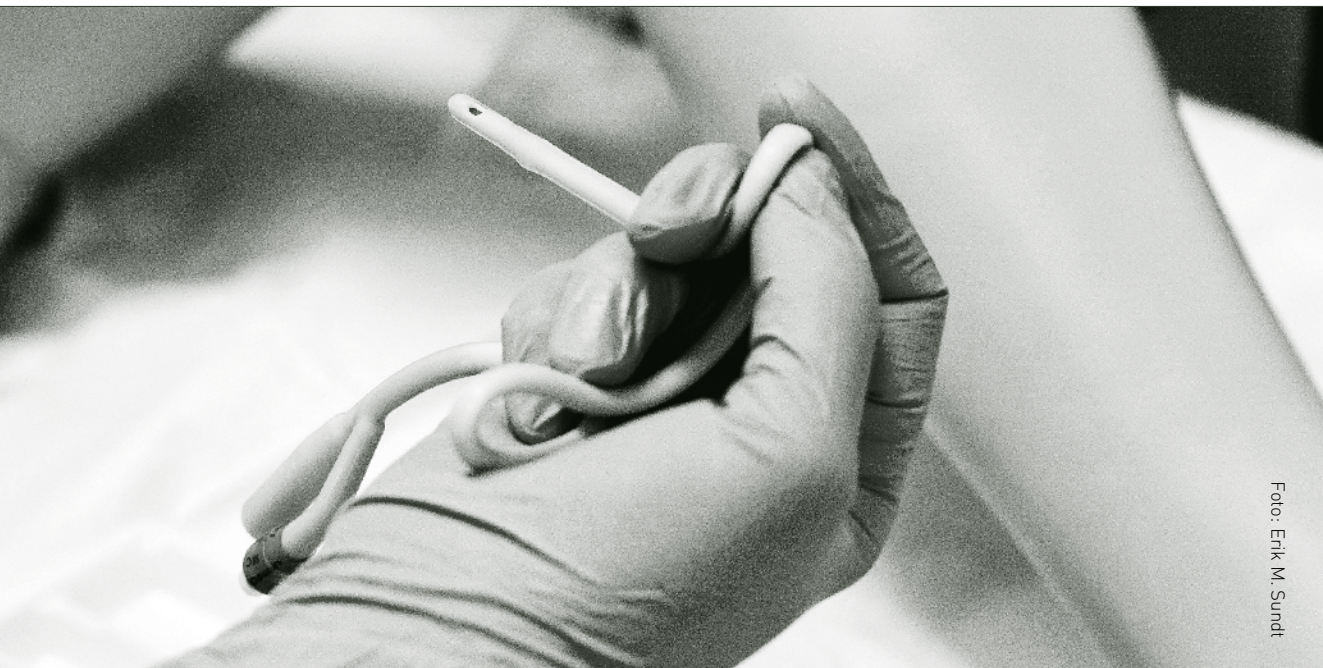


Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Den hyppigste komplikasjonen i forbindelse med bruk av permanent urinkateter er urinveisinfeksjon. I løpet av et sykehusopphold viser studier at mellom 15–25 prosent av pasientene får innlagt et urinkateter. Urinveisinfeksjoner utgjør cirka 30 prosent av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Omtrent 80 prosent av HAI oppstår etter bruk av instrumenter i urinveiene og hovedårsaken er innlegging og bruk av urinkatetre.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å undersøke om bruk av

antiseptisk væske sammenliknet med bruk av sterilt saltvann/vann til vask av urinrørsområdet før kateterisering, reduserer antall urinveisinfeksjoner.

Metode: Et systematisk litteratursøk ble utført 14. juni 2012 i databasene Cochrane Library, Medline, Cinahl og Embase. I tillegg ble det søkt etter norske og internasjonale faglige retningslinjer i Helsebiblioteket, Guidelines International Network (G-I-N) og National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Resultat: Tre randomiserte kontrollerte studier (RCT) som var relevante for problemstillingen ble inkludert. De påviser ingen forskjell ved bruk av antiseptisk væske sammenliknet med sterilt eller rent vann. Fem retningslinjer og en systematisk oversikt ble vurdert for å se om vi kunne finne flere RCT-studier som var blitt brukt som grunnlag for deres anbefalinger.

Konklusjon: Tre randomiserte kontrollerte studier påviser ingen reduksjon i antall urinveisinfeksjoner ved å bruke antiseptisk væske.

ENGLISH SUMMARY

Prevents antiseptic liquid urinary tract infection during indwelling urinary catheterization?

Background: The most common complication associated with urinary catheters is urinary tract infection. Studies show that 15–25 % of hospitalized patients may receive an indwelling urinary catheter. Urinary tract infections account for approximately 30 % of healthcare-associated infections (HAI). About 80 % of HAI are caused by instrumentation of the urinary tract, mainly due to the placement and use of urinary catheters.

Objective: The aim of this study is

to examine if periurethral cleansing with antiseptic solutions compared to cleansing with sterile saline/water prior to catheterization will decrease the number of urinary tract infections.

Methods: The literature review was performed in June 2012 in the following databases: Cochrane Library, Medline, Cinahl and Embase. A search for Norwegian and international guidelines was made in Helsebiblioteket, Guidelines International Network (G-I-N) and National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Results: Three randomized control-

led (RCT) trials, which were relevant, were included. The RCT-trials did not find any difference between cleansing with water or antiseptic solutions.

Five guidelines and one systematic review were evaluated to identify RCT-trials, which made the foundation of the recommendations.

Conclusion: Three RCT-trials did not show any decrease of urinary tract infections with the use of antiseptic solutions.

Keywords: Urinary catheterization, urinary tract infection, sterile saline/water, antiseptic solution, literature review

» Forebygger antiseptisk væske urinveisinfeksjon ved innleggelse av permanent urinkateter?

INNLEDNING

Forfattere: Arnhild Fredriksen og Monica Wammen Nortvedt

NØKKELORD

- Urinveier
- Urinveisinfeksjon
- Litteraturstudie

Urinveisinfeksjoner utgjør cirka 30 prosent av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). HAI er infeksjoner som oppstår under eller etter, og som følge av opphold i en helseinstitusjon. En sykehusinfeksjon er også kalt helsetjenesteassosiert infeksjon. Folkehelseinstituttet har siden 2002 utført prevalensundersøkelser av infeksjoner i norske helseinstitusjoner (sykehus og sykehjem). En prevalensundersøkelse beregner andelen pasienter med en HAI på én utvalgt dag. Folkehelseinstituttet registrerer urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner og septikemi (blodforgiftning). Prevalensundersøkelsen høsten 2011 viste at 6,1 prosent av alle pasienter i norske sykehus og 6,5 prosent av alle beboerne på sykehjem hadde en infeksjon på undersøkelsesdagen. Den samme undersøkelsen viste at prevalensen av urinveisinfeksjoner på sykehus

var 1,6 prosent (95 prosent konfidensintervall 1,3-1,8). Av totalt antall registrerte infeksjoner utgjorde urinveisinfeksjoner 25,4 prosent (1).

Urinveisinfeksjoner omfatter infeksjoner i urinrør, blære, urinledere og nyrer. Ved bakteriell urinveisinfeksjon er det oppvekst av bakterier i urinen og mengden bakterier er høyere enn den man kan forvente å påvise ved forurensing fra ytre del av urinrøret. Det skilles mellom asymptomatisk og symptomatisk bakteriuri. Når den er symptomatisk, har pasienten i tillegg til bakteriuri også kliniske symptomer på urinveisinfeksjon (2).

En kjent risikofaktor for å utvikle urinveisinfeksjon er bruk av urinkateter. Både europeiske og amerikanske retningslinjer basert på oppsummert forskning og et stort antall studier, konkluderer at cirka 80 prosent av urinveisinfeksjoner på sykehus er forårsaket av permanente urinkatetre (3, 5–8). Urinveisinfeksjon medfører ubehag for pasientene, mer sykелighet, økt dødelighet, lengre liggetid og økte kostnader. I tillegg kan bakteriuri føre til unødvendig bruk av antibiotika som kan føre til utvikling av antibiotikaresistente mikroorganismer (6 s. 22)

Kateterisering av urinblæren er en prosedyre som ofte blir utført i sykehus. Mellom 15–25 prosent av pasientene har innlagt urinkateter for en periode (6, s. 22,23), (7, s. 650). Risiko for å utvikle infeksjon er assosiert med kateteriseringsmetode, kvalitet på kateterstell og varighet på kateterliggetid. En stor del av pasientene får bakterier i urinen i løpet av sju til ti dager, noe som kan føre til infeksjon. Infeksjonsfaren øker i takt med hvor lenge kateteret ligger inne.

Hva tilfører artikkelen?

I henhold til denne litteraturstudien er det grunn til å stille spørsmål ved om det er nødvendig å bruke antiseptisk væske ved innleggelse av permanent urinkateter, tatt i betraktning av at tre studier ikke finner noen effekt. I tillegg er klorhexidin allergiframkallende og dyrere enn steril væske.

Mer om forfatterne:

Arnhild Fredriksen er uroterapeut og speialsykepleier ved avdeling for urologi, urologisk poliklinikk, Aker, Kreft, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus HF. Monica Wammen Nortvedt er professor og leder av Senter for kunnskapsbasert praksis, ved Høgskolen i Bergen. Kontakt: arfred@ous-hf.no.

Fra 1–4 prosent kan få alvorlig infeksjon med sepsis og av disse kan 13–30 prosent dø (3, s. 28, 29).

Hvor mange som får alvorlige komplikasjoner (pyelonefritt, nyrestein, blærestein, sepsis, død) som følge av innleggelse og bruk av urinkateter er usikkert, men det er antatt at alvorlige komplikasjoner kan unngås ved å forebygge at pasienten utvikler urinveisinfeksjon (6, s. 22,23). Vi må derfor alltid vurdere om det er nødvendig å

alvorlige allergiske reaksjoner, også anafylaksi, ved bruk av klorhexidin. (9–18).

Rutiner vedrørende bruk av antiseptisk væske eller steril væske til vask av urinrørsområdet for kateterisering varierer. Diskusjon med uroterapeuter nasjonalt, skandinavisk og med sykepleiere i Oslo universitetssykehus viser at det er stor variasjon i praksis. Fagprosedyrer varierer også fra sykehus til sykehus. Det brukes vandig klorhexidin, enten 0,5 mg/ml

gelse av permanent kateter på sykehus.

METODE

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i samarbeid med spesialbibliotekar 14. juni 2012 i databasene Cochrane Library, Medline, Cinahl og Embase. Emneordene som ble kombinert var urinary catheterization, bladder catheterization, urethral catheterization, urinary tract infections, bacteriuria, pyuria, anti-infective agents, infection control, anti-sepsis, asepsis, sterilization, skin decontamination, water, sodium chloride, urinary tract infection, periurethral, cleansing, chlorhexidine, povidone-iodine. Vi gjennomførte kombinasjonssøk med de samme emneordene som ble tilpasset til de ulike databasene. I tillegg søkte vi etter norske og internasjonale faglige retningslinjer i Helsebiblioteket, Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, Vardhandboken, Sosialstyrelsen, Dansk Centre for kliniske retningslinjer, Joanna Briggs, UptoDate, Best Practice, Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, -rapporter og -notater, Guidelines International Network (G-I-N) and National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Førsteforfatter vurderte alle treff. I tillegg ble referanselistene i artikler og retningslinjer gjennomgått. Begge forfattere vurderte de inkluderte studiene og den oppsummerte litteraturen (retningslinjer og systematisk oversikt).

Inklusjonskriterier var at artikler i tittel og/eller sammen- drag handlet om innleggelse av permanent kateter i sykehus og at de undersøkte bruk av antiseptisk eller steril væske til vask for kateterisering. Kun randomi-

” Urinveisinfeksjoner utgjør cirka 30 prosent av helsetjenesteassosierte infeksjoner.

legge inn kateter og sørge for at de som må ha kateter får korrekt behandling. Det gjelder kateterinnleggelse og stell, at kateteret blir fjernet så snart det er forsvarlig, og at man avtaler kontroller og individuelle skiftintervall for langtidskateriserte (3, 5–7). For å unngå unødvendig bruk av katetre er det viktig å ha klare indikasjoner for når de skal legges inn.

Ved innleggelse av permanente katetertyper oppstår det friksjon mellom urinrørsslimhinnen og kateteret. Det kan være smertefullt. For å redusere friksjonen er det vanlig praksis å fylle urinrøret med gel før kateterisering, noe som også reduserer faren for å skade urinrørsslimhinnen. Man har hevdet at gelen bør være tilsatt klorhexidin for å forebygge urinveisinfeksjon og diskuterer om vask med klorhexidin før kateterisering har betydning for å forebygge eller redusere antall urinveisinfeksjoner sammenliknet med vask med sterilt saltvann eller vann. I den medisinske litteraturen er det imidlertid mange rapporter om

eller 1 mg/ml, sterilt saltvann eller sterilt vann til vask for å hindre innføring av bakterier til urinblæren i forbindelse med kateterisering. Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Sør-Øst, skriver i prosedyren om innleggelse av permanent blærekateter at det skal brukes vandig klorhexidin 1 mg/ml (19). I prosedyren innleggelse av permanent urinkateter i nasjonalt nettverk for fagprosedyrer (www.fagprosedyrer.no) står det at man kan velge, enten steril eller antiseptisk væske til vask før kateterisering (20).

Vi anser det derfor som nødvendig å gjøre en litteraturstudie for å undersøke om vask med antiseptisk væske har effekt på forekomst av urinveisinfeksjon sammenliknet med vask med sterilt saltvann eller vann.

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke om bruk av antiseptisk væske, sammenliknet med bruk av sterilt saltvann eller vann, til vask av urinrørsområdet før kateterisering reduserer antall urinveisinfeksjoner. Studien er begrenset til innleg-

TABELL 1: Karakteristika på de inkluderte RCT-studiene

Studie	Design	Setting	Deltakere	Tiltak	Kontroll	Utfallsmål	Resultat
Webster mfl. 2001	RCT	Sykehus Australia	436 gravide ble kateterisert	219 vask med rent vann	217 vask med klorhexidin	Urinprøve fra kateterets prøvetakssted 24 t etter kateterisering 8,7 % (n=38) fikk bakteriuri: 8,2 % (n=18) i vanngruppen og 9,2 % (n=20) i klorhexidingruppen OR:1,13; 95% CI:0,58-2,21	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene Klorhexidin har ikke bedre effekt enn rent vann. Unge gravide kvinner
Al-Farsi mfl. 2009	RCT	Sykehus Canada	186 små barn ble kateterisert for å få ren urinprøve	92 vask med sterilt vann	94 vask med povidone-iodine	Urinprøve når de katetererte. 32 (17%) fikk positiv urinkultur. Av disse ble 15 (16%) vasket med povidone-iodine og 17 (18%) ble vasket med sterilt vann.	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene Povidone-iodine har ikke bedre effekt enn sterilt vann
Nasiriani mfl. 2009	RCT	Sykehus Iran	60 kvinner ble kateterisert før gynekologisk operasjon	30 vask med rent vann	30 vask med povidone-iodine	Urinprøve, en spontant like før kateterisering og en fra kateterets prøvetakssted 24 t etter kateterinnleggelse. 11 fikk påvist bakteriuri. Av disse ble 20 % (n=6) vasket med vann og 16,7% (n=5) ble vasket med povidone-iodine	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene Povidone-iodine har ikke bedre effekt enn rent vann Stort sett friske kvinner

TABELL 2: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Studie	Randomisering	Blinding pasient	Blinding personell	Blinding utfallsmåler	Validert metode for utfallsmåling
Webster 2001	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Al-Farsi 2009	Ja	Små barn	Nei	Ja	Ja
Nasiriani 2009	Ja	Ikke beskrevet	Nei	Ikke beskrevet	Ja

serte kontrollerte studier (RCT) ble inkludert siden dette er et spørsmål om effekt. Videre ble artikler etter år 2000 inkludert og studiene måtte i tillegg være publisert på et engelsk eller skandinavisisk språk.

Vår problemstilling er en liten, men viktig komponent i forebygging av kateterassosiert urinveisinfeksjon (infeksjoner som oppstår i forbindelse med

eller som en følge av kateterbruk). Vi forventet ikke å finne systematiske oversikter eller retningslinjer som bare ser på effekten av dette. Vi har derfor brukt den oppsummerte litteraturen til å identifisere de RCT-studier som eventuelt er grunnlaget for deres anbefalinger. Kriterier for å vurdere oppsummert litteratur og retningslinjer var at de omhandlet vask av urinrørsområdet før

kateterisering. De inkluderte studiene og de vurderte retningslinjene ble lest i fulltekst og ble kvalitetsvurdert ved bruk av sjekkklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (www.kunnskapssenteret.no), tabell 2 og tabell 3.

RESULTAT

Litteratursøket og gjennomlesing av referanselister ga 612

TABELL 3: Evidensgradering og anbefaling av type væske til vask av urinrørsområdet før innleggelse av permanent urinkateter i de vurderte retningslinjene og i den systematiske oversikten

Forfattere	Evidens gradering/kategorisering	Anbefaling	Evidens
Pratt mfl 2007	A,B,C,D, D/GPP (Good practice point) Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget: Høy kvalitet 1++, graderes nedover til 1+, 2++, 2+, 2-, 3 og 4. Grad 2+ er case-kontroll eller kohort Grad 3 er ikke analytiske studier Grad 4 er konsensus og ekspertuttalelser D støttes av grad 2+, grad 3 eller 4.	Vask med sterilt saltvann	D
Gould mfl 2009	1A: sterk anbefaling støttet av høy til moderat evidenskvalitet 1B: sterk anbefaling støttet av lav evidenskvalitet 1C: sterk anbefaling støttet av nasjonal styring/ regulering II: svak anbefaling støttet av enhver evidenskvalitet Ingen anbefaling / uløst spørsmål	Antiseptisk eller steril væske	Ingen anbefaling/ uløst spørsmål
Hooton mfl 2010	A: god B: moderat C: svak. Kvalitet på kunnskapsgrunnlaget går fra I – III I: minst en RCT II: en eller flere studier med god design III: ekspertuttalelser	Antiseptisk eller steril væske	Ingen anbefaling Mer forskning er nødvendig
Lo mfl 2008	A: god B: moderat C: svak. Kvalitet på kunnskapsgrunnlaget går fra I – III I: minst en RCT II: en eller flere studier med god design eller tydelige resultater fra ukontrollerte studier III: ekspertuttalelser, klinisk erfaring og beskrivende undersøkelser	Antiseptisk eller steril væske	Ingen anbefaling/ uløst spørsmål
Best Practice 2010	A: sterk anbefaling B: moderat anbefaling C: ikke anbefalt	Rent vann	B
Moola og Konno 2010	Systematisk oversikt	Rent vann	Ikke gradert

treff. Bibliotekar samkjørte databasetreffene i Medline, Cinahl og Embase og fjernet 164 dubletter. Det var også to dubletter i Cochrane, totalt 166 dubletter. Av antall titler og sammendrag til gjennomlesing ble 446 og 403 vurdert som irrelevante. Totalt ble 43 artikler og retningslinjer lest i fulltekst. Av disse ble fem retningslinjer og en systematisk oversikt vurdert, 34 artikler ble ekskludert og vi endte opp med tre RCT-studier (21–23). Karakteristika og kvalitetsvurdering av de tre inkluderte enkeltstudiene er beskrevet i tabell 1 og 2.

Resultatene fra litteratursøket er beskrevet i figur 1.

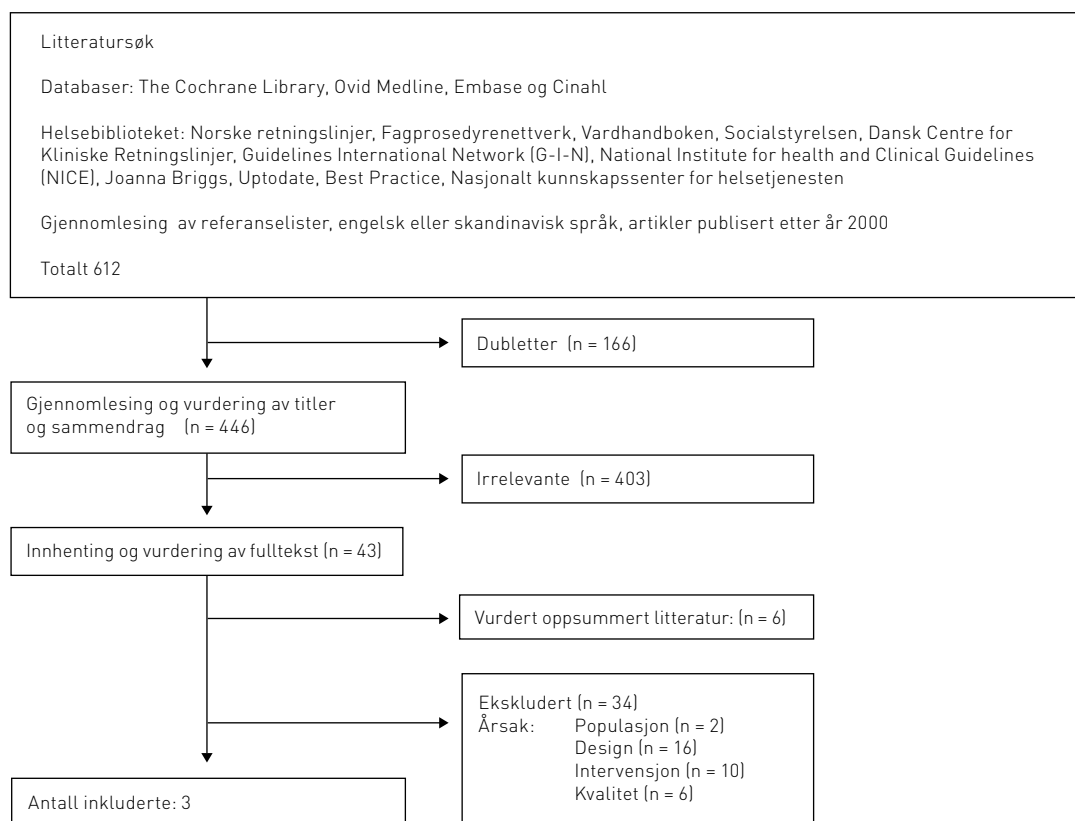
Det ble ni treff på retningslinjer. Alle ble lest i fulltekst og vurdert ved bruk av sjekklister fra kunnskapssenteret. Fem var relevante (3–7) og deres anbefalinger i forhold til vår problemstilling er framstilt i tabell 3. Fire var irrelevante fordi en var beregnet på primærhelsetjeneste, en beskrev ikke type væske til å vaske med, en var en eldre versjon og en hadde (med tillatelse) identiske anbefalinger som en av de relevante retningslinjene. I tabell 3 er også anbefalingene fra den systema-

tiske oversikten tatt med (8). De aktuelle retningslinjer baserer sine anbefalinger på ulikt kunnskapsgrunnlag og kommer fram til ulike anbefalinger (tabell 3).

Av de inkluderte enkeltstudier er det bare Webster 2001 (21) som er inkludert i retningslinjene (3,5,6) og i den systematiske oversikten (8). De to siste enkeltstudiene (22, 23) er av nyere dato og er ikke tatt med i retningslinjene.

Webster m.fl. 2001 (21) inkluderte 436 gravide kvinner som fikk innlagt permanent urinkateter på sykehus. De ble randomisert til vask med rent

FIGUR 1: Artikkelflyt



vann (n=219) og til vask med klorhexidin 0,1 prosent (n=217) før kateterisering. Avdelingens vanlige prosedyre for kateterinnleggelse ble fulgt for begge grupper. Urinprøven ble tatt 24 timer etter kateterisering. Ti ml urin ble tatt sterilt fra kateterets prøvetakingsport og sendt til laboratoriet for mikroskopi og dyrking. Mikrobiologen som analyserte urinprøvene var blindet for hvilken væske det ble vasket med. Resultatene viste at 8,7 prosent (n=38) hadde bakteriuri. Bakteriefrekvensen var omtrent lik i de to gruppene, 8,2 prosent (n=18)

i gruppen som ble vasket med rent vann og 9,2 prosent (n=20) i gruppen som ble vasket med klorhexidin (odds ratio 1,13; 95 prosent konfidensintervall 0,58-2,21). Studien konkluderer med at klorhexidin ikke har bedre

til vask med povidone-iodine (n=30). Povidone-iodine er en antiseptisk væske som tilsvarer klorhexidin. Avdelingens vanlige prosedyre for kateterinnleggelse ble fulgt for begge grupper. Det ble tatt to urin-

” Det er risiko for bivirkninger med å bruke klorhexidin.

effekt enn rent vann.

Nasiriani m.fl. 2009 (22) inkluderte 60 kvinner som fikk innlagt permanent urinkateter før gynekologisk operasjon. Kvinnene ble randomisert til vask med rent vann (n=30) og

prøver fra hver pasient, en fra spontan vannlating like før kateterisering og en sterilt fra kateterets prøvetakingssted 24 timer etter kateterinnleggelse. Prøvene ble levert til laboratoriet til analyse og dyrking. Dette

er en enkelblindet studie, men de har ikke skrevet hvem som er blindet. Ingen fikk påvist bakteriuri i prøven tatt før kateterisering, mens 11 pasienter fikk påvist asymptomatisk bakteriuri i prøven tatt fra kateteret. Av disse 11 pasientene ble 20 prosent (n=6) vasket med rent vann og 16,7 prosent (n=5) vasket med povidone-iodine. Studien konkluderer med at det ikke er noen forskjell i forekomst av bakteriuri om man bruker rent vann eller antiseptisk væske. Svakheter ved studien er at ikke alle urinprøvene og kateteriseringene ble foretatt av samme person. Prosedyrene ble utført av to sykepleiere som hadde fått spesiell undervisning og opplæring, men forskerne skriver at det likevel er muligheter for at prosedyrene ikke ble likt gjennomført.

Al-Farsi m.fl. 2009 (23) inkluderte 186 barn i aldersgruppen null til fire år som ble kateterisert på sykehus for å få ren urinprøve. Det var 92 barn som ble randomisert til vask med sterilt vann og 94 barn til vask med povidone-iodine. Avdelingens vanlige prosedyre for kateterinnleggelse ble fulgt for begge grupper. Urinprøve ble testet med urinstix og

mellom gruppene med positiv urinkultur. Hver familie ble oppringt innen ti dager etter prosedyren med spørsmål om barnets tidligere symptomer, eventuelt nye symptomer og antibiotikabruk. Det var ikke mulig å dobbeltblinde type væske til vask, men laboratoriet som analyserte urinprøvene og legen som ringte var blindet. Studien konkluderer med at sterilt vann ikke er mindre effektivt enn povidone-iodine. Av dem som ikke hadde signifikant bakterievekst i urinen, var det flere i vanngruppen (n= 22) enn i povidone-iodine gruppen (n=10). Et barn i vanngruppen uten signifikant bakterievekst fikk feber og fikk neste dag påvist positiv urinkultur. Forskerne skriver at den kliniske betydningen av ikke signifikant bakterievekst ser ut til å være minimal, men at det hadde vært interessant å studere om bakterieveksten ble hindret av den antiseptiske væsken det ble vasket med.

Vi har vurdert de tre studiene til å være for heterogene til å vi kan sammenfatte resultatene i en metaanalyse. De inkluderte grupper var små barn, gravide og stort sett friske kvinner som skulle opereres.

steril væske. De nyeste retningslinjene gir ingen klare svar på spørsmålet og da er det kanskje naturlig at praksis varierer. Fire av de fem retningslinjene vi har vurdert anbefaler aseptisk teknikk og sterilt utstyr (3,5,6,7), mens en retningslinje konkluderer med at det er tilstrekkelig med ren teknikk (4). Det er imidlertid ulikt hva de anbefaler å vaske med; en anbefaler sterilt saltvann, en anbefaler rent vann, mens de andre sier det er for svakt kunnskapsgrunnlag til å gi anbefaling (tabell 3).

Webster m.fl. 2001 (21) er referert til i retningslinjene. Svakheten til den studien er at de kun inkluderte unge, gravide kvinner og at de var kateterisert i kort tid. Etter at disse retningslinjene ble publisert er det gjennomført to nye RCT-studier i sykehus (22,23). Begge disse studiene konkluderer at det ikke er forskjell på bakterieforekomst om en vasker med antiseptisk væske, sterilt eller rent vann. Studien til Nasiriani m.fl. 2009 (22) er liten og inkluderer stort sett friske kvinner. Resultatene må derfor brukes med forsiktighet for andre pasientgrupper. De skriver også at antiseptisk væske kan gi bivirkninger og økte kostnader sammenliknet med bruk av rent vann.

Al Farsi m.fl. 2009 (23) skriver at det virker trygt å bruke sterilt vann og at det samtidig er billig, har minimalt med bivirkninger og er lite hudirriterende. Hung m.fl. konkluderer i en litteraturstudie fra 2010 at det er trygt å vaske urinrørsområdet med rent vann, sterilt vann eller sterilt saltvann før innleggelse av urinkateter (24).

Klorhexidin er en desinfeksjonsvæske som har baktericid effekt på grampositive og

” Urinveisinfeksjon medfører ubehag for pasientene, mer sykелighet, økt dødelighet, lengre liggetid og økte kostnader.

levert til laboratoriet for dyrking. Totalt hadde 32 pasienter (17 prosent) positiv urinkultur (urinveisinfeksjon), av disse var 15 pasienter (16 prosent) i gruppen som ble vasket med povidone-iodine og 17 pasienter (18 prosent) i gruppen som ble vasket med sterilt vann. Det var ingen signifikant forskjell

DISKUSJON

Det er få studier som ser på vaskemetoder før kateterisering. De tre studiene vi har inkludert konkluderer alle med at det ikke er noen forskjell på å bruke sterilt eller rent vann versus antiseptisk væske. I Norge er det ulik praksis, noen sykehus bruker klorhexidin og noen bruker

gramnegative bakterier. Det er et bredspektrert antiseptikum og er mer effektivt mot grampositive enn gramnegative bakterier (25,26). Det er oftest gramnegative bakterier, *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Klebsiella* som forårsaker urinveisinfeksjon (26,27). Bivirkninger ved bruk av klorhexidin kan være kontaktdermatitt, urticaria og anafylaktisk reaksjon, men de forekommer sjelden (25). Det kan være hudirriterende og noen pasienter synes det svir når det vaskes enten med 0,5 mg/ml, eller 1 mg/ml vandig klorhexidin før kateterisering. Al-Farsi m.fl. (2009, s. 659) skriver at de har som rutine å vaske huden ren for povidoneiodine etter kateterisering for å redusere hudirritasjon og forebygge brannsåre (23). Pratt m.fl. (2007, s. 31) poengterer at overdreven vask og bruk av antiseptiske løsninger rundt urinrørsåpningen kan føre til at huden blir sår og irritert og dermed kanskje mer mottakelig for infeksjon (3). Klorhexidin er tilsatt i mange produkter og brukes verden over. Det kan øke faren både for allergi og resistensutvikling. Det brukes på sykehus som hud- og slimhinnedesinfeksjon og finnes også som tilsetning i gel som fylles i urinrøret før kateterisering. Urethra skal fylles med gel for å redusere friksjonen ved kateterisering med permanente katetertyper. Det reduserer faren for å skade urinrøret og reduserer også ubehaget for pasienten. Imidlertid er det ikke vist at antiseptisk tilsetning i gelen reduserer forekomst av urinveisinfeksjon (6,27). Det er mange case-rapporter om alvorlige allergiske reaksjoner

med bruk av urethragel tilsatt klorhexidin (10,11,13,14,17,18). Insidensen av anafylaksi forårsaket av klorhexidin er ukjent, men det stilles spørsmål om forekomsten er større enn man tidligere har antatt (15). De nyeste retningslinjene for å forebygge kateterassosiert urinveisinfeksjon gir anbefalinger om ulike tiltak. Innleggelse av urinkateter må utføres av helsepersonell med kunnskap om korrekt kateterinnleggelse, god hygiene, håndhygiene og aseptisk teknikk (3,5-7). Katetre må fjernes så snart det er forsvarlig og de som må ha kateter må få riktig kateterstell og god oppfølging (3, 5-7). Anbefalingene bygger imidlertid ofte på ekspertuttalelser, konsensus og forskning med lav kvalitet eller utilstrekkelig styrke. Det er derfor behov for mer forskning på denne omfattende problemstillingen.

I den planlagte nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» er en av fire innsatsområder nettopp å forebygge kateterassosierte urinveisinfeksjoner (www.npsk.no). Det er helt grunnleggende å ha klare indikasjoner for bruk av urinkateter, at personellet har kunnskap og at vi har prosedyrer som er i tråd med den til enhver tid beste praksis som kan bidra til å forebygge kateterassosiert urinveisinfeksjon.

Bakterier kan komme inn i blæren ved innleggelse av urinkateter. Mange mener nok at å vaske med noe «sterkere» enn vann er viktig for å unngå å påføre pasienten bakterier i forbindelse med kateteriseringen. Webster m.fl. 2001 (21) skriver at en del av personalet nektet å være med på studien der de sammenliknet vask med vann versus klorhexidin. De

mente det var helt feil ikke å bruke antiseptisk væske til å desinfisere urinrørsområdet før kateterisering. Det er imidlertid mangel på forskning som understøtter denne praksisen. De studiene som har undersøkt dette finner ikke forskjell (21-23).

Ut ifra denne litteraturstudien er det god grunn til å sette spørsmålsteget ved om det er nødvendig å bruke antiseptisk væske tatt i betraktning av at tre studier ikke finner noen effekt, at klorhexidin er allergifremkallende og er dyrere sammenliknet med steril væske. Vi må unngå tiltak som er unyttige eller skadelige. Kateteriseringsprosedyren må være trygg for pasientene, må medføre minimal fare for bivirkninger og være kostnadseffektiv. I Norge koster en liter sterilt saltvann cirka kr 7,50 og en liter vandig klorhexidin cirka kr 51.

En viktig årsak til å endre rutine til å bruke sterilt saltvann eller sterilt vann er at det er risiko for bivirkninger med å bruke klorhexidin. Pasienter og helsearbeidere vil i mindre grad bli utsatt for et allergen som kan føre til allergi og resultere i alvorlige, livstruende reaksjoner. Alvorlige reaksjoner skjer sjelden, men de forekommer (22,25). I tillegg vil miljøet bli spart ved at mindre klorhexidin blir kastet i naturen.

KONKLUSJON

Studiene i denne litteraturovergangen finner ikke at vask med antiseptisk væske av urinrørsområdet før innleggelse av permanent urinkateter har effekt for å redusere bakteriuri og urinveisinfeksjon. Disse tre studiene inkluderte friske kvinner, gravide og små barn. Det er behov for randomiserte kontrollerte studier der også andre pasientgrupper blir inkludert.

REFERANSER

1. **Nasjonalt folkehelseinstitutt.** Resultater fra prevalensundersøkelsene (fra 1999 til nå). http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5631&MainArea_5661=56310:15,3421:1:0:0:::0:0&MainLeft_5631=5544:60795::1:5641:1:::0:0 [Nedlastet 08.06.12].
2. **Hilde Skudal.** I: Lassen J, Sandven P, Grude N, Hermansen NO, Leegaard T, red. Bakteriologisk diagnostikk ved urinveisinfeksjoner. Strategimøte nr. 21, 2007: 16. <http://www.fhi.no/dav/fb5bf18b04.pdf> [Nedlastet 08.06.12].
3. **Pratt RJ, Peltowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SR, et al.** epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect* 2007; 65:1-64.
4. **Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections.** Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2010; 14 (12): 1-4
5. **Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, Calfee DP, Coffin SE, Dubberke ER, Fraser V, Gerding DN, Griffin FA, Gross P, Kaye KS, Klompas M, Marschall J, Mermel LA, Pegues DA, Perl TM, Saint S, Salgado CD, Weinstein RA, Wise R, Yokoe DS.** Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008; 29 Suppl 1: 41-50. <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591066> [Nedlastet 08.06.12]
6. **Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA** and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>. [Nedlastet 08.06.12]
7. **Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, Saint S, Schaeffer AJ, Tambay PA, Tenke P, Nicolle LE.** Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010; 50 (5): 625-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20175247> [Nedlastet 08.06.12].
8. **Moola S, Konno R.** A systematic review of the management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews* 2010; 8 (17): 695-729.
9. **Guttormsen AB, Harboe T, Pater G, Florvaag E.** Anaphylaxis during anaesthesia. *Tidsskr Nor Lægeforen,* 2010;130:503-6.
10. **Stålenheim G, Blömstrom P, Venemalm L.** Chlorhexidine caused anaphylactic reaction. Not only drugs should be considered in the investigation of allergy, according to a case report. *Läkartidningen,* 2010; 13-19;107:37-8.
11. **Parkes AW, Harper N, Herwadkar A, Pumphrey R.** Anaphylaxis to the chlorhexidine component of Instillagel: a case series. *Br J Anaesth.* 2009;102: 65-8.
12. **Sivathasan N, Goodfellow PB.** Skin cleansers: the risk of chlorhexidine. *J Clin Pharmacol.* 2011; 51:785-86.
13. **Garvey LH, Roed-Petersen J, Husum B.** Anaphylactic reactions in anaesthetised patients - four cases of chlorhexidine allergy: *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001; 45:1290-4.
14. **Van Zuuren EJ, Boer F, Lai a Fat EJ, Terreehorst I.** Anaphylactic reactions to chlorhexidine during urinary catheterisation. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2007;151: 2531-4.
15. **Jee R, Nel L, Gnanakumaran G, Williams A, Eren E.** Four cases of anaphylaxis to chlorhexidine impregnated central venous catheters: a case cluster or the tip of the iceberg? *Br J Anaesth.* 2009;103: 614-15.
16. **Nagendran V, Wicking J, Ekbote A, Onyekwe T, Garvey LH.** IgE-mediated chlorhexidine allergy: a new occupational hazard? *Occup Med (Lond).* 2009; 59:27-72.
17. **Nel L, Eren E.** Perioperative anaphylaxis. *Br J Clin Pharmacol* 2011; 71:647-58.
18. **Noel J, Temple A, Laycock GJ.** A case report of anaphylaxis to chlorhexidine during urinary catheterization. *Ann R Coll Surg Engl.* 2012; 94:159-60.
19. **Helse Sør-Øst nettside for smittevern.** http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll/forebygging?p_document_id=401775 [Nedlastet 06.07.12].
20. <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Fagprosedyrer/Urinkateter%2C+permanent+%E2%80%93+innleggelse%2C+stell%2C+sifte%2C+skyling+og+seponering%2C+hos+voksne.144018.cms> [Nedlastet: 06.07.12].
21. **Webster J, Hood RH, Burrige CA, Doidge ML, Phillips KM, George N.** Water or antiseptic for periurethral cleaning before urinary catheterization: a randomized controlled trial. *Am J Infect Control.* 2001; 29: 389-94.
22. **Nasiriani K, Kalani Z, Farnia F, Motavasslian M, Nasiriani F, Engberg S.** Comparison of the effect of water vs. povidone-iodine solution for periurethral cleaning in women requiring an indwelling catheter prior to gynecologic surgery. *Urol Nurs.* 2009; 29:118-21,131.
23. **Al-Farsi S, Oliva M, Davidson R, Richardson SE, Ratnapalan S.** Periurethral cleaning prior to urinary catheterization in children: sterile water versus 10 % povidone-iodine. *Clin Pediatr (Phila).* 2009; 48: 656-60.
24. **Hung A, Giesbrecht N, Pelingon P, Bissonnette R.** Sterile water versus antiseptic agent as a cleansing agent during periurethral catheterizations. *Nena Outlook* 2010 Fall; 33:18-21
25. **Felleskatalogen 2011,** 53. utgave. www.felleskatalogen.no. [Nedlastet: 06.07.12.]
26. **Kyle G.** Reducing urethral catheterization trauma with urethral gels. *Neurogenic bladder supplement* 2011;7:8-12
27. **Nils Grude.** I: Lassen J, Sandven P, Grude N, Hermansen NO, Leegaard T, red. Bakteriologisk diagnostikk ved urinveisinfeksjoner. Strategimøte nr. 21, 2007: <http://www.fhi.no/dav/fb5bf18b04.pdf> [Nedlastet: 06.07.12]

Riktig stell kan motvirke urinveisinfeksjon

› Gode rutiner for stell og behandling ved permanent urinveiskateter er vel så viktig som hva man vasker med når kateteret legges inn.



Av Tom Moe Ringvold

Sykepleier og uroterapeut,
Kirurgisk avdeling, Hamar sykehus,
Sykehuset Innlandet

I sin studie spør Fredriksen og medforfattere: Er vask med antiseptisk væske mer effektivt enn vask med steril væske, når vi legger permanent urinveiskateter (KAD), for å forebygge urinveisinfeksjoner? Studien konkluderer med at det trolig er irrelevant om man vasker med sterilt vann eller aseptisk væske. Studien belyser også det faktum at bruk av KAD gir infeksjoner hos nær sagt alle pasienter bare de har kateteret lenge nok.

Jeg tror bruken av klorheksidin ved innleggelse av KAD er utbredt på norske sykehus. På sykehuset hvor jeg jobber står det i den overordnede prosedyren at det skal vaskes med «vandig Klorhexidin 0,5 mg/ml». Tar man konsekvensen av studiens konklusjon vil dette derfor kunne påvirke et stort antall prosedyrer. Sterilt vann er også billigere enn antiseptisk væske og gir mindre ubehag for pasienten enn klorheksidin som kan gi kløe og gjøre huden sår.

Uavhengig av hvilken prosedyre man følger for innleggelse av KAD, er det viktig å følge opp

med riktig stell og behandling. Riktig kateterstell og dokumentasjon, tydelig definering av hvor lenge pasienten skal ha KAD, hvem som skal fjerne det eller eventuelt skifte hvis det er en langvarig løsning er sentralt her. Vurdering av hver pasient, om han eller hun har behov for KAD eller om det kan benyttes Steril Intermitterende Katetrering (SIK), er også viktig. SIK har betydelig lavere infeksjonsfrekvens og pasienten kan ofte ha det bedre med å slippe permanent kateter. Sykepleieren har en viktig rolle i disse vurderingene og kan være med på å påvirke behandlingen pasienten får.

Antibiotikaresistens er nevnt i studien og noe jeg håper det fokuseres mer på i framtiden da det synes å være et voksende problem. Pasienter som har KAD skal i utgangspunktet ikke ha antibiotika for symptomfri bakteriuri. Jeg har hatt flere pasienter med KAD som har fått antibiotika grunnet påvist bakterier i urinen og mot skjemmende lukt fra urinen. Disse kurene ble gitt uten at

man samtidig skiftet KAD. Da kommer bakteriene gjerne tilbake i større grad enn før, ettersom de kan «gjemme» seg i kateteret og blomstre opp igjen når antibiotikakuren er ferdig. Jeg tror det må skje en holdningsendring, både blant helsepersonell generelt og i befolkningen for øvrig, når det gjelder å bruke antibiotika mer restriktivt.

Det at vask med antiseptisk middel før kateterinnleggelse ikke synes å gi mindre infeksjonsfrekvens, belyser hvor viktig det er at hver enkelt pasient som trenger hjelp til å tømme blæren blir vurdert i forhold til KAD/SIK. Dersom pasienten skal ha KAD er det viktig med riktig kateterstell, god dokumentasjon og definisjon av hvem som skal følge opp seponering eller skifte av KAD. Dette er helt avgjørende for å hindre komplikasjoner. Bruk av antiseptisk vask bør derfor ikke bli en sovepute med tanke på utvikling av urinveisinfeksjoner.

Les artikkelen på side 242





SAMMENDRAG

Bakgrunn: Smertebehandling til opioidavhengige er krevende fordi opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, som igjen forsterker smerteopplevelsen og kompliserer adekvat smertelindring. Helsepersonells kunnskaper, rutiner og holdninger er faktorer som kan påvirke smertebehandling til opioidavhengige.

Hensikt: Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.

Metode: Beskrivende tverrsnittsdesign basert på en survey med

et hensiktsmessig utvalg. Av 435 utsendte spørreskjema ble 312 besvart (72 prosent). Utvalget besto av sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anestesivdelinger ved fire sykehus.

Resultater: Et mindretall (38 prosent) av respondentene oppga at de kartla pasientenes rusmisbruk. Om lag halvparten (47 prosent) svarte at de ga pasientene opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser. Femtito prosent brukte aldri smertekartleggingsverktøy. Resultatene viste et egenvurdert kunnskapsnivå på under 3,0 (fempunktsskala med 5 som høyeste verdi). Flertallet (56,1 prosent) av sykepleierne og en

sjettedel (15,8 prosent) av legene følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. Et mindretall (20,8 prosent av sykepleierne og 26,3 prosent av legene) trodde på pasientens smerteformidling. Godt over halvparten av respondentene (55,7 prosent av sykepleierne og 73,7 prosent av legene) var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom.

Konklusjon: Fordi helsepersonells holdninger til en viss grad synes å trekke pasientens troverdighet i tvil, er det behov for videre studier for å undersøke om opioidavhengige pasienter faktisk får adekvat smertebehandling når de er innlagt i sykehus.

ENGLISH SUMMARY

Treatment of drug addicts with pain in hospital

Background: Pain management of opioid-dependent patients is challenging, as drug-addiction stimulates neuro-psychological, behavioural and social responses that enhance the experience of pain, and complicates adequate pain relief. Health professional's knowledge, routine as well as attitudes, are factors that could affect pain treatment of opioid-dependent patients.

Purpose: Describe health personnel's interventions, knowledge and attitudes against opioid-dependent patients in pain.

Method: A descriptive cross-sectional survey with an appropriate

selection, where 312 (72 %) out of 435 distributed questionnaires were answered. The sample includes all physicians and nurses from surgical, medical and intensive care/anaesthesia units at four hospitals.

Results: A minority (38 %) of respondents stated that they perform detection of the patient's drug abuse. About half of the respondents (47 %) replaced the patient's daily use of opioids. Fifty-two percent answered that they never used pain assessment tools. The results showed self-assessed knowledge level of less than 3.0 (from a five-point scale with 5 as highest). The majority (56.1 %) of the nurses and one-sixth (15.8 %) of the physicians responded that they felt manipula-

ted by opioid-dependent patients, while 20.8 % of the nurses and 26.3 % of the physicians responded that they believed in the patients pain presentation. A narrow majority of the nurses (55.7 %) and 73.7 % of the physicians agreed that drug addiction is a disease.

Conclusion: Even though health care personnel's attitudes to a certain extent seem to doubt the patient's credibility, there is a need for further studies to explore whether the opioid-dependent patients receive appropriate pain treatment when hospitalized.

Key words: Pain, quantitative study, survey, illicit drug abuse, inpatient management

» Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Forfattere: Rita Li, Randi Andenæs,
Eva Undall og Dagfinn Nåden

NØKKELORD

- Smerte
- Kvantitativ studie
- Spørreundersøkelse
- Rusmiddel
- Spesialisthelsetjeneste.

INTRODUKSJON

Rusavhengighet utgjør et stort globalt helseproblem. Internasjonale studier viser at rusmiddelrelaterte sykdommer og skader gir hyppige sykehusinnleggelse (1,2). Smertebehandling til opioidavhengige er spesielt krevende fordi opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, som igjen forsterker smerteopplevelsen og kompliserer adekvat smertelindring (2).

Verdens helseorganisasjon (3) definerer rusmiddelavhengighet som et syndrom bestående av kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer, som indikerer at en person har nedsett kontroll på bruk av rusmidler. Ved langvarig tilførsel av opioider oppstår endringer i sentralnervesystemet som ledsages av økt toleranse for opioider, økt følsomhet for smerte (hyperalgesi), abstinensreaksjoner ved opphør av opioidtilførsel,

og endringer i motivasjonsbanene i hjernen (2). Opioidavhengige er rusavhengige som har utviklet et avhengighetsforhold til opioider. Hos disse kan smerte i kombinasjon med abstinenser som følge av manglende tilførsel av opioider føre til angst, aggressivitet og sterk uro. Når de er innlagt i sykehus vil disse pasientene ikke sjelden skrive seg ut på eget ansvar før den medisinske behandlingen er avsluttet (6,4,5).

Mens det foreligger omfattende forskning om smerte og smertelindring av pasienter generelt, er forskningen som omhandler smertebehandling av pasienter med rusavhengighet begrenset. Utilfredsstillende smertelindring til pasienter i sykehus er imidlertid godt dokumentert (7), noe som forsterkes når pasienten har eller har hatt et rusmisbruk (11,8). Det er også vist at smertelindring til opioidavhengige er suboptimal eller ikke-eksisterende (6,9). Mangelfulle kunnskaper om hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandling har vist seg å være en vesentlig årsak til utilstrekkelig smertelindring (8,10,7). I tillegg til at opioidavhengige pasienter gis utilfredsstillende smertebehandling, blir de også stigmatisert og smertene blir underdiagnostisert

(31,12,13). I en studie fra 2003 (14) konkluderte forfatterne med at manglende smertelindring til opioidavhengige pasienter ikke bare må forstås ut fra kunnskapsmangel og dårlige rutiner, men like mye ut fra helsepersonells stereotype holdninger og deres påvirkning på handlingsvalg. Det kan synes som om helsepersonell er redde for å bli manipulert og lurt. Dette gjelder spesielt ved etterspørsel og foreskrivning av opioider (10).

Handlinger, kunnskap og

Hva tilfører artikkelen?

Resultatene i denne studien indikerer at det kan være behov for holdningsendrende tiltak, undervisning og klinisk integrert læring for å øke helsepersonells kunnskaper om smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.

Mer om forfatterne:

Rita Li er intensivsykepleier og høgskolelektor ved Høgskolen i Telemark, Fakultet for helse, Institutt for sykepleie. Randi Andenæs er førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie. Eva Undall er intensivsykepleier og leder for smerteenheten ved STHF. Dagfinn Nåden er professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie. Kontakt: rita.li@hit.no.

holdninger er komponenter som er sterkt forbundet med hverandre, og som påvirker helsepersonells beslutningsprosesser (17). Kunnskap er en av helsepersonells viktigste ressurser. Å omsette kunnskap til handling er av stor betydning for behandling og ivaretagelse av pasienter (21). Hvorvidt handlingen er relevant og imøtekommer pasientens behov, avhenger av at helsepersonell har en bevisst oppfatning av sine holdninger og de faktorer som inngår i holdningsbegrepet. Holdninger er relativt stabile og organiserte oppfatninger (kognitiv komponent), følelser (affektiv komponent) og handlingsintensjoner (atferdscentrert kompo-

må vurderes ut fra biologiske faktorer, men også ut fra psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer. En profesjonell tilnærming er å tro på pasienten, og ikke betvile hans rapportering av smerte. Klinisk erfaring viser at opioidavhengige pasienter samarbeider godt og snakker sant om sitt misbruk dersom helsepersonell viser dem respekt og oppnår tillit (2,9). Effektiv smertelindring til opioidavhengige i sykehus er avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid (9) der sykepleieren både har selvstendige og delegerede oppgaver. Leger og sykepleiere har flere overlappende funksjoner i smertebehandlingen, der leger har det

spørsmål søktes besvart:

- I hvilken grad utføres sentrale handlinger når opioidavhengige pasienter med smerte er innlagt i sykehus?
- Hvordan vurderer leger og sykepleiere sin kunnskap om rusmisbruk og smerte?
- Hvilke holdninger har leger og sykepleiere til opioidavhengige pasienter med smerte?

METODE

Studien har et beskrivende tverrsnittdesign med et hensiktsmessig utvalg. For å sikre et representativt utvalg som kunne bidra med informasjon til å besvare problemstillingen, kartla kontaktpersoner innenfor smertemiljøet ved de enkelte sykehus hvilke avdelinger opioidavhengige pasienter oftest var innlagt i. På bakgrunn av denne kartleggingen valgte vi å forespørre alle leger og sykepleiere ansatt ved seks medisinske, tre kirurgiske og tre intensiv- eller anestesiavdelinger ved fire norske sykehus i fire ulike helseregioner. Inklusjonskriteriene var at respondene skulle være sykepleiere eller leger i fulltids- eller deltidsstilling, arbeide på en av de ovenfor nevnte avdelingene, samt ha erfaring med rusmisbrukere. Det ble delt ut totalt 456 spørreskjemaer sammen med et informasjonsskriv om studien, til 375 sykepleiere og 81 leger. Anonymiteten ble ivarettatt ved at spørreskjemaer ble delt ut eller lagt i de enkeltes posthyller. Det ble lagt ved konvolutter som spørreskjemaet skulle legges i, og som skulle lukkes etter utfylling. Innsamling av data pågikk i uke 41 og 42 i 2009. Allmenne forskningsetiske prinsipper ble fulgt (33). Studien ble meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD).

” Kunnskap er en viktig faktor i dannelselse og endring av holdninger.

ment) overfor objekter og saker av sosial art og betydning (18,19). Kunnskap er en viktig faktor i dannelselse og endring av holdninger. Holdninger kan være en måte å uttrykke sentrale verdier på, og de har ulik grad av høyt eller lavt endringspotensial (18).

I de faglige retningslinjene for norske leger framgår det at det er helt essensielt å kartlegge bruks- og avhengighetstype for å forebygge abstinenser og for å kunne gi adekvat smertelindring (5). Oppretting av et gjensidig tillitsforhold mellom helsepersonell og opioidavhengige er et annet overordnet mål ved behandlingstilbudet i sykehus (2,4,5). Opioidavhengige pasienter har derimot ofte dårlig erfaring med smertelindring og abstinensbehandling på sykehus, og kan ha en forventning om å bli stigmatisert og mistrodd (5,6,8,20). Både akutt og langvarig smerte er en kompleks sensorisk og følelsesmessig opplevelse som ikke bare

medisinskfaglige ansvar og best behandlingskompetanse (16). Sykepleieren utfører og følger opp legens forordninger, og har dermed en spesiell nøkkelrolle på grunn av sin nærhet til pasienten (8,26).

Oversiktsartikler fra 2009 (2,22) oppsummerer at det er lite empiri som ligger til grunn for håndtering av smerte hos opioidavhengige pasienter. Mye av den kunnskapen som foreligger er ikke-vitenskapelig og er basert på case rapporter, retrospektive studier og ekspertuttalelser. Disse studiene har ikke bidratt med kunnskap om hvordan helsepersonell selv vurderer smertebehandlingen av denne pasientgruppen. Gjennomgang av forskningslitteratur viser at det ikke foreligger studier som kartlegger handlinger, kunnskaper og holdninger hos leger og sykepleiere. Hensikten med studien er således å få kunnskap om disse forhold. Følgende tre forsknings-

Spørreskjema

Vi ønsket primært å bruke et allerede validert spørreskjema, men fant ingen som dekket formålet med studien. Vi utarbeidet derfor et eget spørreskjema tilpasset forskningsspørsmålene. Skjemaet besto av totalt 36 spørsmål inndelt i fire bolker som inkluderte bakgrunnsvariabler, handlinger eller tiltak som kan iverksettes overfor pasienter med rusmisbruk og smerter, samt helsepersonells kunnskaper om og holdninger overfor denne pasientkategorien.

I. Bakgrunnsvariablene omhandlet spørsmål om profesjon (lege/sykepleier), alderskategori (34 år eller yngre, mellom 35–49 år, 50 år eller eldre), hvilken avdeling de arbeidet på (kirurgisk, medisinsk, intensiv/anestesi, eller annen sykehusavdeling), profesjonell erfaring (fem år eller mindre, mellom fem og 15 år, 15 år eller mer), samt hvor ofte de var i kontakt med rusmisbrukere, kategorisert i følgende fire svaralternativer: 1) Én gang per uke eller oftere, 2) én gang per måned eller oftere, 3) én gang per halvår eller oftere, eller 4) sjeldnere enn én gang per år.

II. Handlingsbolken besto av syv påstander som omhandlet handlinger vedrørende kartlegging av rusmisbruk og smerter, urin/blodprøvetaking, individuell behandlingsplan og samarbeid med annet helsepersonell (LAR, fastlege, kommune). Påstandene hadde fem svaralternativer; «aldri», «sjelden», «av og til», «ganske ofte» og «svært ofte».

III. Kunnskapsbolken besto av to deler. Del én besto av fem spørsmål (se tabell 2) hvor respondentene ble bedt om å vurdere egen kunnskap på en Likert-skala (fra 1=lite kunnskap til 5= mye kunnskap). I den andre delen ble respondentenes faktiske

kunnskaper testet gjennom følgende tre kunnskapsspørsmål: 1) «Rusmisbrukere har høy toleranse for opioider», 2) «langvarig opioidbruk kan medføre hyperalgesi» og 3) «rusmisbrukere må ha store doser opioider for å oppnå effekt». Svaralternativene var «enig», «uenig» eller «vet ikke».

VI: Holdningsbegrepet ble operasjonalisert ut fra en tredelt inndeling med en kognitiv, affektiv og atferdsentrert komponent som beskrevet i introduksjonen (18,19). Holdningsbolken inneholdt 16 påstander der svaralternativene var «1=helt enig», «2=nokså enig», «3=både/og», «4=nokså uenig» og «5=helt uenig». Cronbachs alpha for totalskåren i holdningsbolken var 0,66.

En anestesilege kvalitetssikret det medisinskfaglige innholdet. Vi gjorde også en pilotstudie blant seks sykepleiere og tre anestesileger for å teste om spørsmålene var klart og konsist formulert. Pilotstudien medførte ingen strukturelle eller innholdsmessige endringer av spørreskjemaet.

Statistiske analyser

Data ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS 17.0. Det ble anvendt beskrivende statistikk, frekvenstabeller, og kalkulering av gjennomsnittsverdi og standardavvik. Det ble beregnet prosentvise korrekte svar på hvert av de tre kunnskapsspørsmålene både i det samlede utvalget og deretter blant legene, og blant sykepleierne. Forskjeller mellom legene og sykepleierne ble undersøkt med kji-kvadrattest. Forskjell i skår mellom sykepleiere og leger ble undersøkt med students t-test, og funnene er rapportert med t- og p-verdier. Signifikansnivået ble satt til 5 prosent ($p < 0,05$). Det ble regnet ut totalskår for holdningsbolken, og her ble intern konsistens kalkulert ved hjelp av Cronbach alpha.

RESULTATER

Av 435 utsendte spørreskjema ble 312 besvart (72 prosent). Av disse besvarte 274 sykepleiere og 38 leger spørreskjemaet. Aldersgruppen 34 år eller yngre var den største. De som arbeidet på

TABELL 1: Karakteristikk over respondentene i spørreundersøkelsen (n=312).

Bakgrunnsvariabler		N (%)
Profesjon:	Sykepleier	274 (88,1)
	Lege	38 (11,9)
Alder:	≤ 34 år	145 (46,5)
	35–49 år	125 (39,7)
	≥ 50 år	43 (13,8)
Type avdeling	Kirurgisk	76 (24,4)
	Medisinsk	140 (44,7)
	Intensiv/anestesi	77 (24,8)
	Andre	17 (5,5)
Profesjonell erfaring	≤ 5 år	94 (30,1)
	5–15 år	145 (46,2)
	≥ 15 år	74 (23,7)
Hvor ofte i kontakt med rusmisbrukere i arbeidet?	1 gang pr. uke eller oftere	89 (29,0)
	1 gang pr. måned eller oftere	141 (45,9)
	1 gang pr. halvår eller oftere	68 (22,1)
	Sjeldnere enn 1 gang pr. år	7 (2,2)

TABELL 2: Egenvurdering av kunnskap om rusmisbruk, forskjeller mellom sykepleiere og leger (N=312).

Kunnskaper	Sykepleiere (N=272)		Leger (N=38)		t-verdi	P-verdi
	Gjennomsnitt	(SD)	Gjennomsnitt	(SD)		
I hvilken grad har du kunnskaper om observasjon av abstinenssymptomer hos rusmisbrukere?	3,00	(0,93)	3,53	(0,86)	-3,30	0,001
I hvilken grad har du kunnskaper om behandling av abstinenser hos rusmisbrukere?	2,60	(0,91)	3,26	(0,79)	-4,28	0,001
I hvilken grad har du kunnskaper om smertelindring til rusmisbrukere?	2,46	(0,84)	3,03	(0,59)	-3,97	<0,000
I hvilken grad har du kunnskaper om substitusjonsbehandling med opioider til rusmisbrukere?	2,31	(0,92)	2,74	(0,79)	-2,72	0,007
I hvilken grad har du kunnskaper til å skille mellom rusavhengighet og rusmisbruk?	2,16	(0,93)	2,62	(0,92)	-2,86	0,005

Merk: t-test for uavhengige utvalg er gjort for å undersøke mulige forskjeller mellom sykepleiere og leger. Gradering av kunnskap er skåret på en femdel ordinalskala fra 1= lite kunnskap til 5 = mye kunnskap. SD = standardavvik

TABELL 3: Holdninger til behandling av opioidavhengige med smerte, forskjeller mellom sykepleiere og leger (N=312).

Holdninger	Sykepleiere (N=272)		Leger (N=38)		t-verdi	P-verdi
	Gjennomsnitt	(SD)	Gjennomsnitt	(SD)		
Jeg opplever at legene er positive til smertebehandling av rusmisbrukere	3,22	(0,92)	2,68	(0,81)	3,40	0,001
Jeg opplever at sykepleierne er positive til smertebehandling av rusmisbrukere	2,71	(0,84)	2,71	(0,90)	0,00	1,0
Rusmisbruk er en sykdom	2,45	(1,23)	2,05	(1,06)	1,89	0,06
Rusmisbrukere forteller sannheten når de formidler smerte	2,96	(0,80)	2,89	(0,65)	0,50	0,62
Rusmisbrukere forteller ikke sannheten om sitt misbruk	2,78	(0,84)	2,53	(0,69)	1,77	0,08
Rusmisbrukere manipulerer ofte helsepersonell for å få opioider	1,47	(0,56)	1,37	(0,49)	1,06	0,29
Jeg opplever at rusmisbrukere ofte virker påvirket av rusmidler når de er innlagt	2,35	(0,82)	2,45	(0,69)	-0,71	0,48
Jeg opplever ofte at rusmisbrukere prøver å lure meg når de ber om smertestillende	2,84	(0,79)	2,55	(0,72)	2,08	0,04

Merk: t-test for uavhengige utvalg er gjort for å undersøke mulige forskjeller mellom sykepleiere og leger. Holdninger er skåret på en fem-delt ordinalskala fra 1 = helt enig til 5 = helt uenig. SD = standardavvik

medisinske avdelinger utgjorde den største gruppen (44,7 prosent). Når det gjelder kontakt med rusmisbrukere i arbeidet, utgjorde de som hadde kontakt med rusmisbrukere én gang per måned eller oftere den største gruppen. Karakteristika ved utvalget i studien er presentert i tabell 1.

Handlinger som utføres når opioidavhengige er innlagt i sykehus: Totalt 38 prosent av respondentene oppga at de kartla pasientens rusmisbruk, og leger kartla oftere enn sykepleierne. Denne forskjellen var statistisk signifikant ($p=0,04$). Det var 46,9 prosent som svarte at de erstattet pasientens daglige bruk

av opioider. Totalt 23,2 prosent oppga at de brukte smertekartleggingsverktøy ofte.

Helsepersonells vurdering av egen kunnskap om opioidavhengighet og smerte: Som det framgår av tabell 2 lå gjennomsnittsverdiene mellom 2,16 og 3 på spørsmålene som handlet om vurdering av egen kunn-

skap om smertelindring til opioidavhengige. Det var statistisk signifikante forskjeller mellom profesjonene på samtlige spørsmål, og leger vurderte sine kunnskaper bedre enn sykepleierne.

På kunnskapsspørsmålet om opioidavhengige har økt toleranse for opioider, hadde 83,5 prosent riktig svar. På spørsmålet om langvarig bruk av opioider fører til overfølsomhet for smerte svarte 45,3 prosent vet ikke, mens 47,6 prosent svarte at de var enige i påstanden. Det var 70,8 prosent som svarte riktig på spørsmålet om rusmisbrukere trenger store doser opioider for å få effekt. Analyser viste ingen signifikante forskjeller mellom faggruppene i kunnskapsspørsmålene.

Helsepersonells holdninger til opioidavhengige med smerte: Tabell 3 gir en oversikt over studiens hovedfunn. Her framgår det at når legene og sykepleierne ble bedt om å vurdere om legene er positive til smertelindring, vurderte legene dette høyere enn det sykepleierne gjorde. Opplevelsen av å bli lurt av rusmisbrukere når det ble spurt om smertestillende var også mer vanlig blant sykepleierne enn blant legene. Disse forskjellene var statistisk signifikante ($p < 0,05$). På de andre holdningsspørsmålene var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de to gruppene.

Prosentfordeling (ikke framstilt i tabell) viser at 20,8 prosent av sykepleierne og 26,3 prosent av legene var enige eller nokså enige, i påstanden om opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte. Kun 55,7 prosent av sykepleierne og 73,7 prosent av legene var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom. Et flertall (56,1 prosent) av sykepleierne og en sjettedel (15,8 prosent) av legene

svarte at de ofte føler seg manipulert av opioidavhengige, og 29 prosent av sykepleierne og 36,8 prosent av legene svarte både og på påstanden om at opioidavhengige prøver å lure dem når de ber om smertestillende. Kun dette siste spørsmålet viste statistisk signifikante forskjeller mellom de to yrkesgruppene (tabell 3).

DISKUSJON

Handlinger og kunnskap

I denne studien var det et mindretall som kartla pasientens rusmisbruk svært ofte eller ganske ofte, og legene utførte kartlegging oftere enn sykepleierne. Også tall fra internasjonal forskning viser en lav og/eller varierende kartleggingsprosent mellom 18–67 prosent (24,35,36). Sykepleierne lave grad av kartlegging i denne studien kan være et uttrykk for at de ikke anser kartlegging av rus-

av gjensidig avhengighet (9,15). I Legeforeningens retningslinjer for smertebehandling til opioidavhengige pasienter framgår at det er helt essensielt å kartlegge bruks- og avhengighetstype for å forebygge abstinenser og for å kunne gi adekvat smertelindring (5). Forskning viser at mangelfull kartlegging kan føre til at mange opioidavhengige pasienter blir feildiagnostisert og/eller underbehandlet (13). Årsaker kan være mistillit til pasientens troverdighet og mangel på kunnskap og tid (25,36). I denne studien oppga respondentene et lavt til middels egenvurdert kunnskapsnivå om smertelindring. Legene vurderte sitt kunnskapsnivå høyere enn sykepleierne på alle kunnskapsspørsmålene. På den andre siden var det spesifikke kunnskapsnivået hos begge yrkesgruppene høyt vedrørende toleranse og det



En profesjonell tilnærming er å tro på pasienten, og ikke betvile hans rapportering av smerte.

misbruk som sitt ansvarsområde. En annen mulig forklaring er at sykepleierne mangler kunnskap om hvordan opioidavhengighet kan påvirke smerteopplevelsen og smertebehandlingen, og derfor ikke anser kartlegging som relevant. I likhet med sykepleieres ansvar for observasjoner og vurderinger til ikke opioidavhengige pasienter, bør de også til opioidavhengige pasienter foreta en nøyaktig kartlegging og vurdering av pasientens behov. Vurderingen skal være basert på en systematisk og kontinuerlig innhenting av data. Adekvat smertelindring av opioidavhengige pasienter i sykehus krever et godt tverrfaglig samarbeid, der leger og sykepleiere har komplementære roller preget

at rusavhengige pasienter trenger store doser opioider for å få smertelindrende effekt. Tidligere studier har vist at helsepersonell oppgir å ha gode kunnskaper om rusavhengighet, toleranse og hyperalgesi (25,37). På tross av denne kunnskapen får opioidavhengige pasienter ikke mer analgetika enn andre inneliggende pasienter (Ibid). Dette kan tyde på manglende samsvar mellom faktisk kunnskap og anvendelse av denne kunnskapen.

Smertekartleggingsverktøy

Det var kun en fjerdedel av respondentene som svarte svært ofte eller ganske ofte på spørsmål om bruk av smertekartleggingsverktøy. Mangelfull anvendelse av kartleggingsverktøy ble også

avdekket i en nylig norsk publisert studie (27). Der fant man at et knapt flertall av nyopererte ikke opioidavhengige pasienter var blitt spurt om å angi sin smerteintensitet på en smerteskala. Sjelden bruk av kartleggingsverktøy kan henge sammen med manglende rutiner, men det kan også knyttes til stigmatiserende, moralistiske og negative holdninger som helsepersonell kan ha til opioidavhengige (8,12,42).

Resultat fra vår studie viste at over halvparten av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengige pasienter manipulerer for å få opioider. Smerte er en subjektiv, personlig og privat opplevelse, og det er derfor nødvendig å bruke smertekartleggingsverktøy for å sikre en individuell og optimal smertelindring (44). Bruk av kartleggingsverktøy knyttet til smerte

rusmisbrukere som aggressive kan igjen påvirke behandlingen med et gjensidig mistillitsforhold som resultat.

Holdninger

Et knapt mindretall av respondentene oppga å være usikre eller uenige i at rusavhengighet er en sykdom. Dette samsvarer med resultater fra annen forskning (20,40). Frem til midten av 1990-tallet ble rusavhengighet forstått ut fra et sosialpsykologisk perspektiv, og behandlingen av rusavhengighet lå under sosialtjenesten. Selv om dette perspektivet ble endret fra et sosialt til et biologisk perspektiv i 1997, foreligger det enda holdninger om at rusavhengighet er selvforskyldt (11,29). Dette kan muligens sees i sammenheng med den allmenne oppfatning at holdninger er vanskelige å

positive til smertebehandling av rusmisbrukere, mens noen flere leger mente at sykepleierne var positive til smertebehandling. I første omgang handler dette om i hvilken grad de to yrkesgruppene synes å være villig til å bruke av tid og ressurser overfor denne pasientgruppen. Sykepleierne kan oppleve at de står mye alene med pasientene, og at de får mangelfulle forordninger og lite støtte fra legene. Studier viser at mangelfulle forordninger kan ha sammenheng med at leger er redde for å bli lurte (10,41). Intensjoner kan predikere handlinger (19). Det er derfor grunn til å anta at legenes og sykepleierens grad av positiv intensjon til smertebehandling kan påvirke deres handlingsvalg. Resultatene fra studien kan antyde at mangelfull smertelindring ikke bare må forstås ut fra kunnskapsmangel, men like mye ut fra hvordan stereotipe holdninger og intensjoner kan påvirke handlingsvalget (14,29).

” Når helsepersonell betviler pasientens smerteformidling, undergraver de pasientens troverdighet.

og avhengighet vurderes å være av essensiell betydning for at opioidavhengige skal få adekvat smertelindring når de er innlagt i sykehus (10). Nøyaktig kartlegging av pasientens smerte kan redusere sjansen for å bli manipulert eller «lurt» (7). Følelsen av manipulering kan true helsepersonells identitet som troverdige profesjonelle yrkesutøvere, og kan påvirke deres beslutningsprosesser ved smertebehandling. Dette kan igjen føre til at pasienten ikke får nødvendig smertelindring (7,10,17). På den andre siden kan konsekvensene av å holde tilbake opioider til opioidavhengige pasienter med smerter føre til at pasientene blir aggressive og vanskelige (2,30). Helsepersonells opplevelse av

endre, og at ny kunnskap ikke er integrert i helsepersonells holdningsdannelse. Det er ikke et nytt fenomen at helsepersonells holdninger påvirker den behandling de gir (13,38). Studier har vist at helsepersonell er lite villige til å bruke tid på pasientgrupper som er ansett for å være selvforskyldte i sine lidelser, og dette påvirker behandlingen av pasientene (14,29). Legeforeningen uttrykker bekymring over at rusavhengighet fortsatt ansees som selvforskyldt, og understreker at det er nødvendig med en vesentlig holdningsendring for at rusavhengige pasienter skal få nødvendig behandling (11).

Resultater fra denne studien viste at det var svært få av sykepleierne som mente at legene var

Tillit

Over halvparten av respondentene (54,6 prosent) var enige i utsagnet om at opioidavhengige pasienter ofte virket ruset, og noe under halvparten oppga at de erstattet pasientenes daglige bruk av opioider. Opioidsubstitusjon kan forhindre abstinenser som er helt sentralt i smertelindring til opioidavhengige pasienter. Abstinenser kan forsterke hyperalgesi og føre til selvmedisinering for å unngå smerter og abstinens (32). På den andre siden er pasienters eventuelle skjulte rusmisbruk mens de er innlagt i sykehus, til stor bekymring for helsepersonell (10). Mangelfull opioidsubstitusjon kan muligens også forstås i sammenheng med andre sentrale resultater fra studien, som viste at en tredjedel av respondentene

mente at opioidavhengige pasienter lyver om sitt rusmisbruk, og at et mindretall av respondentene kartlegger pasientens misbruk? Resultatene viste også at en fjerdedel av respondentene var helt eller nokså enig i at opioidavhengige pasienter forteller sannheten når de formidler smerte. Mange opioidavhengige pasienter sier ikke fra om sitt misbruk fordi de er redde for at deres smerteformidling skal oppfattes som russøkende atferd (41). Tidligere studier har vist at helsepersonells kunnskapsmangel, opiofobi og stereotype holdninger er sentrale barrierer som kan påvirke handlingsvalg ved smertelindring til pasienter som ikke er opioidavhengige (14,28). Dersom disse barrierene påvirker smertelindring til dem som ikke er opioidavhengige, kan man spørre seg hvordan dette vil kunne virke inn på smertelindringen til pasienter som er opioidavhengige. Det er grunn til å tro at utilstrekkelig smertelindring forsterkes når pasienten har eller har hatt et problem med rusmisbruk (5,8). Det kan henge sammen med at helsepersonell har vegring mot å gi opioider som analgesi til en som er opioidavhengig, og de kan mistro pasientens rapportering av smerte og tro at de kun er ute etter rus (2).

Når helsepersonell betviler pasientens smerteformidling, undergraver de pasientens troverdighet. Det har vist seg at opioidavhengige pasienter ikke inntar rusmidler i skjul hvis helsepersonell velger å ha tillit til deres rapportering om smerte (34,41). Et gjensidig tillitsforhold opparbeidet gjennom aktiv kommunikasjon er helt sentralt ved smertelindring til denne pasientgruppen (4,9,22,38). En grunn kan være at mange av pasientene har erfaringer som har medført

mistillit til helsevesenet. I tillegg er dette en pasientgruppe der mange har hatt en skadelidende sosialiseringssprosess på grunn av omsorgssvikt som kan ha medført mistillit til andre mennesker (45). Det er derfor av essensiell betydning å forsikre pasientene om at de vil få adekvat smertelindring, behandling og forebygging av abstinenssymptomer, i tillegg til lindring av plager og symptomer som følge av abstinens. Da vil sjansen øke for å opprette ett gjensidig tillitsforhold (2).

Svakheter og styrker

En svakhet ved studien er det egenutviklede spørreskjemaet, som ikke er validert eller testet ut i andre studier. Holdninger er vanskelig å måle, og det kan reises spørsmål ved begrepsvaliditeten i skjemaet. Imidlertid ble holdningsbegrepet operasjonalisert på bakgrunn av en anerkjent holdningsteori (18). I tillegg viste pilottestingen av skjemaet stor grad av samforståelse vedrørende begrepet. Dette styrker mulighetene til å generalisere resultatene. En styrke ved studien er den høye svarprosenten som kan tolkes som at respondentene opplevde temaet som klinisk relevant og vel verdt å bruke tid på. En annen styrke er at utvalget ble rekruttert fra fire sykehus fra fire helseregioner og dermed representerer flere landsdeler. På den andre siden ble utvalget rekruttert fra avdelinger som ofte har opioidavhengige pasienter innlagt. Respondentene i denne studien kan ha gitt andre typer svar enn et utvalg rekruttert fra avdelinger med færre opioidavhengige pasienter innlagt. I spørreskjemaet var kategoriseringen av hvor ofte de var i kontakt med rusmisbrukere ufullstendig og hadde overlappende svaralternativer. Det gjør at vi vanskelig kan trekke noen

konklusjoner om betydningen av om helsepersonell har hyppig eller sjelden kontakt med denne pasientgruppen. Etterfølgende studier anbefales å undersøke denne bakgrunnsinformasjon, samt å dekke forskjellige avdelinger; både innen spesialist- og førstelinjetjenesten.

Implikasjoner

Resultatene i denne studien indikerer at det kan være behov for holdningsendrende tiltak, undervisning og klinisk integrert læring, som har vist seg å høyne kunnskapen hos helsepersonell innen dette området. Solid kunnskap er essensielt for å ivareta krevende pasientgrupper med komplekse hjelpebehov (17,43). Like viktig er en avdelingskultur som fremmer utvikling av og refleksjon rundt personlig kompetanse (23). Det er nødvendig at ruspolitiske endringer som rusreformen og LAR, og individuell plan blir implementert i kliniske beslutningsprosesser.

KONKLUSJON

Fordi helsepersonells holdninger til en viss grad synes å trekke pasientens troverdighet i tvil, er det behov for videre studier for å undersøke om opioidavhengige pasienter faktisk får adekvat smertebehandling når de er innlagt i sykehus.

REFERANSER

1. Popova S, Rehm J, Patra J, Baliunas D, Taylor B. Illegal drug-attributable morbidity in Canada 2002. *Drug and Alcohol Review*. 2007;26:251-63.
2. Haber SP, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. *Lancet*. 2009;374:1284-93.
3. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization 2010. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/. [Nedlastet: 1.11.2011.]
4. Rygnestad T, Krook LA. Behandling av opioidavhengige i sykehus. *NAForum, Tidsskrift for Norsk anestesiolgisk for-*

ening. 2006;19:10-13.

5. **Den Norske Legeforenings retningslinjer for smertelindring 2009** http://www.legeforeningen.no/asset/42585/1/42585_1.pdf. [Nedlastet: 1.11.2011.]

6. **McCreaddie M, Lyons I, Watt D, Ewing E, Croft J, Smith M, Tocher J.** Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in the acute care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:2730-40.

7. **Alford D.P, Compton P., Samet J.H.** Acute pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. *Annals of Internal Medicine*. 2006; 144:127-34.

8. **Morgan BD.** Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abuser's Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*. 2006;7:31-41.

9. **Koongaard UE, Bell FR, Breivik H.** Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*. 2005;20:2808-10.

10. **Merill JO, Rhodes LA, Deyo RA, Marlatt AG, Bradley KA.** Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users - The Keys to the «Narc» Cabinet. *Journal of General Internal Medicine*. 2002;17:327-333.

11. **Legeforeningen.** På Helse løs - Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. Statusrapport fra Den norske legeforening. 2006. http://www.legeforeningen.no/asset/29556/2/29556_2.pdf. [Nedlastet: 1.11.2011.]

12. **Ahern J, Stuber J, Galea S.** Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 88:188-96.

13. **Kelleher S.** Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing*. 2007;15:161-5.

14. **Brockopp DY, Ryan P, Warden S.** Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients. *British Journal of Nursing*. 2003;12:409-5.

15. **Coombs M, Ersser SJ.** Medical hegemony in decision-making - a barrier to interdisciplinary working in intensive care? Issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;46:245-52.

16. **Befring AK, Ohnstad B.** Helsepersonelloven med kommentarer. 2. utgave, Bergen, Fagbokforlaget. 2001.

17. **Dewar A, Mullett J, Langdeau, S.** Psychiatric Patients: How Can We Decide if You Are in Pain? *Issues in Mental Health Nursing*. 2009; 30:295-303.

18. **Iltstad S.** Sosialpsykologi. 5. utgave, Trondheim: Tapir akademisk forlag. 2004.

19. **Oppenheim AN.** Questionnaire design, interviewing, and attitude measurement. London: Pinter. 1992.

20. **Weiss L, McCoy K, Kluger M, Finkel-**

stein R. Access to and use of health care: perceptions and experiences among people who use heroin and cocaine. *Addiction Research and Theory*. 2004;12:155-65.

21. **Nylenna M.** Publisere & presentere. Medisinsk fagformidling i teori og praksis. 1. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk. 2008.

22. **Helfand M, Freeman M.** Assessment and Management of Acute Pain in Adult Medical Inpatients: A Systematic Review. *Pain Medicine*. 2009;10:1183-99.

23. **Jahren Kristoffersen N, Nortvedt F og Skaug E-A(red).** Jahren Kristoffersen N. og Nortvedt P. Kap. 5, Relasjonen mellom sykepleier og pasient. Skaug E-A og Dahl Andersen I. Kap 6, Beslutningsprosesser i sykepleien. Jahren Kristoffersen N. Kap. 7. Sykepleiekunnskap og kompetanse. Grunnleggende sykepleie. Danmark, Gyldendal Akademiske. 2005;137-181, 184-213, 215-256.

24. **Happell B.** Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and Health Sciences*. 2002; 4:193-200.

25. **Kelleher S, Cotter P.** A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*. 2009;17: 3-14.

26. **Utdannings- og forskningsdepartementet.** Rammepplan for sykepleieutdanningen 2005. http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269376-rammeplan_for_sykepleierutdanning_05.pdf. [Nedlastet: 1.11.2011.]

27. **Fredheim OM, Borchgrevink CP, Nordstrand B, Clausen T, Skurtveit S.** Prescription of analgesics to patients in opioid maintenance therapy: A pharmacoepidemiological study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;116: 158-62.

28. **Grinstein-Cohen O, Sarid O, Attar D, Pilpel D, Elhayany A.** Improvements and difficulties in postoperative pain management. *Orthopaedic Nursing*. 2009; 28: 232-239.

29. **Natan BM, Beyil V, Neta O.** Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice*. 2009;15:566-73.

30. **Wintle D.** Pain management for the opioid-dependent patient. *British journal of nursing*. 2008;17:47-51.

31. **Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhilca L, Torrens M, Vajd R, Baldacchino A.** Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*. 2011;106:1114-25.

32. **DuPen A, Shen D, Ersek M.** Mechanisms of Opioid-Induced Tolerance and Hyperalgesia. *Pain Management Nursing*. 2007;8:113-21.

33. **Sykepleiernes samarbeid i Norden.**

Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. 2003. <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>. [Nedlastet: 1.11.2011.]

34. **Berg KM, Arnsten JH, Sacajiu G, Karasz A.** Providers' Experiences Treating Chronic Pain among Opioid-Dependent Drug Users. *The Journal of General Internal Medicine*. 2009;24:482-8.

35. **Stein M, Wilkinson J, Berglas N, O'Sullivan, P.** Prevalence and Detection of Illicit Drug Disorders among Hospitalized Patients. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 1996;22:463-71.

36. **Lappalainen-Lehto R., Seppä K., Nordback I.** Cutting down substance abuse-present state and visions among surgeons and nurses. *Addictive Behaviours*. 2005;30:1013-8.

37. **Hines S, Theodorou S, Williamson A, Fong D, Curry K.** Management of acute pain in methadone maintenance therapy in-patients. *Drug and Alcohol Review*. 2008;27:519-523.

38. **Hopper JA, Shafi T.** Management of the hospitalized injection drug user. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2002;16:571-87.

39. **Mitra S, Sinatra, RS.** Perioperative Management of Acute Pain in the Opioid-dependent Patient. *Anesthesiology*. 2004;101:212-27.

40. **Tang Yi-L, Wiste A, Mao P-X, Hou Y-Z.** Attitudes, knowledge and perceptions of Chinese doctors toward drug abuse. *Journal of substance Abuse Treatment*. 2005;29:215-20.

41. **Baldacchino A, Gilchrist G, Fleming R, Bannister J.** Guilty until proven innocent: a qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. *Addict Behaviour*. 2010;35:270-2.

42. **Ene KW, Nordberg G, Berg I, Johanson FG, Sjøstrøm B.** Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17: 2042-50.

43. **Coomarasamy A, Khan KS.** What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*. 2004;329:1017-21.

44. **Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Rundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A.** Assessment of Pain. *British Journal of Anaesthesia*. 2008;101:17-24.

45. **Aas NM.** «Bare som nykter har jeg verdighet» - om rusmiddelavhengiges livs- og omsorgssituasjon. Hovedfagsoppgave, ernæring, helse og miljøfag, Høgskolen i Akershus. 2003.

Smertebehandling av opiodavhengige krever ekstra ressurser

› Det er viktig å skape et godt og gjensidig tillitsforhold mellom helsepersonell og opiodavhengige som legges inn på sykehus.



Nzigire Broome

Avdelingssykepleier på infeksjon- og gastroavdeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Målgruppen for artikkelen til Li og medforfattere er helsepersonell som jobber med opiodavhengige pasienter. Det framgår i artikkelen at helsepersonell sjelden kartlegger pasientens opiodbruk og avhengighetstype. Uten denne kartleggingen vil ikke kunnskapen om pasienten være fullstendig, med utilstrekkelig forebygging av abstinenser og inadekvat smertelindring som følge av dette. I artikkelen framkommer at det ofte er manglende rutiner som gjør at ikke kartleggingsverktøy blir brukt i tilstrekkelig grad.

For å kartlegge medisinbruk hos andre pasientgrupper kontakter vi normalt fastlege eller hjemmesykepleier. Slik kartlegging er vanskeligere å utføre for opiodavhengige pasienter som ofte styrer sin egen opiodavhengighet, med mindre pasienten har vært til rusbehandling.

Artikkelen formidler at helsepersonell undergraver pasientens troverdighet fordi de betviler

pasientens smerteformidling. Pasientgruppen føler seg stigmatisert og opplever ofte at de ikke blir trodd når de forteller om sine smerter. Det kommer fram i artikkelen at det fremdeles finnes en holdning, blant helsepersonell og i samfunnet for øvrig, om at «rusavhengighet er selvforskyldt», og at dette igjen påvirker den behandlingen helsepersonell gir.

Mange pasienter har nok opplevd omsorgssvikt fra helsepersonell eller fra andre. Jeg vil samtidig påpeke at helsepersonell er blitt lurt av pasienter og har opplevd i noen tilfeller å overmedisinere pasienter. Slike erfaringer gjør at helsepersonell blir skeptiske og redde for å gjøre den samme feilen igjen. Dette skaper lett gjensidig mistillit mellom pasienter og helsepersonell.

Jeg opplever liten bruk av standardiserte kartleggings-skjema til denne pasientgruppen. Økt bruk av slike skjemaer vil systematisere kontakten mellom

pleieren og pasienten. Det vil medføre at avgjørelser om valg av smertelindring blir mindre avhengig av pleierens erfaring eller holdninger. Artikkelen framhever samtidig at «et gjensidig tillitsforhold opparbeidet gjennom aktiv kommunikasjon er helt sentralt ved smertelindring til denne pasient gruppen». Men det å skape tillit og god smertebehandling, samt unngå abstinenser vil kreve ekstra tid og ressurser.

Artikkelforfatterne påpeker at til tross for omfattende kunnskap om smerter og smertelindring av pasienter generelt, er det forsket lite på opiatavhengige pasienter med smerter på sykehus. Et større fokus på holdningsendring og kompetanseheving til helsepersonell som jobber direkte med denne pasientgruppen vil være grunnleggende for å bedre smertelindringen.

Les artikkelen på side 262





Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Lightning Process (LP) er en kursbasert treningsmetode som er under debatt når det gjelder behandling av CFS/ME.

Hensikt: Denne kvalitative studien har som mål å styrke kunnskapen om CFS/ME-pasienters ulike erfaringer med LP.

Metode: Studien undersøker hva som skiller beskrivelsene til to pasientgrupper som hadde ulike erfaringer med metoden. Den

ene gruppen erfarte at LP virket positivt på deres tilstand, mens den andre erfarte at metoden ikke virket eller virket negativt. Analysen er basert på beskrivelsene til 22 informanter der 13 fortalte om en positiv virkning og ni om ingen eller negativ virkning. Erfaringene ble formidlet fra ti til 26 måneder etter avsluttet kurs.

Resultater: Studien har identifisert tre forhold som skiller beskrivelsene til informantene i de to gruppene: (a)

responsen på teorigrunnlag og de grunnleggende prinsipper i LP, (b) erfaringer med kursledelsen og (c) kroppens respons på LP.

Konklusjon: Materialet reiser flere problemstillinger for det videre arbeidet med å forstå CFS/ME-pasienters ulike erfaringer med LP. Det argumenteres for at det spesielt er behov for å rette oppmerksomheten mot kommunikasjonen mellom kursleder og kursdeltaker.

ENGLISH SUMMARY

CFS/ME patients' different experiences with Lightning Process

Background: Lightning Process (LP) is a course-based training program which is under debate as a treatment for CFS/ME.

Method: This qualitative study aims to provide more insight into CFS/ME patients' different experiences with LP. We have investigated the accounts of two patient groups that described different impact of LP on their CFS/ME. One of the groups described a

positive impact of LP, while the other reported that the program was without impact or had a negative impact on their condition. The analysis is based on the account of 22 informants where 13 described a positive impact while 9 described a lack of impact or that LP had a negative impact on their condition. The accounts were given 10 to 26 months after the course.

Results: The accounts of the two groups differed along three dimensions; (a) the response to the theory and fundamental principles in LP,

(b) how they experienced the supervision on the course, and (c) their body's response to LP.

Conclusion: Further questions regarding CFS/ME-patients different experiences with LP are raised through this analysis. Our argument is that it is particularly necessary to pay more attention to the communication between the LP-instructor and the course participant.

Keywords: Patient, Complementary and Alternative Medicine, Qualitative study

» CFS-/ME-pasienters ulike erfaringer med Lightning Process

Forfattere: Anne-Grete Sandaunet og Anita Salamonsen

NØKKELORD

- Pasient
- Alternativ behandling
- Kvalitativ studie

BAKGRUNN

Lightning Process (LP) har fått stor medieoppmerksomhet i Norge som en potensiell kur for CFS/ME (Chronic Fatigue Syndrom/Myalgisk Encefalopati). LP er utviklet av den britiske osteopaten Phil Parker og er en treningsmetode som formidles på et tredagers kurs. Parker framhever metodens kurative effekt (1: kap 4). Basert på egne evalueringer av LP hevder han at omtrent 80 prosent av kursdeltakerne blir fri fra tilstanden de kom for når de har deltatt på kurs (2).

LP debatteres hyppig i media og i ulike pasientfora. Vi vet fra slike kilder at kursdeltakere beskriver svært ulike virkninger av LP, fra helbredelse til betydelig svekket funksjonsnivå. Det er så langt ikke publisert forskningsbasert kunnskap om metodens effekt, verken kli-

niske studier eller deskriptive studier av pasienterfaringer. Helsepersonell har derfor lite informasjon å støtte seg til i kommunikasjon med pasienter ut over at LP er et udokumentert tilbud. En pågående britisk randomisert kontrollert pilotstudie er foreløpig det eneste eksemplet på systematisk utforsking av metoden (3). Det har samtidig vært en tilnærming til LP i deler av norsk helsevesen, og det finnes eksempler på at NAV har gitt økonomisk støtte til kursdeltakelse (4). Forskningsbasert kunnskap om LP er nødvendig fordi tilgjengelig informasjon er basert på anekdotisk og svært sprikende materiale. Samtidig anvendes metoden av pasientgrupper som opplever begrensede behandlingstilbud innenfor det offentlige helsevesenet.

LP er ikke spesielt utviklet for CFS/ME-pasienter, men gruppen utgjør en stor andel av norske kursdeltakere. CFS/ME karakteriseres av alvorlig utmattelse eller energisvikt i kombinasjon med symptomer som muskelplager, søvnforstyrrelser, hodepine, hukommelses- og konsentrasjonsproblemer (5). Tilstanden medfører ofte et

betydelig funksjonstap, og kan ha konsekvenser som berører identitet og mestring (6). Nyere forskning har pekt i retning av en immunologisk årsak til CFS/ME (7). Internasjonale studier varierer i sine anslag om utbredelse av tilstanden, fra opptil 1 prosent av befolkningen (7), til 0,1–0,2 prosent ved bruk av noe strengere kriterier (8). Totalt sett mangler det en medisinsk

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen viser at kommunikasjon og tillit var viktige temaer i to grupper med ME-pasienter som hadde erfaring med metoden Lightning Process.

Mer om forfatterne:

Anne-Grete Sandaunet er utdannet dr. polit i sosiologi. Hun er ansatt som førstelektor ved Institutt for Sosiologi, Statsvitenskap og Samfunnsplanlegging ved Universitetet i Tromsø. Anita Salamonsen er utdannet cand. polit i sosiologi. Hun er ansatt som forsker og doktorgradsstipendiat ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Kontaktperson: anne-grete.sandaunet@uit.no.

konsensus om hva CFS/ME skyldes og hvordan tilstanden kan behandles. En gjennomgang fra Kunnskapssenteret konkluderte nylig med at kognitiv atferdsterapi og gradert treningsterapi trolig har positiv effekt på noen områder, mens dokumentasjonen for andre tiltak er av lav kvalitet eller helt fraværende (9).

Innenfor LP forklares CFS/ME med at hjernen og kroppen er fastlåst i negative, ubevisste tankemønstre. LP skal være et hjelpemiddel for å identifisere og erstatte disse. LP er basert på elementer fra blant annet hypnoterapi, nevrologvistisk

følgingsamtaler er inkludert i kurset, men det er opp til den enkelte deltaker å ta initiativ til dette (1:115). Som kursdeltaker skal man akseptere at kurslederen vet hva som er best for kursdeltakerne (1:117). Manglende eller negativ innvirkning på tilstanden blir forklart med at deltakerne ikke «har anvendt treningsprogrammet slik det var konstruert for å virke» (1:25, vår oversettelse). Den enkeltes eget ansvar for å lykkes med metoden er ett sentralt tema i debatten rundt LP og CFS/ME.

Denne kvalitative studien søker å bidra til en første forskningsbasert forståelse av CFS/

Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) og deres Register for eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF), samt et nettforum for CFS/ME-pasienter. RESF er opprettet for å registrere pasientdefinerede uvanlig gode og dårlige sykdomsforløp etter bruk av alternativ behandling. Registreringer skjer gjennom utfylling av et spørreskjema som inkluderer åpne spørsmål der pasienten beskriver sine erfaringer (12). I forskningssammenheng argumenteres det for at denne typen uvanlige eksempler kan være informasjonsrike og viktig grunnlag for forskning (13).

Alle CFS/ME-pasienter registrert etter bruk av LP medio april 2009 (N=24) fikk en skriftlig forespørsel fra daglig leder i RESF om å delta i intervju. Interesserte ble bedt om å henvende seg til førsteforfatter. Kun positive forløp var registrert ved studiens oppstart. For å få et bredere utvalg som inkluderte deltakere som ikke hadde erfart en positiv virkning av LP henvendte vi oss til et nettforum for CFS/ME-pasienter. Vi fikk tillatelse til å etterspørre henvendelser fra LP-deltakere som ikke hadde gode erfaringer med metoden. Interesserte ble også her bedt om å henvende seg til førsteforfatter. Studien og RESF er tilrådt av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Regional Etisk Komité.

Utvalg

Studien inkluderer 13 tidligere kursdeltakere som beskrev en positiv virkning av LP og ni som hadde erfart at metoden ikke virket eller hadde negativ innvirkning. De 13 «best cases» ble rekruttert fra RESF. Disse rapporterte en vesentlig

” Forestillingen om et nært samvirke mellom kropp og sjel er sentralt i LP's teorigrunnlag

programmering og osteopati. Forestillingen om et nært samvirke mellom kropp og sjel er sentralt i LP's teorigrunnlag. I følge Parker kan LP virke positivt på mentale prosesser som påvirker en nevrofysiologisk ubalanse, og positiv effekt kan inntre raskt (1).

LP består av mentalt arbeid som foregår trinnsvis og kombineres med et skrittmønster og tilhørende kroppsbevegelser (1, 10). Forventningen om at endring er mulig og motivasjonen for endring tillegges avgjørende betydning for at endringene settes i gang. Parker presenterer LP som et treningsprogram og understreker kursdeltakerens aktive rolle i å oppnå effekt (1).

Kurslederne er utdannet og lisensiert via The Phil Parker Training Institute i London. Kurslederen presenterer teorigrunnlaget og de grunnleggende prinsippene i LP, samt assisterer og gir respons til deltakerne mens prosessen læres (1). Opp-

ME-pasienters svært ulike erfaringer med LP. Vi har undersøkt hva som skiller beskrivelsene til to pasientgrupper som beskrev ulik virkning av metoden. Den ene gruppen hadde erfart at LP virket positivt på deres tilstand, mens den andre hadde erfart at metoden ikke virket eller virket negativt.

METODE OG MATERIALE

Studien er del av en større kvalitativ undersøkelse av CFS/ME-pasienters erfaringer med LP og annen behandling (11). Datagrunnlaget består av dybdeintervjuer og skriftlig formidlete pasienterfaringer. Kvalitativ forskning på årsaker til bruk av alternativ behandling, samt positive og negative pasienterfaringer med bruk kan bidra til å initiere og kvalitetssikre potente kvantitative studier av ulike alternative behandlingsmetoder.

Rekruttering

Informanter ble rekruttert via

forbedring av CFS/ME som de spesifikt forklarte med sin bruk av LP. Hva en «vesentlig forbedring» innebar varierte. For noen var det at de kom seg ut av en sengeliggende tilværelse og igjen kunne delta i dagliglivet, for andre var det skrittet fra å kunne delta i dagliglivet til å gå ut i jobb eller studier. Seks informanter ble rekruttert gjennom nettforumet. Disse la ved inklusjonen vekt på at LP ikke hadde virket for dem, men at de heller ikke hadde erfart at metoden virket negativt på deres tilstand.

Artikkelens andreforfatter hadde etisk tillatelse til å bruke nyere data fra RESF. På analysetidspunktet inneholdt RESF tre registreringer fra CFS-/ME-pasienter som hadde erfart negativ virkning av LP (14). Vi vurderte denne informasjonen som viktig for å få et bredest mulig bilde av kursdeltakers erfaringer med LP. Anonymiserte tekstutdrag fra registerets spørreskjema om behandlingserfaringer ble derfor inkludert for disse tre pasientene. Deltakerne med negative erfaringer rapporterte om et vesentlig nedsett funksjonsnivå som de knyttet til sin bruk av LP. Sammen med de seks informantene fra nettforumet utgjør de en kategori på ni deltakere som ikke hadde erfart en positiv virkning av LP.

Samtlige 22 informanter hadde gjennomført LP-kurs i perioden juni 2007 til oktober 2008. Elleve hadde reist til England på kurs mens elleve hadde tatt kurset i Norge med engelskspråklige kursledere. Av disse hadde tre fått instruktøren hjem til seg. En informant var mann og resten kvinner, og de var i alderen 20–55 år. Nesten alle hadde høyere utdanning.

Alle informantene oppga at de hadde fått fastsatt en CFS/ME-diagnose av helsevesenet.

Gjennomføring

De 13 «best cases» og de seks informantene fra nettforumet ble intervjuet. Målet var å oppnå innsikt i deres erfaringer med LP, deres erfaringer med behandling mer generelt, samt deres erfaringer med CFS/ME. Intervjuene ble gjennomført i perioden mai til august 2009, fra ti måneder til to år etter avsluttet LP-kurs. Intervjuene varte fra 30 til 120 minutter. Intervjueren (AGS) introduserte hvert tema ved hjelp av

” ” Jeg ble jo friskere allerede da, ting begynte å skje bare fordi jeg fikk tro og håp, ikke sant.

åpne spørsmål og hadde så oppfølgingsspørsmål til det informantene fortalte. De tre «worst cases» hadde svart på RESF's spørreskjema om behandlingserfaringer fra ni til 26 måneder etter avsluttet LP-kurs. Dette skriftlige materialet ga et godt innblikk i informantenes erfaringer med LP. Det var mindre omfattende når det gjaldt øvrige temaer som ble tatt opp i intervjuene.

Analyse

De delene av intervjumaterialet og spørreskjemaene som omhandlet deltakernes erfaringer med LP ble skilt ut for videre bearbeiding og utgjorde det Tjora betegner som en «temasortert empiri» (9: 132). Utvelgelsen foregikk strategisk og med utgangspunkt i undersøkelsens problemstilling. Den selekterte empirien ble deretter kodet og kategorisert. Framgangsmåten har felles trekk

med Grounded Theory (15) og knytter spesielt an til Days gjennomgang (16). Her blir metodens induktive preg tonet ned og det tas høyde for at forskerens forforståelser preger de ulike delene av forskningsprosessen. Et viktig utgangspunkt for denne studien var ønsket om å utforske hvordan kursdeltakere kan erfare ulik virkning av LP. Dette har forankring i en relasjonell forståelse av menneskelig handling og erfaring der antakelsen er at LP anvendes i en kontekst der både biologiske forutsetninger, personlighetstrekk og sosiale og kulturelle rammer blir av betydning for

deltakernes erfaringer. Parkers vektlegging av at alle har like forutsetninger for å lykkes med metoden med nok innsats, settes i et kritisk lys. Denne forforståelsen blir av betydning i utformingen av studien, i intervvisituasjonen og i bearbeidelsen av materialet.

RESULTATER

Gruppenes ulike erfaringer kan knyttes til tre hovedpunkter: a) Responsen på teorigrunnlag og grunnleggende prinsipper i LP, b) kursledelsen og formidlingen av LP og c) kroppens respons på LP.

Responsen på LP

I tråd med kravene til deltakelse på LP-kurs beskrev nesten alle informantene seg som svært motiverte for LP-metoden før kursstart. Informantene som beskrev en positiv virkning av LP formidlet en opplevelse av at de gjennom introduksjonen

til metoden fikk en forklaring på hva CFS/ME var. Dette ga mening i forhold til deres egen opplevelse av tilstanden. Noen beskrev introduksjonen til LP som en «aha-opplevelse», og enkelte fortalte at de hadde fått denne opplevelsen straks de hørte om metoden. For eksempel fortalte en at «Jeg ble jo friskere allerede da, ting begynte å skje bare fordi jeg fikk tro og håp ikke sant». For andre skjedde dette i løpet av kursdagene. Gruppen som beskrev manglende eller negativ virkning skilte seg fra gruppen over ved at ingen skisserte et liknende løft i møtet med LP. Samtidig ga de heller ikke uttrykk for negativ respons på teorigrunnlag og grunnleggende

ME-følelsen forsvant.

prinsipper i LP. Forskjellen handler om at de ikke formidlet en tilsvarende opplevelse av å få økt forståelse av sin egen tilstand i møtet med LP.

Kursledelsen og formidlingen av LP

Det andre skillet mellom gruppene er knyttet til erfaringer med kursledelsen og formidlingen av LP. Informantene som beskrev positiv virkning av LP ga uttrykk for at det ble etablert et tillitsforhold til kurslederen. De vektla kurslederens lydhørhet for deres individuelle utfordringer, samtidig som kurslederen var den som styrte kurssituasjonen. En sa: «Jeg kjente at ... ting skulle ikke skje på mine premisser da, men hun skulle ikke tvinge meg til å gjøre ting jeg ikke klarte heller». Flere fortalte om en tett dialog med kursleder i etterkant av kurset

der de fikk veiledning på konkrete utfordringer i anvendelsen av LP. Noen kommenterte at de «ikke visste hvor mange e-poster de hadde utvekslet» med kurslederen. Andre understreket hvor viktig den spesielle kurslederen var for deres positive erfaring med LP. Flere sa at de ikke turte å anbefale andre kursledere.

Informanter som beskrev manglende eller negativ virkning av LP ga inntrykk av at det ikke ble opparbeidet et tilsvarende tillitsforhold til kurslederen. Informantene kommenterte at kurslederen kjørte sitt opplegg og at det i liten grad ble gitt individuell respons. En sa at deltakere på hennes kurs ikke fikk komme til orde med spørsmål. Flere vektla at det ble vanskelig å relatere LP og de eksemplene som ble brukt av kurslederen til deres egen situasjon og de fikk problemer med å bruke metoden hjemme. En av disse fortalte at hun hadde fått tilbakemelding på kurset om at hun «virkelig hadde forstått metoden». Informanten som opplevde at det var vanskelig å komme til orde med spørsmål lot være å kontakte kurslederen i etterkant fordi hun mente hun ville få tilbakemelding om at hun «ikke ville nok».

En informant som beskrev forverring av CFS/ME etter bruk av LP, påpekte manglende kunnskap hos kurslederen. Informanten hadde en immunologisk sykdom og fikk under en oppfølgingstime med kurslederen beskjed om å spise mat hun ikke tålte. Hun sa hun trodde kurslederen «neppe visste hva sykdommen er». Andre hadde erfart påtrykk fra kursleder om å overprøve sine kroppslige signaler. En sa at han i oppfølgingstimer med kurslederen ble

«påvirket til å tro at tilbakefallene kom fordi jeg ikke gjorde øvelsene ordentlig».

Responsen fra egen kropp

Responsen fra egen kropp er en tredje dimensjon hvor beskrivelsene i de to gruppene skiller seg fra hverandre. Deltakere i gruppen som beskrev en positiv virkning av metoden la vekt på en opplevelse av at kroppen responderte «annerledes» på belastning enn den pleide da de tok i bruk LP og at «ME-følelsen forsvant». De fortalte om en positiv kroppslig respons på LP både i løpet av kurset og etterpå. En som hadde vært sengeliggende i 15 måneder før kurset beskrev hvordan hun våknet utvilt andre kursdag og klarte å gå på badet. Informantene fortalte at de opplevde en annen form for tretthetsfølelse, for eksempel at «dette var jo sånn det kunne være før jeg ble syk, det var ikke utmattelse, jeg var rett og slett søvnnig». Flere opplevde det som vanskelig å sette nærmere ord på hvordan kroppen responderte, men noen refererte til en opplevelse av noe som «løsnet» eller «slapp». Informanter som beskrev en manglende innvirkning på sin tilstand fortalte at kroppen ikke responderte. En sa at LP ikke «framkalte de fysiske effektene på kroppen min, sånn som det ble beskrevet at det skulle gjøre». Manglende virkning ble av en deltaker konkretisert med at det var noe som «stoppet opp» underveis i prosessen. Deltakere som opplevde negativ innvirkning beskrev et vesentlig nedsatt funksjonsnivå, som for to av dem innebar at de etter kurset gikk fra å kunne være oppe til å bli sengeliggende store deler av døgnet.

DISKUSJON

Informantene i de to gruppene formidlet en ulik respons på teorigrunnlaget og grunnleggende prinsipper i LP, ulike erfaringer med kursledelsen og ulik kroppslig respons på LP. Opplevelsen av å få økt forståelse av egen tilstand da de ble introdusert til teori og grunnleggende prinsipper i LP, var betegnende for gruppen som beskrev en positiv virkning. Opplevd bedring som følge av økt innsikt i tilstanden er også beskrevet i tidligere forskning på CFS-/ME-pasienter (6). Når det gjelder LP, vil det være nødvendig å se nærmere på når LP bidrar med økt innsikt, for eksempel om det gjelder visse grupper av CFS-/ME-pasienter. Sammenfallet mellom å oppleve mer innsikt i egen tilstand og å oppleve bedring bidrar også til å sette ytterligere søkelys på hva det kan innebære å leve med tilstander der mye er uavklart når det gjelder årsaker og behandling (17).

Etableringen av et tillitsforhold til kursleder skilte gruppene når det gjaldt erfaringene med kursledelsen og ble formidlet av gruppen som beskrev en positiv virkning. Tillit er fra før anerkjent som viktig for et positivt terapeutisk forhold (18), og det antydes også en indirekte sammenheng med behandlingsresultater (19). Materialet viste at lydhørhet fra kursleders side, sammen med konkret respons på utfordringer som informantene møtte i anvendelsen av metoden, var viktige elementer i oppbygningen av tillit. Beskrivelsene er i tråd med tidligere forskning som har vist at aktiv respons fra behandler er viktig for etablering av tillit (19). Mer forskning på kurslederens formidling av LP og kursdelta-

kernes erfaringer med dette kan representere en innfallsvinkel til å forstå hvordan tillit etableres eller at det ikke oppstår et tillitsforhold.

Det tredje skillet mellom gruppene var beskrivelser av ulik kroppslig respons på LP. Formidlingen av en positiv kroppslig respons bidrar til å rette oppmerksomheten mot

” Det var ikke utmattelse, jeg var rett og slett søvning.

hvilke virkningsmekanismer som involveres når kursdeltakere opplever virkning av LP. Materialet understreker dermed betydningen av å få mer kunnskap om forholdet mellom erfaring og biologi. Dette er også påpekt i nyere medisinsk forskningslitteratur (20). Forskning på alternative behandlingsformer viser at pasienter anser positive kroppslige erfaringer som et viktig element i evaluering og valg av behandling (21).

Beskrivelser av manglende helsefaglig kunnskap hos kursleder og opplevd press om ignorering av kroppslige symptomer og om å lykkes, indikerer at det også er etiske aspekter ved LP som bør vises videre oppmerksomhet.

I fortolkningen av dette materialet må vi ta høyde for at forhold som forskernes forfåelser, intervju-situasjonen og spørreskjemaets utforming får betydning for det vi omtaler som studiens resultater. Videre må vi også ta høyde for at deltakerne vektlegger i intervju-situasjonen eller i utfylling av spørreskjema, kan ha blitt mindre vektlagt på kurstidspunktet eller i møtet med en annen tilhører. Slike momenter kan reise spørsmål om resultatene sier noe

om disse informantenes «subjektive realitet» når det gjelder deres erfaringer med LP. Vi opererer imidlertid innenfor en metodologisk tradisjon der de utforskes subjektive realitet ikke anses som direkte tilgjengelig og der resultatene av en studie alltid vil være kontekstavhengig og også influert av forskerens forforståelser (22). Det viktige blir å

utøve refleksivitet gjennom forskningsprosessen (23) ved å vise hvilke valg som er gjort underveis og hvorfor, samt å redegjøre for forskningssituasjonen (24). Det er med utgangspunkt i dette metodologiske ståstedet at materialet i denne studien er samlet inn og fortolket.

I diskusjoner om behandlingers virkemåte blir resultater fra eksplorative studier av hypotesegenererende art (25). Vår undersøkelse løfter fram noen aspekter ved CFS-/ME-pasienters ulike erfaringer med LP som kan danne utgangspunkt for videre forskning og refleksjon.

KONKLUSJON

I denne eksplorative studien fant vi at økt forståelse av egen tilstand, tillit til kursleder og positiv kroppslig respons skilte CFS-/ME-pasienter som erfarte at LP virket positivt fra CFS-/ME-pasienter som erfarte ingen eller negativ virkning. Studien reiser flere problemstillinger for videre forskning. Vi mener at den spesielt viser et behov for forskningsmessig oppmerksomhet mot kommunikasjon og tillit i pasient-kurslederrelasjonen. De etiske sidene ved at LP-kursledere fokuserer på den

enkelte kursdeltakers ansvar for å oppnå positive resultater bør også utforskes videre. Når det gjelder kliniske implikasjoner, antas kvalitative studier å være av begrenset betydning (26). Det finnes samtidig eksempler

på at kvalitativ forskning har bidratt konkret til utvikling av vurderingsverktøyer og kommunikasjonsveiledere (26). Denne kvalitative studien av CFS-/ME-pasienters ulike erfaringer med LP gir innsikt i en lite utfor-

sket metode som vurderes av et økende antall pasienter. Denne innsikten kan være relevant for helsearbeidere som i sin kliniske virksomhet kommuniserer med CFS-/ME-pasienter som har tatt LP-kurs eller vurderer dette.

LITTERATURLISTE

1. **Parker P.** The Lightning Process. The Complete Strategy For Success: Nippon Publishing; 2007.
2. **Lightning Process.** CFS/ME (Chronic Fatigue Syndrome and Myalgic Encephalopathy). Thoughts on the illness, by Phil Parker. The Lightning Process; 2011. Tilgjengelig fra www.lightning-process.com/CFS-ME-Home. [Nedlastet 24.02.2011].
3. **Crawley E.** SMILE - Specialist Medical Intervention & Lightning Evaluation. Assessing the feasibility and acceptability of comparing the Lightning Process with specialist medical care for Chronic Fatigue Syndrome or Myalgic Encephalopathy - pilot Randomised Controlled Trial [Protokoll]. University of Bristol; 2011.
4. **Nilsen L.** Dekket omstridt LP-kurs. Dagens Medisin. Oslo: Bonnier; 2009.
5. **Soderlund A, Skoge A, K M.** «I could not lift my arm holding the fork». Living with chronic fatigue syndrome. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2000;18:165-9.
6. **Larun L, Malterud K.** Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. Patient Education and Counseling. 2007;69:20-8.
7. **Fluge Ø, Bruland O, Risa K, Storstein A, Kristoffersen E, Sapkota D, et al.** Benefit from B-Lymphocyte Depletion Using the AntiCD20 Antibody Rituximab in Chronic Fatigue Syndrome. A Double-Blind and Placebo-Controlled Study. PLoS ONE. 2011;6(10):e26358.
8. **Nacul L, Lacerda E, Pheby D, Cam- pion P, Molokhia M, Fayyaz S, et al.** Prevalence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) in three regions of England: a repeated cross-sectional study in primary care. BMC Med. 2011;9:91.
9. **Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.** Behandling av kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME. Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.
10. **Lightning Process.** What is it? The Lightning Process; 2011. Tilgjengelig fra www.lightningprocess.com/What-is-it. [Nedlastet 28.02.2011].
11. **Sandaunet A.** Komplementær og alternativ medisin: behandlroller, samhandlingsmønstre og betydning for brukerne [Protokoll]. Universitetet i Tromsø; 2009.
12. **Fønnebø V, Drageset B, Salamonsen A.** The NAFKAM International Registry of Exceptional Courses of Disease related to the use of CAM. Global Advances in Health and Medicine. 2012;1(1):7-9.
13. **Patton M.** Qualitative Research & Evaluation Methods (3. utgave). Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2002.
14. **Fønnebø V, Drageset B, Salamonsen A.** Worst cases reported to the NAFKAM International Registry of Exceptional Courses of Disease Global Advances in Health and Medicine. 2012;1(1):28.
15. **Glaser B, Strauss A.** The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
16. **Day I.** Grounded Theory. I Seale, C., Gobo, B., Gubrium, JF., Silverman, C (red). Qualitative Research Practice. SAGE: Wiltshire. 2007.
17. **Nettleton S, O'Malley L, Watt I, Duffey P.** Enigmatic Illness: Narratives of Patients who live with Medically Unexplained Symptoms. Social Theory and Health. 2004;2:47-66.
18. **Keating N, Tejal G, Orav E, Bates D, Ayanian J.** Patient Characteristics and Experiences Associated With Trust in Specialist Physicians. Archives of Internal Medicine. 2004;164:1015-20.
19. **Rowe R, Calnan M.** Trust relations in health care - the new agenda. European Journal of Public Health. 2006;16(1):4-6.
20. **Getz L, Kirkengen A, Ulvestad E.** Menneskets biologi - mettett med erfaring. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2011;131(7):683-7.
21. **Salamonsen A, Kruse T, Eriksen S.** Modes of Embodiment in Breast Cancer Patients Using Complementary and Alternative Medicine. Qualitative Health Research. 2012; under publisering.
22. **Järvinen M, Mik-Meyer, N.** Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv : interview, observasjoner og dokumenter København: Reitzel; 2005.
23. **Alvesson M, Skjöldberg K.** Reflexive Methodology. London: SAGE Publications; 2000.
24. **Thaagaard T.** Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
25. **Gobo G.** Doing ethnography. Los Angeles: SAGE Publications; 2008.
26. **Sandelowski M.** Using Qualitative Research. Qualitative Health Research. 2004;14(10):1366-86.



ungdomskilde



varmekilde



næringskilde



Vi vet at du som sykepleier er faglig sterk. Derfor vet vi også at du ønsker å beholde den styrken ved å holde deg oppdatert på hva som skjer innenfor faget ditt – både nasjonalt og internasjonalt.

I **Sykepleien Forskning** presenterer vi forskningsresultater, sykepleiefaglige problemstillinger og internasjonale fagartikler – så du alltid har din egen kilde til kunnskap og kompetanse.



Arkivfoto: Erit M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Sjukepleiarar har plikt til å dokumentere pasientens pleie og behandling i elektronisk pasientjournal. Denne dokumentasjonen skal saman med bruk av teknologi sikre samarbeidande aktørar nødvendig informasjon ved inn- og utskrivning av pasientar. Også i denne prosessen har sjukepleiarane ei viktig rolle. Men, forskning syner at det kan bli mangelfull dokumentasjon og samhandling, nokre gongar til og med feilbehandling, ved flytting av pasientar.

Hensikt: Utforske korleis sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis i sjukehus og kommunal pleie- og

omsorgsteneste utfordrar ei elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå.

Metode: Studien er designa som ein kasusstudie. Data er samla inn gjennom individuelle semistrukturerte intervju med sjukepleiarar og sjukepleieleiarar i klinisk praksis i sjukeheim, heimesjukepleie og sjukehus.

Resultat: Studien syner at sjukepleieinformantane som oftast dokumenterar kronologisk basert på fritekst, utan fastlagt struktur. Dette utfordra sjukepleiarane ved produksjon av samhandlingsinformasjon.

Kunnskap og forståing for informasjonsbehova til samhandlande aktørar verka å vere svak. Mykje tyder på eit uutnytt potensial for bruk av teknologi i dokumentasjonsprosessen. Studien syner og at leiing av lokale endringsprosessar og integrering av IKT i eksisterande arbeidsprosessar kan synast utfordrande for sjukepleieleiarane.

Konklusjon: Studien indikerar behov for ei sterkare styring både nasjonalt og lokalt av struktur, innhald og prosess knytt til dokumentasjon og informasjonsoverføring av sjukepleie.

ENGLISH SUMMARY

Documentation of health care from an electronic coordination perspective

Background: Nurses are required to document patient care and treatment in the electronic medical record. This documentation, combined with the use of technology, has a key role related to information transfer at entry and discharge of patients. Also in this process, nurses play an important role. When patients are relocated, however, research indicates that the quality of the documentation and information transfer is reduced; in fact, the transfer might even lead to improper medical treatment.

Aim: Exploring how nurses' docu-

mentation practices in hospitals and local nursing and care services challenges an electronic cooperation across administrative levels.

Method: The study is designed as a case study. Data is collected through individual semi-structured interviews with nurses and nursing leaders in clinical practice in nursing home, home nursing and hospital.

Result: The study shows that nursing informants often documented in chronological order based on free text, without a pre-defined structure. This challenged the nurses in the resulting production of coordination information. Knowledge and understanding of the current information

needs by coordinating actors seemed to be weak. There are strong indications of untapped potential in the use of technology in the documentation process. The management of local developmental processes and the integration of ICT in current work processes seem to represent a challenge for the nursing leaders.

Conclusion: The study indicates a need for stronger leadership at national and local levels of structure, content and process related to the documentation and information transfer of nurse care.

Key words: Coordination, information technology, documentation, qualitative study.

» Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv

Forfattere: Anne-Grethe Naustdal og Grete Netteland

NØKKELOD

- Samhandling
- Informasjonsteknologi
- Dokumentasjon
- Kvalitativ studie

INTRODUKSJON

Den elektroniske pasientjournalen (EPJ) er ei sentral kjelde i dagleg pasientbehandling. Denne dokumenterer alle pasientopplysningar, inkludert pleieopplysningar som sjukepleiar ifylgje lov har plikt til å dokumentere (1). Dokumentasjonen skal innehalde systematiske nedteikningar av pasienten sine helseproblem, behov for helsehjelp, observasjonar, tiltak, vurderingar og resultat (2, 3). EPJ er også viktig reiskap i arbeidet med å sikre god samhandling om pasienten (4-6).

Ny teknologi har vore lansert som tiltak for å styrke samhandlinga om pasientar i helsetenesta (5, 6). Elektronisk samhandling skal betre informasjonsflyt og samheng i tenestene, auke pasientsikkerheiten og gje betre kvalitet (5). Trass i eit nasjonalt fokus på teknologi har slik samhandling primært vore avgrensa

til utveksling av medisinsk informasjon mellom sjukehus og fastlegar (7). Dette er i ferd med å endre seg. Gjennom det nasjonale ELIN-k prosjektet er det utvikla og i pilotering standardiserte elektroniske meldingar som skal nyttast i samhandlinga mellom sjukehus og den kommunale pleie- og omsorgstenesta, såkalla PLO-meldingar (8). Desse inneheld mellom anna innleggings- og utskrivingsrapportar som sjukepleiarane har ansvar for å skrive (8, 9).

Sjukepleiarane sin dokumentasjon i EPJ er viktig grunnlag når sjukepleiarane skal gje informasjon vidare til samarbeidspartnarar. Mange studiar syner diverre at sjukepleiedokumentasjon er mangelfull og av varierende kvalitet (10-14). Gjevjon & Hellesø (10) viser til manglande heilskap og struktur og Stevenson & Nilsson (13) til manglande dokumentasjon av vitale teikn som temperatur, puls, respirasjon og blodtrykk. Törnvall (11) fann store mengder notat om rutinemessige aktivitetar og manglande oppfølging av juridiske krav, medan Braaf, Manis & Riley (12) fann talrike studiar der sjukepleiedokumentasjonen var unøyaktig,

ufullstendig og av lav kvalitet. Svikt i dokumentasjonen kan føre til mangelfull og feil informasjon om pasienten (12, 15).

Eit interessant funn i nyare forskning er at mangelfull sjukepleiedokumentasjon kan føre til mangelfull samhandlingsinformasjon mellom ulike omsorgsgjevarar (12, 16-20). Til dømes fann Carlsson et al. (17) at pasientar sine spiseproblem etter hjerneslag var mangelfullt og unøyaktig dokumentert i overgangen mellom sjukehus og pleie- og omsorgstenesta i kommunen. Direkte studiar på

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at dokumentasjon av sjukepleie i EPJ, i sjukehus så vel som i kommunal pleie- og omsorgsteneste, er kjenneteikna av ustrukturert forteljande tekst i eit kronologisk tidsperspektiv, og at dokumentasjons- og samhandlingsutfordringane er mange.

Mer om forfatterne:

Anne-Grethe Naustdal er førstelektor på Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag. Grete Netteland er førsteamanuensis og instituttleiar på Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for samfunnsfag. Kontakt: anne.naustdal@hisf.no.

samanhengen mellom kvalitet på samhandlingsinformasjonen og kvalitet på den direkte pleien er det få av (12, 21, 22). Det er likevel grunn til å tru at god kvalitet på dokumentasjonen sikrar kontinuitet og sikkerheit i sjukepleiepraksis (15, 21, 22). Müller-Staub (22) trekk eksemplisvis fram studiar som beskriv korleis nøyaktig framstilling

potensialet som ligg i bruk av standardiserte sjukepleieplanar.

Men implementering av standardiserte sjukepleieplanar tar tid, og eigne ord og formuleringar er framleis mykje nytta (10, 18, 19, 21, 27). Potensialet i dagens EPJ-system vil såleis vere vanskeleg å nytte (22). Difor er det behov for meir kunnskap om sjukepleiarane sin doku-

for å ha optimalt utgangspunkt for generalisering (32), valde vi heller å studere dokumentasjonspraksisen i to sjukehus og to kommunar innanfor same helseføretaksområde, frå eit praktikarnivå og eit leiarnivå. Studien er basert på eit kvalitativt design med individuelle semistrukturerte intervju (33). Ein intervjuguide vart nytta som utgangspunkt, særskilt tilpassa praktikarar og leiarar. Ved å kombinere leiarar og kliniske praktikarar i intervju-samanheng, oppnådde vi å få innsikt både i formell og uformell organisasjonspraksis.

” Det er ikkje tradisjon for å bruke data inne på pasientromma.

av sjukepleiediagnosar styrkar kvaliteten på dokumentasjon av tiltak, pasientvurderingar og kvaliteten på den direkte pasientpleien.

Fleire studiar syner også at struktur, prosess og innhald i sjukepleiedokumentasjonen vert forbetra ved meir standardiserte dokumentasjonssystem (18, 22, 23). Ved innføring av EPJ vart det både nasjonalt og internasjonalt lagt føringar for strukturering av innhaldet i journalen gjennom standardisert terminologi, klassifikasjonar og kodar (24, 25). Det er også utarbeidd rettleiande sjukepleieplanar for dei mest frekvente pasientproblema (26), med preformulerte sjukepleieproblem, mål og tiltak for ei pasientgruppe eller ein medisinsk diagnose (3, 26). Sjølv om standardiserte planar kan redusere tida sjukepleiarane brukar til å dokumentere, auke dokumentasjonskvaliteten og forenkla det å finne fram pasientinformasjon (11, 21, 27, 28), gjev standardisering også utfordringar. Paans et al. (29) fann unøyaktig dokumentasjon sjølv om det var innført system for strukturert dokumentasjon. Ifylgje Müller-Staub et al. (30) er utdanning og organisatorisk støtte nødvendig for å hente ut

mentasjonspraksis, særleg når elektronisk utveksling av PLO-meldingar skal bli muleg dei næraste åra (5, 31). Hensikta med artikkelen er nettopp å utforske korleis sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis i sjukehus og kommunal pleie- og omsorgsteneste utfordrar ei slik elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Studien har fylgjande forskingsspørsmål: 1) Korleis dokumenterer sjukepleiarane pasienten sitt behov for pleie og behandling i EPJ? 2) Korleis støttar dokumentasjonspraksisen samarbeidspartnarane sitt behov for informasjon? 3) Kva utfordringar representerer denne praksisen når all skriftleg samhandling vert elektronisk?

METODE

Design

For å kunne belyse problemstillinga, blei sjukepleiarane sin dokumentasjonspraksis, internt og ved inn- og utskrivning av pasientar, studert gjennom ein kasusstudie. Målet var å få innsyn i ulike kulturalar for formell og uformell dokumentasjonspraksis, internt og ved samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Framfor å velje mest like eller mest ulike einingar

Utval

For å få fram variasjon i dokumentasjonspraksis på tvers av organisasjonar og på tvers av forvaltningsnivå, vart spesialisthelsetenesta representert med eit lokal- og eit sentralsjukehus, primærhelsetenesta med sjukeheimen og heimesjukepleietenesta i to ulike kommunar (34). Etter løyve frå institusjonsnivået i helseføretaket vart leiarar ved tre sengepostar kontakta. Desse kom med forslag til sjukepleiarar med erfaring frå elektronisk dokumentasjon og inn- og utskrivning av pasientar (35). Sjukehusinformantane er alle frå sengepostar som har pleietrengande pasientar med behov for kommunale omsorgstenester ved utskrivning. I kvar av kommunane intervjuar vi to informantar frå sjukeheim og to frå heimesjukepleien, ein sjukepleiar og ein leiar i kvar organisasjon. Rådmannen rekrutterte leiarane som var førstelinleiarar (36), det vil seie sjukepleiarane sin næraste leiar. Gjennom sin daglege kontakt med sjukepleiarane er førstelinleiararen ein sentral aktør for kvalitetssikring av dokumentasjonspraksis og

informasjonsoverføring.

Datainnsamling

Før intervju med sjukepleiarane og deira leiarar og for å bli kjent med feltet (35), gjennomførte vi bli kjent-intervju med tre helseføretakstilsette, alle administrative og med oppgaver knytt til samhandling og elektronisk dokumentasjon. Hausten 2010 gjennomførte vi deretter intervju på 1,5 time med dei 14 informantane, basert på intervjuguiden. Intervjua bar preg av samtale, og det ble stilt supplerande og utdjupande spørsmål. Intervjua vart tatt opp på band og deretter fullstendig transkribert av forfatarane. Begge forskarane var med på dei tre førebuande bli kjent-intervjua og dei fire fyrste intervjua for å oppnå ei felles tilnærming til intervjusituasjonen.

Analyse

Analysen, som føregjekk i fleire trinn, starta allereie under intervjusituasjonen ved at vi stilte informantane oppklarande spørsmål og gjorde oppsummeringar undervegs. Dei transkriberte tekstane vart fyrst lest for å få eit heilskapsinntrykk, deretter diskutert og analysert i fellesskap. Vi grovkategoriserte materialet etter forskningsspørsmåla i studien. Innanfor kvar grovkategori vart tekst merka, klipt ut og sortert gjennom meningsfortetning og meningskategorisering (34, 35). I analysen søkte vi å sjå etter mønster eller ulikskapar i materiale knytt til forskningsspørsmåla. Ved at alt materiale er lest, kategorisert og analysert av begge forskarane, den eine med utdanning innan IKT, den andre innan sjukepleie, meiner vi å ha eit godt utgangspunkt for å kunne avdekke nyansar i datamateriale.

rialet. Samstundes har det at vi har ulike ståstadar gjort oss medvitne på at vår forforståing kan påverke tolkingane (34). Vi opplever at kunnskapshorizonten vert gjensidig utvida og at det vert skapt eit reflekterande og spørjande forhold både til forskingsmaterialet og til våre respektive fortolkingar (35).

Etiske betraktningar


Studien vart godkjend av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). Den øvste leiinga i helseføretaket og rådmannen i dei to kommunane gav tilgang til forskingsfeltet. Det vart sendt skriftleg informasjon og førespurnad om å delta i prosjektet. Skriftleg informert samtykke vart innhenta. Den einkilde informant er ikkje muleg å identifisere i framstillinga.

RESULTAT

Struktur, prosess og innhald

Sjukepleiarane i den kommunal pleie- og omsorgstenesta og i sjukehus fortalde at dei i hovudsak dokumenterte pleie og behandling i EPJ ved å skrive fortløpande kronologisk rapport om kvar pasient. Fasane

til å halde fram når kollegaene verken leste planane eller følgde dei opp. I fylgje informantane låg det ingen lokale føringar for korleis sjukepleien skulle dokumenterast i EPJ verken frå institusjons- eller avdelingsleiing. I staden verka slike vurderingar å bli gjort av den einkilde sjukepleiar. Informantar kunne vidare fortelje om stor avstand i tid mellom utført pleie og dokumentasjon. Ein sjukepleiar i heimesjukepleien fortalde at ho kunne ha 15 pasientbesøk før ho på slutten av dagen journalførte opplysningane. Ein liknande praksis fann vi i sjukehusa og sjukeheimane der mykje av den skriftlege dokumentasjonen skjedde like før vaktskiftet. Mobil teknologi, som berbar PC og PDA (personleg digital assistent) var i liten grad teken i bruk i dokumentasjonsprosessen. Fleire informantar fortalde at berbare PC'ar og PDA'ar var tilgjengelege, men mulegheita for å dokumentere i EPJ saman med pasienten, på pasienten sitt rom eller i heimen til vedkomande, vart ikkje brukt. Ein leiar i sjukehus sa det slik: «Det er ikkje tradisjon for å bruke data inne på pasientromma».

 Det kan vere ting vi gløymer sidan det ikkje står i behandlingsplanen.

i sjukepleieprosessen vart lite nytta som mal for dokumentasjonen. Det var til dømes berre ei av tre avdelingar i sjukehus som skreiv sjukepleieplanar. Grunnane var todelt; nokre sjukepleiarar skulda på liten tid til dokumentasjon, andre på manglande avdelingskultur for bruk av standardisert dokumentasjon. Sjukepleiarar som hadde skrive sjukepleieplanar, sa at dei mista motivasjonen

Sjukepleielearane gav tydeleg uttrykk for at endring av dokumentasjonspraksis var ei spesielt krevjande oppgave. For å få sjukepleiarane til å skrive sjukepleieplanar, fortalde ein leiar i sjukehus at ho kontinuerleg måtte sjekke at dokumentasjonen var korrekt utført; helst burde ho sitte saman med sjukepleiarane under arbeidet. Ein annan leiar sa: «Ein må mase på dei heile tida for å få det til».

Leiarane fann det vanskeleg å finne tid til slik tett oppfølging. Spesielt var dei opptatt av at sjukepleiestudentar burde få betre opplæring i å skrive sjukepleieplanar og inn- og utskrivingsrapportar. Konkret ynskte dei at studentane, i sine praksisstudiar, var meir aktive brukarar av EPJ. I fylgje leiarane ville dette kunne inspirere sjukepleiarane til betre utnytting av mulighetene i EPJ-systema, noko som igjen vil kunne bidra til å forbetre dokumentasjonen.

Potensielle konsekvensar

Den fortløpande kronologiske rapportskrivinga og mangel på sjukepleieplanar gjorde at våre informantar opplevde det som uoversiktleg og vanskeleg å få tak i pasientopplysningar. Sjukepleiarane meinte at denne praksisen førte til at viktig pasientinformasjon vart gløymd:

” Det er ikkje alltid pasienten kan utrykke seg sjølv.

«Det kan vere ting vi gløymmer sidan det ikkje står i behandlingsplanen (sjukepleieplanen). Ein må (nemleg) lese igjennom fleire dagsrapportar for å få tak i det.»

Ved flytting av pasienten mellom sjukehus og kommunal pleie- og omsorgsteneste, skal sjukepleiarane utarbeide ein inn- eller utskrivingsrapport. Alle sa dei hadde tilgang til eit elektronisk eller papirbasert skjema for slik rapportering. Dei fleste sjukepleiarane som nytta elektroniske skjema sa dei ikkje nytta mulighetene til å klippe og lime inn aktuell informasjon frå EPJ. I staden skreiv dei ny tekst. Nokre grunnlag

dette med manglande kunnskap om mulegheitene for gjenbruk, andre med at sjukepleieplanar enten mangla eller ikkje var oppdaterte, og at dei slik uansett måtte supplere eksisterande EPJ-data: «Det kan liggje ei sårbehandling der (i sjukepleieplanen), men han har ikkje sår denne pasienten.»

Sjukepleiarane sa dessutan at mangelfull journalføring gjorde det vanskeleg å lage ein nøyaktig og fullstendig inn- eller utskrivingsrapport, noko som skapte problem for dei som skulle ta imot pasienten. Oversendt skriftleg informasjon vart ikkje opplevd som tilstrekkeleg og dette kunne få fylgjer: «Det er ikkje alltid pasienten kan utrykke seg sjølv, om dei kan stå på beina i det heile tatt, og då vert det veldig mykje prøving. Vi må stå to stykk og prøve å halde i dei ... vi må sjå om dei kan ete sjølv og det går ei stund for å bli kjent med pasienten ... det går sjølvsagt utover kvaliteten i pleia. Eg ser at det hadde letta vårt arbeid veldig om vi hadde hatt betre opplysningar.» Naudsynt informasjon om pasienten sine pleiebehov kunne vere fråværande. Eit generelt trekk var at informantane var meir fornøgdde med informasjonen dei sjølv sendte enn den dei mottok.

Samla sett indikerer resultatane våre ikkje berre ein svak relasjon mellom sjukepleiedokumentasjonen i EPJ og inn- og utskrivingsrapportane, men og at innhaldet i både sjukepleiedokumentasjonen og i samhandlingsdokumenta hadde for låg kvalitet.

DISKUSJON

Resultata i vår studie tyder på at dokumentasjons- og samhandlingsutfordringane er mange.

Vi fann at dokumentasjon av sjukepleie i EPJ, i sjukehus så vel som i kommunal pleie- og omsorgsteneste, er kjenneteikna av ustrukturert forteljande tekst i eit kronologisk tidsperspektiv. Dette til tross for at forskning over tid har hevda at meir standardisering av sjukepleiedokumentasjonen kan betre ikkje berre struktur og prosess, men og innhald i dokumentasjonen (18, 22, 23). Materialet vårt tyder på at det er lite tradisjon blant sjukepleiarane til å bruke preformulerte oversiktar over aktuelle sjukepleieproblem og relevante tiltak for ei pasientgruppe. I fylgje informantane kunne manglande bruk av standardisering føre til at det vart uoversiktleg og vanskeleg å finne att aktuelle pasientopplysningar i den daglege behandlinga og at innhald i tekstane kunne oppfattast ulikt. Problemet er påvist i fleire studiar (10, 11, 21, 27).

Ein annan konsekvens av denne praksisen, som kanskje har fått mindre merksemd, er at mangelfulle EPJ-data gjer både gjenbruk av data og produksjon av inn- og utskrivingsrapportar vanskeleg. Dette påverkar kvaliteten på pleieinformasjonen som skal overførast (10-13, 20). I eit elektronisk samhandlingsperspektiv, der pleie- og omsorgsmeldingar skal overførast elektronisk mellom forvaltningsnivå (5, 8), kan dette bli ein potensiell fare for pasientsikkerheita. Hellesø, Sørensen og Lorensen (20) syner at mangelfull og unøyaktig informasjon frå sjukehuset til heimesjukepleien gjorde at sjukepleiarar måtte gjere nye vurderingar av pasienten. Ein føresetnad for god samhandling er at EPJ-data i avsenderinstitusjonen, og i neste instans i

inn- eller utskrivingsrapporten, fangar opp den informasjonen som mottakarinstitusjonen har behov for og som dei opplever som relevant (17). Carlsson et al. (17) syner at samhandlingsinformasjonen var ustrukturert, uspesifikk og hadde inkonsekvent bruk av terminologi. Manglande mal for struktur og innhald i samhandlingsinformasjon av denne type kan gjere det vanskeleg å planlegge for vidare behandling og samordning og kontinuitet kan bli svekka (37). Westra et al. (38) syner til at bruk av standardar, spesielt i forhold til terminologi, er ein av dei viktigaste komponentane med tanke på å få utbytte av dei elektroniske systema for dokumentasjon og samhandling og slik sikre nøyaktig pasientinformasjon.

Informantar gav konsekvent inntrykk av å vere meir nøgde med den informasjon dei sjølv sendte enn den dei mottok frå samhandlande institusjon. Dette tyder på behov for å komplettere og kvalitetssikre både innhald og struktur i samhandlingsinformasjonen. Med ulike oppfatningar av kva for informasjon som er viktig å utveksle aukar risikoen for feil (37, 39). Ulike individuelle og organisatoriske perspektiv kan føre til at sjukepleiarane støttar seg til andre informasjonskjelder (40).

Ei anna identifisert utfordring er sjukepleiarane sin manglande bruk av teknologi i dokumentasjonsprosessen. Sjølv med berbart utstyr tilgjengeleg, nytta ingen av informantane dette til å dokumentere direkte i journalen saman med pasienten. Når vi veit at 70 prosent av pleienotatane til sjukepleiarar i heimesjukepleien kan oppfattast som sjukepleiarane sine subjektive vurderingar (10), kan bruk

av mobilteknologi i dialog med pasienten kanskje bidra til ein meir «objektiv» dokumentasjon og meir nøyaktige data. Det at ein av våre sjukepleiarar frå heimesjukepleien fortalte at ho hadde inntil 15 pasientbesøk før ho dokumenterte, aktualiserer dette temaet. Forsking har peikt på at sjukepleiarar strevar med å ta ny teknologi effektivt i bruk (41-43). Det er også kjent at ny teknologi ikkje automatisk fører til endra arbeidspro-

samhandling (42). Ei anna forklaring kan vere, slik vår studie indikerer, at sjukepleieleiarane undervurderer viktigheita av sjukepleiedokumentasjonen for elektronisk samhandling. Til dømes verkar det som utviklinga av lokale praksisar heng saman med korleis sjukepleieleiinga vektlegg dette arbeidet. Eit av sjukehusa i vår studie deltok eksempelvis i pilotprosjekt for utvikling og utprøving av rettleiande sjukepleieplanar i DIPS-

” Eg ser at det hadde letta vårt arbeid veldig om vi hadde hatt betre opplysningar.

sessar (21, 43). Men, bruk av ny teknologi føreset ofte endring i både arbeidsmåte og organisering (44, 45), med andre ord: at leiarane er i stand til å skape slike endringar. Dette er ikkje enkelt. Grunnen er delvis at arbeidsmiljøet, som det vert peikt på i vår studie, er tradisjonsbunde. Ein veg å gå kan vere å følgje opp forslaget frå ein av våre informantar om å krevje meir sjukepleiefagleg IKT-bruk i sjukepleiarutdanninga. Studentane kan alt i praksisperioden vere gode førebilete og bidra til fornying av arbeidsprosessane på den aktuelle praksisplassen. Slik det er no, saknar sjukepleiestudentar ein kultur og støttestruktur kring bruk av IKT i arbeidet slik at dei får utvikla nødvendige IKT-ferdigheiter som sjukepleiarar (46-48).

Studien synleggjer vidare at lokale, delvis også individuelle praksisar, dominerer når det gjeld sjukepleiedokumentasjon og samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Dette kan skuldast uklare, lite samordna eller manglande formelle rutinar for dokumentasjon og

systemet i åra 1999–2001 (49). I fylgje informantane hadde ikkje dette gjeve varig endring av dokumentasjonspraksisen. Det ligg nær å tru at sterkare føring på føretaks- og kommuneleiingsnivå kan redusere utviklinga av lokale praksisar, spesielt dersom sjukepleiarane i tillegg får ei kollektiv opplæring i korleis og kvifor dei må endre praksisen (45, 50). Men dette er tidkrevjande prosessar. Innføring av standardisert bruk av terminologi i sjukepleiedokumentasjonen krev systematisk arbeid over tid (22, 51-53). Det faktum at nokre av sjukepleiarane mista motivasjonen og slutta å skrive sjukepleieplanar på grunn av at sjukepleiekollegaane ikkje følgde opp, indikerer at den lokal sjukepleieleiinga verken er tilstrekkeleg tydeleg på å støtte slike initiativ, eller signaliserer klart kva praksis dei faktisk ønskjer.

AVGRENSINGAR

Studien er lokalisert til eitt fylke, med to sjukehus og to kommunar innanfor same helseføretak, og har såleis klare avgrensingar. Resultata kunne

blitt annleis ved gjennomføring av studien andre stader. Trass desse svakheitene, meiner vi at utfordringane studien har avdekket er eit viktig argument for at sjukepleietenesta bør førebu seg på ei framtidig elektroniske samhandling og korleis dette kan gjerast.

KONKLUSJON

Denne studien dokumenterer at intern sjukepleiedokumentasjon i delar av landet framleis

vert skriven i kronologisk rekkefølge med fritekst, utan å ta omsyn til at standardisert dokumentasjon kan bidra til auka kvalitet og gje eit betre utgangspunkt for elektronisk samhandling på tvers av forvaltningsnivå. Det viktigaste aspektet ved denne studien er likevel at den peikar på nokre utfordringar ved slik praksis:

- Ustrukturert dokumentasjonspraksis opnar i liten grad for enkel gjenbruk av

EPJ-data til produksjon av samhandlingsinformasjon.

- Kunnskap og forståing for informasjonsbehova til samhandlande aktørar på tvers av forvaltningsnivåa må styrkast.
- Tydelegare føringar frå institusjons- og føretaksnivå kan redusere omfanget av lokale og individuelle praksisar.
- Sjukepleieleiarar må skulerast i leing av lokale endringsprosessar og i integrering av IKT i eksisterande arbeidsprosessar.

REFERANSER

1. Lovdata. Lov om helsepersonell 2. juli 1999 nr. 64. (Helsepersonelloven). <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-0.html> [Nedlastet 07.03.12]
2. Lovdata. Forskrift om pasientjournal. 2001. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html> [Nedlastet 07.03.12]
3. KITH. Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal standard. del 1. 2003. http://www.kith.no/upload/1101/R12-03DokumentasjonSykepleie-rev1_1-Nasjonal-Standard.pdf [07.03.12]
4. Helse og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse – og omsorgssektoren 2008–2013. Strategiplan. 2008: Oslo.
5. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan. St.meld. 16 [2011–2015], 2011.
6. Helse og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. 47 [2008–2009], 2009.
7. Norsk senter for Elektronisk Pasientjournal. Oversikt over utbredelse og bruk av IKT i helsetjesnesten. EPJ Monitor 2008. Trondheim: NTNU, 2009.
8. Skarsgaard S, Lyngstad M. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. ELIN-k prosjektet – Sluttrapport. 2011. Norsk Sykepleierforbund og KS.
9. Brugman S, Maarud JW, Richter J, Vøvyik AG, Pran E, Venjum ML. Veileder for implementering av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner. Akershus uni-

versitetssykehus HF, kommunene på Romerike og i Follo og Campus Kjeller: Oslo, 2012

10. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:100–8.
11. Törnvall E. Carrying out Electronic Nursing Documentation: Use and Development in Primary Health Care. Linköping: University Medical Dissertations [Doktoravhandling], 2008.
12. Braaf S, Manias E, Riley R. The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:1024–38.
13. Stevenson JE, Nilsson G. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:667–76.
14. Bollig G, Ester A, Landro IS. Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien Forsking*. 2010;4:304–11.
15. Zegers M, de Bruijne MC, Spreewenbergen P, Wagner C, Groenewegen PP, van der Wal G. Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? *BMJ Quality & Safety*. 2011;20:314–8.
16. Carlsson E, Ehnfors M, Ehrenberg A. Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. *Journal of Interprofessional Care*. 2010;24: 298–310
17. Carlsson E, Ehnfors M, Eldh AC, Ehrenberg A. Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating dif?culties after stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;21:21–31.
18. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67:1858–75.
19. Thoroddsen A, Sigurjonsdottir G, Ehnfors M, Ehrenberg A. Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;1–8.
20. Hellesø R, Sørensen L, Lorensen M. Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care*. 2005;5:1–14.
21. Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65:464–76.
22. Müller-Staub M. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2009;20: 9–15.
23. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and Completeness of Care Plans After Implementation of Standardized Nursing Terminologies and Computerized Records. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2011;29:599–607.
24. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56:514–31.
25. Thoroddsen A, Saranto K, Ehrenberg A, Sermeus W. Models, Standards and Structures of Nursing Documen-

- tation in European Countries. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2009;146:327–31.
26. **DIPS**. Veiledende behandlingsplaner. 2012. <http://dips.no/nor/varelosninger/klinisk-dokumentasjon/behandlingsplan> (Nedlastet 18.08.12)
27. **Häyrinen K, Lammintakanen J., Saranto K**. Evaluation of electronic nursing documentation–nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*. 2010;79:554–64.
28. **Thoroddsen A, Ehnfors M**. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:1826–38.
29. **Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, van der Schans CP**. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66:2481–89.
30. **Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T**. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63:291–301.
31. **Helsedirektoratet**. Handlingsplan 2011 – Meldingsløftet i kommunene 2010–2011. Oslo: Avdeling eHels, 2011.
32. **Andersen SS**. Casestudier og generalisering: Forskningsstrategi og design. Bergen: Fagbokforlaget, 1997.
33. **Yin RK**. Case study research: design and methods. Thousand Oaks, Calif: Sage; 1994.
34. **Kvale S, Brinkmann S**. Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzel, 2009.
35. **Malterud K**. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
36. **Voxted S**. Den nye mellemleder. København: Hans Reitzel, 2007.
37. **Hellesø R, Fagermoen MS**. Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10:1–10.
38. **Westra BL, Delaney CW, Konicek D, Keenan G**. Nursing standards to support the electronic health record. *Nursing Outlook*. 2008;56:258–66.
39. **Danielsen B, Fjær S**. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*. 2010;1:28–34.
40. **Hellesø R, Sørensen L, Lorensen M**. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*. 2005;74: 960–72.
41. **Riksrevisjonen**. Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten. Dokument nr 3:7 (2007–2008), 2008.
42. **Paulsen B, Grimsø A**. God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sjukehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivinger av omsorgstrenge eldre. Trondheim: Sintef, 2008.
43. **While A, Dewsbury G**. Nursing and information and communication technology (ICT): A discussion of trends and future directions. *International Journal of Nursing Studies*. 2011; 48: 1302–10.
44. **Melby L, Hellesø R**. Elektronisk samhandling på tvers av helsetjenesten. Erfaringar frå fyrårnsprosjektene.: NTNU og Norsk senter for elektronisk pasientjournal, 2008.
45. **de Veer AJE, Francke AL**. Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47:846–54.
46. **Jacobsen H, Andenæs R**. Sykepleierstudentenes vei mot informasjonskompetanse. *Sykepleien Forskning*. 2011;6:238–44.
47. **Ragneskog H, Gerdnert L**. Competence in nursing informatics among nursing students and staff at a nursing institute in Sweden. *Health information and libraries journal*. 2006; 23: 126–32.
48. **Bond SC**. Nurses, computers and pre-registration education. *Nurse Education Today*. 2009; 29:731–4.
49. **DIPS**. Veiledende behandlingsplaner – pilotprosjekt. 2012. http://dips.no/nor/varelosninger/klinisk-dokumentasjon/behandlingsplan/id%C3%A9bank_-_veiledende-behandlingsplaner (Nedlastet 19.08.12).
50. **Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsen S**. Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15: 634–42.
51. **Keenan G, Tschannen D, Wesley ML**. Standardized Nursing Terminologies Can Transform Practice. *The Journal of Nursing Administration*. 2008; 38: 03–6.
52. **Courtney KL, Alexander GL, Demiris G**. Information technology from novice to expert: implementation implications. *Journal of Nursing Management*. 2008; 16: 692–9.
53. **Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsen S**. Advancing nursing documentation–An intervention study using patients with leg ulcer as an example. *International Journal of Medical Informatics*. 2009;78:605–17.

Les kommentaren på side 278 >>

Vanskeleg å endre dokumentasjonspraksis

› Tilrettelagde verkty, forankring i leiing, overordna prosedyrar eller direktiv er ikkje nok til å endre sjukepleiarar sin måte å jobbe på.



Av Hildur Thingnes

Ass. seksjonsleiar og sjukepleiar, medisinsk seksjon, Førde sentralsjukehus

Artikkelen «Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv», har mange interessante funn som indikerer at praksis ikkje nødvendigvis endrar seg vesentleg sjølv om ein tek i bruk elektroniske løysingar. Den utfordrar både leiarar og sjukepleiarar til å gjere opp status for eigen praksis i høve sjukepleiefagleg kvalitet og tryggleik for pasientane.

Artikkelen seier mykje, mellom anna at både 1.- og 2.-linetenesta opplever å få for dårleg informasjon. Etter at mange siste året har hatt fokus på konsekvensar av Samhandlingsreforma, med mellom anna sjekklister for å sikre utskriving, er det kanskje tid for å gå djupare inn i dei sjukepleiefaglege sidene ved pasienten sin situasjon. Fokuset på pasienttryggleik handlar mykje om systematisk arbeid i dei risikoutsette overgangane. «Meldingsløftet» gjer det mogleg å kome vidare i nær framtid. Kanskje det er behov for å standardisere malar for

samhandlingsinformasjon som både 1.- og 2.-linetenesta kan nytte? Standardisering er ikkje ein føresetnad for elektronisk meldingsutveksling, men kan gje viktige knaggar som er med å sikre innhaldet.

Av eiga erfaring ser eg at det skal mykje til for å endre dokumentasjonspraksis over tid der kvalitetane som artikkelen etterspør er med. Området krev meir enn opplæring av teknisk verkty. Å ha høg fagleg standard, også tilpassa travle praksiskvardagar, krev kontinuerleg fokus på organisasjonsutvikling. Dei siste åra har det kome mange nye verkty som skal støtte leiarar i deira arbeid med fag, personale og økonomi. Alt krev merksemd, opplæring og implementering.

Så lenge sjukepleiarar i stor grad dokumenterer kronologisk det som vert oppfatta som relevant og nødvendig etter lov, er det lett for å prioritere ned det som trengs av endring for å betre praksis. For det er dette det handlar om: Vilje, motivasjon og

rom til å reflektere over tidsbruk og fagleg standard i det vi gjer, og til å oppvurdere makta som sjukepleiar har, ikkje minst i å vere talerør for pasientane sine grunnleggande behov. Ser vi tydeleg nok kor viktig dette er?

Artikkelen utfordrar mange sider av pleiekulturen og peikar på vesentlege risikofaktorar med dagens praksis. Eiga erfaring tilseier at verken tilrettelagde verkty, forankring i leiing, overordna prosedyrar eller direktiv er nok til å endre sjukepleiarar sin måte å jobbe på. Til det trengs det djupare læreprosessar som både leiarar og sjukepleiarar må ta del i systematisk og kontinuerleg. Overordna leiing har ansvar for å legge til rette for at arbeidet skal kunne ha prioritet. Og då må ein sjå på arbeidsvilkåra til førstelingeleiarar og gje denne ro og påfyll nok til å orke ta fatt også i dette utviklingsarbeidet.

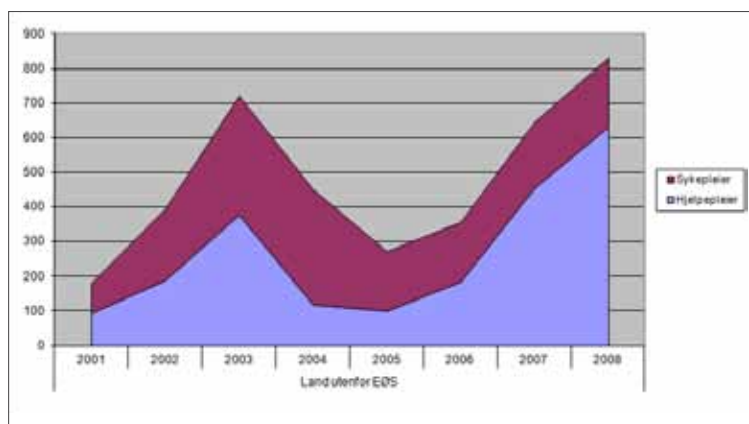
Les artikkelen på side 270



RETTELSE:

I Marie Louise Seebergs artikkel «Sykepleiere fra utlandet – fra statlig til privat ansvar» som ble trykket i Sykepleien Forskning nr. 2, s. 134–14, har figur 2 (s. 137) en feil. Figuren viser innvilgede søknader om autorisasjon fra 2001–2008. Feilen er at summen av innvilgede søknader for årene 2001–2008 har kommet med i grafen, noe som dermed gir inntrykk av en langt sterkere økning i slutten av denne perioden enn det som faktisk var tilfelle. Seebergs argument er basert på en ny stigning i tiden etter 2003, da staten avsluttet sin aktive rekruttering.

En slik stigning fant ganske riktig sted, slik denne rettede grafen viser:



Les flere anmeldelser på nett



- Alle bokanmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- Let og les i vårt bokarkiv på www.sykepleien.no
- Anmeldelsene ligger under menyknappen «fagutvikling» øverst til venstre på siden.
- Sykepleien anmelder mest fagbøker innenfor sykepleie, medisin og samfunnsfag, men også noe skjønnlitteratur.

Av Siri Tønnessen og Per Nortvedt

Siri Tønnessen er sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Harstad, siri.tonnessen@hnh.no.
Per Nortvedt er sykepleier, professor og leder ved Senter for medisinsk etikk, UiO, p.nortvedt@medisin.uio.no.



Foto: Stig Weston

Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?

> Kriterier for forsvarlige tjenester og omsorgsfull hjelp i hjemmesykepleien må utvides i tråd med sykepleiens grunnlag og hensikten med tjenestene.

Sykepleierne i hjemmesykepleien skal ivareta pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte (1-3). Det er imidlertid uklart hva som anses som minstenormen for nødvendige og forsvarlige pleie- og omsorgstjenester (4-6). Det mangler en grundig diskusjon av hvilke pleie- og omsorgstjenester som skal inngå i det offentlige tilbud, og hva som skal anses som en faglig akseptabel minstenorm (7-10). Hensikten med denne artikkelen er å avklare hva det vil si at tjenestene i hjemmesykepleien skal være faglig forsvarlig og at hjelpen som ytes skal være omsorgsfull.

Kravene til forsvarlige tjenester som presenteres i det følgende handler om kriterier i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Kriteriene bygger på faglige normer i tråd med sykepleiens grunnlag og hjemmesykepleiens hensikt og ansvar.

TRE KRAV

Det første forsvarlighetskravet vi vil skissere innholdsbestemmer hvilke pleie- og

omsorgstjenester sykepleierne i hjemmesykepleien skal ivareta. I det andre kravet klargjør vi hva omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp innebærer i forhold til disse tjenestene. Det tredje forsvarlighetskravet handler om hvordan verdier bør komme til uttrykk i sykepleierens væremåte i møtet med pasientene.

1. Pasientene skal få hjelp til å få dekket grunnleggende behov

Dette kravet handler om hvilke pleie- og omsorgstjenester pasientene skal få vurdert og ivaretatt av sykepleierne og beskriver de grunnleggende behovene som vi mener må regnes som nødvendige helsetjenester i hjemmesykepleien. I tråd med pleie- og omsorgstjenestens formål, innhold og oppgaver beskriver Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (heretter omtalt som Kvalitetsforskriften) hvilke grunnleggende behov pasientene skal få ivaretatt fra kommunehelsetjenesten (11). Kvalitetsforskriften gir ikke brukerne rett på bestemte tjenester, men kommunene «pålegges å utarbeide prosedyrer som

sikrer at brukerne får ivaretatt grunnleggende behov på en god måte» (ibid.).

Grunnleggende behov pasientene skal få ivaretatt i hjemmesykepleien er:

- Opplive respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- Selvstendighet og styring av eget liv
- Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt og unødig sengeopphold
- Mulighet for ro og skjermet privatliv
- Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner
- Mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene



En sykepleier vet betydningen av tid og rom for å kunne gå inn i vanskelige samtaler.

- Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- Tilbud om varierte og tilpassete aktiviteter (11).

De tjenestene vi har listet opp her samsvarer i stor grad med det som i sykepleiefaget regnes som grunnleggende sykepleie overfor pasienter (12), og som Henderson beskriver som sykepleiens grunnprinsipper (13). Det innebærer at nødvendige pleie- og omsorgstjenester går ut over det å dekke fysiologiske, medisinske og psykososiale behov. Forsvarlige tjenester i hjemmesykepleie handler også om at verdier må ivaretas, som at pasienten opplever respekt, trygghet, forutsigbarhet, selvstendighet, verdighet og muligheten til egenomsorg (ibid.). Uten disse verdiene er det ikke samsvar mellom innholdet i kvalitetsforskriften og sykepleiefaglige krav til grunnleggende omsorgstjenester (12,13).

HVILKE BEHOV IVARETAS?

Forskning viser at pasientene i hjemmesykepleien får mat, medisiner, hjelp til personlig hygiene (ikke munnstell), toalettbesøk, påkledning og avkledning. Disse tjenestene blir ofte opplevd som en minimumsstandard for pleie- og omsorgstjenester (10). Sykepleiernes mulighet

til å vurdere og ivareta pasientenes behov ut fra en helhetlig tilnærming er imidlertid begrenset (10). Psykososiale og åndelige behov vurderes ikke som en del av hjemmesykepleiens tjenester. Pasientene tilbys få aktiviteter og munnstell ivaretas sjeldent. Tjenester rasjoneres daglig, pasientbehov blir oversett og muligheten til å ta individuelle hensyn er begrenset (7, 9, 10, 14).

Behovene hjemmesykepleien ivaretar i dag handler derfor kun om å opprettholde basale livsfunksjoner. Skal tjenestene være i tråd med grunnleggende sykepleie må psykososiale og åndelige/eksistensielle behov også vurderes og ivaretas samt at pasientene må få tilbud om aktiviteter og få ivaretatt munnhygiene (12, 13). Videre må en akseptabel minstenorm for omsorgsfull hjelp innebære at sykepleierne kan ta mer helhetlige og individuelle hensyn i situasjonen slik at verdier som respekt og trygghet kan ivaretas (10, 11).

Sykepleierforbundets minstekrav til nødvendige tjenester er at pasientene får dekket grunnleggende behov som ernæring, søvn og hygiene (15). Dette minstekravet regnes ikke som tilstrekkelig for å kunne si at tjenestene dekker grunnleggende behov eller er sykepleiefaglig forsvarlig. Kravet vi fremmer synliggjør at skal tjenestene i hjemmesykepleien være sykepleiefaglig forsvarlig, må pasientene få vurdert og ivaretatt nødvendige behov i tråd med

Kvalitetsforskriften (11). Slik er det ikke i dag.

2. Tildelte pleie- og omsorgstjenester skal ivaretas i tilstrekkelig grad slik at nødvendige behov dekkes i tråd med faglige normer.

Dette kravet handler om at kvaliteten på tjenestene pasienten trenger å få dekket, må være faglig tilfredsstillende. Kravet er en utdyping av det rettslige kravet til forsvarlighet med henblikk på innholdet i sykepleietjenesten.

FAGLIGE KRITERIER

Det hører til sykepleiernes generelle basiskunnskaper å kunne sette i gang tiltak for å ivareta pasientenes behov når ulike funksjoner svikter (12, 13). Eksempelvis vet en sykepleier hva som er tilstrekkelig næring, hvilke tegn som viser seg når pasienten er feil- og/eller underernært, og hvilke tiltak som er nødvendige å sette i gang. En sykepleier vet hvordan de kan tilrettelegge for at pasienter skal kunne ivareta personlig hygiene selv, og hvordan pasienten svekkes hvis sykepleieren "gjør for" pasienten. En sykepleier vet betydningen av tid og rom for å kunne gå inn i vanskelige samtaler, og skal ha kunnskap og ferdigheter til å hjelpe både familien og den døende slik at det blir en verdig livsavslutning. Hjemmesykepleie handler nettopp om å hjelpe pasienter med å ivareta grunnleggende funksjoner og å yte omsorg når pasienter ikke klarer det selv.





Mange pasienter trenger også noen som kan påse at de faktisk spiser maten.

Sykepleierne kan vurdere om pleie- og omsorgstjenestene i hjemmesykepleien er av en slik karakter at de kan beskrives som kvalitetsmessig tilfredsstillende, og dermed forsvarlige (9, 12, 13).

OMSORGSFULL HJELP?

Vår egen og andres forskning viser at tjenestene i hjemmesykepleien ikke ivaretar pasientenes behov godt nok (9, 16–19). Sykepleierne beskriver at pasientene opplever et sprik mellom det de har behov for, og det de får av tjenester. Et eksempel på dette kan være at pasienten av innsparingshensyn får hurtigmiddag som varmes i mikrobølgeovnen, og at de må spise måltidene alene. Tjenestene som tilbys kan medføre ensidig kost og innebære at pasientene ikke får i seg nok næringsstoffer. Mange pasienter trenger også noen som kan påse at de faktisk spiser maten. I et teknisk perspektiv har kanskje pasienten fått tilgang til nok kalorier, men maten kan være suboptimal og tar eventuelt ikke hensyn til pasientens individuelle behov. Slik kan denne ytelsen neppe betegnes som faglig god eller omsorgsfull. En omsorgsfull ivaretagelse av pasientenes behov må bygge på at tjenestene ytes i tråd med relevant fagkunnskap og er tilpasset den enkeltes situasjon. Pasientene trenger både «tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold» (11). Man kan imidlertid diskutere hva som er «rimelig valgfrihet

i forhold til mat» (ibid.).

FORSINKETE TJENESTER

Både pasienter og sykepleiere beskriver at pasientene ikke får tjenester til avtalt tid (7, 14). Pasienter kan måtte vente i opp til flere timer på morgenstell eller for å komme seg på toalettet. Så lang ventetid bryter med faglige normer, fordi det er både respektløst og uverdigg. Vår forskning viser at forsvarlighetsnormen i hjemmesykepleien i stor grad knyttes til en medisinsk minstenorm om helsehjelp som er påtrengende nødvendig (7, 10, 14). Sykepleierne i hjemmesykepleien kan ikke sette grensene for forsvarlige tjenester ved fare for liv og helse. Da ivaretas ikke pasientenes omsorgsbehov og faglige verdier trues (9). Da ivaretas ikke kravet til faglig forsvarlighet.

ORGANISERING STYRER FAGET

Sykepleiere beskriver at ansvaret de har overfor pasienter er å yte de tjenestene som er beskrevet i enkeltvedtaket pasienten får når han/hun innvilges tjenester fra hjemmesykepleien (14). Enkeltvedtak på tjenester fra hjemmesykepleien er lovpålagt og derfor juridisk bindende (20, 21). Myndighetenes hensikt med å innføre enkeltvedtak var å styrke pasientenes rettigheter for å sikre tilfredsstillende tjenester. Forskning viser at enkeltvedtakene begrenser sykepleierne i å imøtekomme pasientens behov i situasjonen (10). Skal tjenesten

være omsorgsfull må sykepleieren ha mulighet til å ivareta pasientens individuelle behov her og nå, og ikke være styrt av vedtak gjort en tid tilbake og av andre enn de som yter tjenester i pasientenes hjem. Flere argumenterer for at en oppsplitting av helhetlige tjenester i isolerte enkeltvedtak er grunnleggende i strid med sykepleiens ethos (22, 23).

3. *Pasientens behov for tjenester skal ivaretas slik at grunnleggende verdier i samhandlingen mellom sykepleier og pasient ikke krenkes.*

Dette kravet handler om måten sykepleierne ivaretar pasienten på i situasjonen. Kravet innebærer at sykepleierne skal yte omsorgsfull hjelp slik at pasientenes integritet ivaretas (2, 6, 24). Skal tjenestene være forsvarlig må derfor relasjonelle verdier som respekt og selvstendighet ivaretas slik at pasientene ikke krenkes (25, 26). Det innebærer at grunnleggende behov må dekkes på en slik måte at pasientene opplever seg sett og ivaretatt i situasjonen.

RESPEKT OG KRENKELSER

Undersøkelser viser at pasientene opplever krenkelser i omsorgssituasjonen (27–31) og at hjemmesykepleie er omsorg på det administrative systemets premisser (7, 28, 31). Pasientenes selvstendighet krenkes når hjemmesykepleien er forsinket og tjenesten er uforutsigbar (7, 28–30). Hjelpen er ikke omsorgsfull når pasientene

beskriver at sykepleierne ikke har tid til å ta individuelle hensyn og være fleksible. Pasientene kan ikke få legge seg når de vil eller komme på toalettet når de har behov for det. Respekt og medmenneskelighet er grunnleggende i all omsorg og særlig viktig når pasienten er syk og trenger profesjonell ivaretagelse (32, 33). Skal tjenestene være sykepleiefaglig forsvarlig må derfor mellommenneskelige verdier ivaretas i situasjonen. Først da er hjelpen omsorgsfull.

PASIENTEN VIL BO HJEMME

Til tross for krenkelser tyder mye på at pasientene vil bo hjemme. Det å bo hjemme medfører at de kan bevare sine interesser, ivareta sosiale roller og opprettholde sitt sosiale nettverk i kjente omgivelser. Å flytte på institusjon vil medføre nok et tap, og øke opplevelsen av å være avhengig og sårbar. Tjenestene fra hjemmesykepleien gir pasientene større selvstendighet, og dermed ivaretas selvfølelsen. På den annen side er det noe uverdig ved omsorgssituasjonene i hjemmesykepleien; For å kunne bo hjemme er pasientene villig til å tåle uforutsigbare tjenester, mange hjelpere, å planlegge dagene ut fra hjemmesykepleiens organisering, mikromat, spise alene, å legge seg før de ønsker det, fordi alternativet er institusjon, og ikke en tilfredsstillende tjeneste (9).

MANGELFULLE TJENESTER

Overraskende mange pasienter

beskriver hjemmesykepleien i positive ordelag, og sier at de er fornøyde (7). De som jobber i hjemmesykepleien blir beskrevet som «engler», blide, søte, oppmerksomme og imøtekommende i situasjonen. På den ene siden kan man si at pasienten blir respektert, fordi de ansatte i hjemmesykepleien tar hensyn og er omsorgsfulle. Skylden for et dårlig tilbud blir lagt på systemet og ikke på helsepersonell. På den annen side må et faktisk minstemål av tjenester ytes, skal tjenesten være faglig forsvarlig. Slik er det ikke i dag. Selv fornøyde pasienter sier at tjenesten ikke er tilfredsstillende (9). Det er ikke godt nok, skal tjenesten være forsvarlig og hjelpen omsorgsfull.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi argumentert for at kriterier for forsvarlige tjenester og omsorgsfull hjelp i hjemmesykepleien må utvides i tråd med sykepleiens grunnlag og hensikten med tjenestene. Tre krav til forsvarlige tjenester og omsorgsfull hjelp er framsatt. Særlig er kravet om omsorgsfull hjelp viktig i sykepleie, og må spesifiseres og tas alvorlig. Det kan innvendes at en utvidelse av forsvarlighetskravet vil bety at kravet til bemanning øker og at kostnadene vil øke. Det å utvide kravet på denne måten kan også gjøre det vanskeligere å spesifisere tjenestene. På den annen side er det helt nødvendig å tilpasse et forsvarlighetskrav i hjemmesykepleien

til de normer, verdier og kunnskaper som gjelder for tjenesten og sykepleiefaget. Innholdet i grunnleggende sykepleietjenester er konkret og utfyllende beskrevet i sykepleielitteratur. Skal pasientene få dekket grunnleggende behov er det nødvendig at sykepleierne selv tar ansvar for å utvikle forsvarlighetskriterier ved å formulere verdier, prinsipper og krav slik vi har gjort her.

REFERANSER

1. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr.4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.com/cgiwift/wiftloksok?sys=1&felt=titt&emne=helsepersonell&button=S%F8k&PROS=02>. [Nedlastet: 06.01.2012]
2. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. NOU 2004–18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. Oslo. 2004.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo. 2009.
4. Halvorsen M. «Nødvendig helsehjelp» som redskap for prioriteringer. Lov og Rett. 2004;143–56.
5. Kjønstad A. Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling. 1 ed. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo. 2005.
6. Molven O. Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet. Lov og Rett. 2009;48:3–26.
7. Tønnessen S, Førde R, Nortvedt P. Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset. Omsorg på andres premisser. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2009;5:57–71.
8. Sosial- og helsedepartementet. NOU 1997–18. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Sosial- og helsedepartementet. Oslo. 1997.
9. Tønnessen S. The challenge to pro-

- vide sound and diligent care – A qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service. Doktorgradsavhandling. University of Oslo, Oslo, 2011.
- 10. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R.** Rationing home-based nursing care – Professional ethical implications. *Nursing Ethics*. 2011;18:386–96.
- 11. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.** 27 juni 2003; nr. 792. Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes? doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html&emne=KVALITET*%20%2b%20I*%20%2b%20PLEIE*%20%2b%20OG*%20%2b%20OMSORGSTJENEST*&. (Nedlastet: 06.01.2012)
- 12. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A.** Grunnleggende sykepleie Bind 1, 2. og 3. Gyldendal akademisk, Oslo, 2011.
- 13. Henderson V.** Basic principles of nursing care. International Council of Nursing. Geneva, 1997.
- 14. Tønnessen S, Førde R, Nortvedt P.** Fair nursing care when resources are limited: The role of patients and family members in norwegian home-based services. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2009;10:276–84.
- 15. Norsk Sykepleierforbund.** Det du bør vite om Faglig Forsvarlighet. Norsk Sykepleierforbund. Oslo, 2008.
- 16. Nortvedt P, Pedersen R, Grothe KH, Nordhaug M, Kirkevold M, Slettebo A, et al.** Clinical prioritisations of healthcare for the aged – Professional roles. *J Med Ethics*. 2008;34:332–5.
- 17. Sørbye LW.** Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care. Doctoral Thesis. University of Tromsø. Tromsø, 2008.
- 18. Hofseth C, Norvoll R.** Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Sintef. Unimed, Trondheim, 2003.
- 19. Rønning R.** Omsorg som vare?: kampen om omsorgens sjel i norske kommuner. Gyldendal akademisk, Oslo, 2004.
- 20. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker** 2 oktober 1967. [Forvaltningsloven]. Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes? doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19670210-000.html&emne=FORVALTNINGSLOV*&. (Nedlastet: 06.01.2012)
- 21. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.** 24 juni 2011; nr. 30 [Helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes? doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=KOMMUNALE*%20%2b%20HELSE*%20%2b%20OG*%20%2b%20OMSORGSTJENESTER*&. (Nedlastet: 06.01.2012).
- 22. Martinsen K, Eriksson K.** Å se og å innse: om ulike former for evidens. Akribe, Oslo, 2009.
- 23. Vetlesen AJ, Henriksen J-O.** Moralens sjanser i markedets tidsalder. Om kulturelle forutsetninger for moral. Gyldendal Akademisk, Oslo, 2007.
- 24. Molven O.** Helse og Jus. En innføring for helsepersonell. 6 ed. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 2009.
- 25. Braut GS.** Fagleg forsvarleg verksamhet handlar om gode prosessar. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2008;19.
- 26. Braut GS, Vist jr. J.** Faglig forsvarlighet- garanti og grense. In: Torgauten T-I. (red.). *Utviklingshemming og tros- og livssynsutøvelse Rettigheter og tilrettelegging*. Universitetsforlaget, Oslo, 2010
- 27. Lillestø B.** Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til hjemmetjenesten. Nordlandsforskning. NF- rapport nr. 22/98. Bodø, 1998.
- 28. Ellefsen B.** Dependency as disadvantage – Patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16:157–64.
- 29. Digre E.** Ivaretakelse av grunnleggende behov: En intervjuundersøkelse av brukerens syn på kvalitet og deres behov for pleie og omsorg. Høgskolen i Buskerud, Drammen, 2001.
- 30. Haug HK.** Å venne seg til – En studie om de eldres erfaringer med hjemmesykepleien. Universitetet i Oslo, Oslo, 2004.
- 31. Sørum BM.** Å få være med å bestemme – En studie om hjemmeboende kvinners opplevelse av trivsel når de er avhengige av hjemmesykepleie. Universitetet i Oslo, Oslo, 2004.
- 32. Nortvedt P.** Sykepleiens grunnlag: Historie, fag og etikk. Universitetsforlaget, Oslo, 2008.
- 33. Martinsen K.** Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien. TANO, Oslo, 1993.



OPPDAGER PSYKOSE TIDLIGERE

› Informasjonskampanjer om psykose fører til at flere søker hjelp.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Marie von Krogh og Colourbox**

Hva gjør du hvis datteren din sover dårlig, blir redd for å ta bussen, ikke orker å gå på skolen, slutter å snakke? Hvor skal du henvende deg for å få hjelp? Hvem kan du snakke med?

– Mange mennesker går altfor lenge med symptomer på alvorlig sykdom uten å søke hjelp, forteller Inge Joa, psykiatrisk sykepleier og forsker ved TIPS-Regionalt nettverk for klinisk psykoseforskning Helse Vest, Stavanger universitetssykehus.

” Når man reduserte informasjonskampanjer gikk folk lenger med symptomer før de søkte behandling.

– Og jo lengre man går med slike symptomer uten å få behandling, jo vanskeligere kan det være å bli helt frisk igjen.

UNGDOM

Inge Joa har bred erfaring, både som forsker og praktiker. Han tok videreutdanning i psykiatrisk

sykepleie på slutten av 80-tallet og har jobbet i psykiatrien siden. Det var blant annet Jan Olav Johannessen, sjefslege og professor ved Psykiatrisk klinikk på Stavanger universitetssykehus, som for alvor fikk øynene hans opp for betydningen av tidlig intervensjon ved psykose (TIPS).

– TIPS-studien hadde til hensikt å undersøke om tidlig intervensjon for å redusere varighet av ubehandlet psykose hadde effekt, forteller Joa.

– Målgruppen var først og fremst ungdom. Intervensjonen omfattet informasjonskampanjer rettet mot folk flest, samt infor-

masjon og opplæring rettet mot primærhelsetjenesten, det vil si helsesøstre, lærere og fastleger.

Det ble også opprettet et lavterskel oppdagelsesteam, bestående av spesialiserte, erfarne klinikere. Joa begynte å jobbe i dette teamet.

– I tillegg til å utrede folk for

psykose reiste vi rundt på skoler og underviste om tidlige tegn på alvorlig psykisk lidelse og om hva teamet kunne bistå med. Målet var blant annet å øke folks kunnskap om psykose slik at de kan skille vanlige problemer fra plager som kan gi risiko for psykose, forteller han.

KLAR EFFEKT

I sin doktorgradsavhandling undersøkte Joa hva som skjedde med pasientene når omfanget av TIPS ble redusert.

– Hensikten var å undersøke om informasjonskampanjer hadde en effekt når det gjaldt å redusere varighet av ubehandlet psykose, forklarer han.

I studien ble pasienter fra Rogaland som fikk en psykoselidelse for første gang i perioden da TIPS-prosjektet pågikk (1997–2000), sammenliknet med pasienter som fikk en slik lidelse mellom 2002 og 2004, da informasjonskampanjer var redusert til et minimum.

– Jeg fant at når man reduserte informasjonskampanjer gikk folk lenger med symptomer før de søkte behandling. Vi fikk også

TIPS – Tidlig Intervensjon ved Psykoser

En multisenterstudie som gikk ut på å utrede og behandle mennesker med første-episode psykose, ved hjelp av tidlig oppdagelsesteam og informasjonskampanjer (1997–2000). Ullevål, sektor Oslo og Roskilde, sektor Danmark var kontrollsektorer der man registrerte de som kom som vanlig til sin første behandling for psykose. Rogaland fylke fungerte som intervensjonssektor der man innførte et program for tidlig intervensjon.

POP – Norwegian primary prevention of psychosis project

Prosjektet er rettet mot personer som kan ha symptomer som kan føre til psykoselidelser. Hensikten er å fange opp disse og forebygge psykoselidelser i befolkningen generelt og blant unge spesielt. Startet opp i mars 2012.



› **INFORMASJON NYTTER:** Inge Joa og Kristin Hatløy har erfart at informasjonskampanjer fører til at flere tar kontakt for å få hjelp og råd til ungdom som sliter psykisk. Foto: Marie von Krogh.

færre henvendelser fra helsepersonell og lærere, forteller Joa.

– Funnene resulterte i at det ble bevilget penger til å ta opp igjen arbeidet med informasjonskampanjer og undervisning om psykoselidelser.

SKADER IKKE

I dag bruker Joa mest tid på forskning, mens kollega og psykiatrisk sykepleier Kristin Hatløy jobber i oppdagelsesteamet. Hun forteller om effekten av slike kampanjer.

– Vi merker at antallet henvendelser øker når det har vært en annonse i avisen, forteller hun.

– Informasjonen treffer når man er bekymret.

Hatløy og Joa er enige om at informasjon ikke kan skade.

– Har man ikke bruk for informasjonen, så legger man mindre merke til den.

MINSKE STRESS

POP-studien, som er en videre-

føring av TIPS, startet i Helse Stavanger og Helse Fonna i mars 2012. Målet er fortsatt å identifisere og behandle personer med høy risiko for å utvikle psykose.

Alle pasientene som deltar i programmet tilbys oppfølging i to år

– Behandlingen består blant annet av kognitiv terapi, familiebehandling og kosttilskudd i form av Omega 3, forteller Joa.

– Vi jobber blant annet med å minske stress i familien, tilføyer Hatløy.

Det er fortsatt først og fremst de unge som er målgruppen.

– Det at ungdommer generelt er i en utfordrende fase av livet gjør arbeidet ekstra spennende og betydningsfullt, mener hun.

– Mange foreldre og lærere er bekymret for ungdommene sine. Og det er ikke alltid så lett å avgjøre hvor alvorlig tilstanden er.

Hatløy og Joa trekker fram begynnende funksjonssvikt, konsentrasjonsproblemer, uvir-

kelighetsfølelse og endring av selvforståelse som tidlige tegn på at en person kan ha risiko for å rammes av psykose. Ved mistanke om psykose er målet at personen får behandling raskest mulig.

LAV TERSKEL

– Vi ønsker at det skal være lav terskel for ta kontakt, sier Hatløy.

– Vi tilbyr utredning allerede i løpet av 24 timer etter at noen tar kontakt med oss og trenger ingen henvisning for å formidle pasienten videre.

Oppdagelsesteamet samarbeider tett med både Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling samt Avdeling unge voksne i Psykiatrisk divisjon, noe som gjør det lett å tilby hjelp raskt.

– Hvis pasienten er tilstrekkelig dårlig, kan vi hjelpe med å ordne en innleggelse, sier Joa.

– Men de aller fleste har ikke psykose, men et psykisk problem og trenger hjelp til å orientere seg i systemet.

TROR PÅ IKT

› Anne Moen mener IKT kan bidra til at eldre mennesker kan bo hjemme lenger.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Anne Moen trives svært godt som professor ved Institutt for helse og samfunn på Universitetet i Oslo (UiO). Hun liker det å være forsker og synes arbeidet byr på mange spennende utfordringer.

– Jeg vet at enkelte synes at prestasjonskravene kan være i tøffeste laget. Men som forsker er man nødt til å levere, og det krever høyt aktivitetsnivå. For meg handler det mye om å få og gripe muligheter.

DÅRLIG TAPER

Moen betrakter seg likevel ikke som et utpreget konkurransemenneske.

– Men jeg er nok en fryktelig dårlig taper, ler hun.

Og det er ingen tvil om at hun har brukt tiden godt:

I 1996 tok hun hovedfag i sykepleievitenskap og disputerte for doktorgraden i 2002. Deretter var hun postdoktor og samarbeidet internasjonalt som forsker før hun ble førsteamanuensis ved UiO i 2007 og professor i 2011.

– Jeg har fått støtte til prosjekter jeg har hatt lyst til å gjøre, og opplevd at finansieringsinstitusjoner og ledere har sett meg og gitt meg tillit.

BLE AKTØRER

Moen skrev doktoravhandling om sykepleieledelse ved innføring av

elektroniske pasientjournaler ved norske sykehus.

– Jeg fant at sykepleielederne fikk en stemme og ble aktører da de skaffet seg egne forskningsmidler for å stille krav til sykepleiedokumentasjonens utforming og innhold. Sykepleierne på nivået under deltok ikke i prosessen i samme grad. I den hektiske hverdagen hadde de nok ikke kapasitet til å være med på samme måte.

Som post.doc. forsket Moen på nettbaserte læringsressurser for pasienter og pårørende.

– Jeg ledet arbeid med å lage en prototyp, en IKT-basert læringsressurs som tematiserte informasjonsbehov etter utskrivelse. Vi la blant annet ut bilder av hvordan sårtilheling kunne se ut, slik at pasienter og pårørende hadde noe å sammenlikne med når de observerte om egne sår grodde ordentlig etter operasjonen, forteller Moen.

PPS

Fra 2006 jobbet hun i et stort, tverrfaglig EU-prosjekt om læring i høyere utdanning og i arbeidslivet.

– Jeg ledet blant annet en case-studie der vi studerte praksisutvikling i forbindelse med innføring av PPS i sykehus, forteller hun.

– Vi så på hva erfarne sykepleiere mobiliserte av kunnskap, erfaring og rutiner når de vurderte ulike versjoner av prosedyrene. Vi fant også at mer enn halvparten

Anne Moen

f. 1962.

Utdanning:

Sykepleier og dr.polit

av alle PPS-prosedyrene fikk et lokalt tillegg tilpasset institusjonens praksis.

HJELP TIL ELDERE

I dag leder hun et prosjekt om velferdsteknologi og utfordringer med forverring av ernærings situasjonen hos eldre mennesker som bor hjemme.

– Studier viser at 20–60 prosent av eldre, ofte langvarige syke, har en ernæringsmessig risiko, og altfor mange er underernærte når de skrives inn på institusjon, forteller Moen.

Hun peker på at underernæring kan medføre nedsatt kognitiv funksjon, ustøhet og fall, som igjen kan resultere i lårbensbrudd og innleggelse i sykehus.

– Oppmerksomhet, kunnskap og bedre strategier for ernæring og fysisk aktivitet kan bidra til at de eldre kan klare seg selv hjemme lenger. Her er det enklere å forebygge enn å behandle, og tiltak kan ha avgjørende betydning for den enkeltes trivsel og livskvalitet, samtidig som det er faglig relevant og vil ha samfunnsmessig gevinst.

BEDRE PRAKSIS

– Jeg er opptatt av praksisutvikling og tjenesteinnovasjon. Her er sykepleietjenestens innsats i forhold til ernæringsproblematikk et viktig poeng, sier hun.

Hun forteller at tverrfaglighet



> **TÅLER PRESS:** Professor Anne Moen blir ikke vippet av pinnen av prestasjonskravene i forskningsmiljøet.
Foto: Erik M. Sundt

og brukermedvirkning er viktige premisser i prosjektet.

– Det er spennende å forske på noe som er så relevant for og kan bidra til å forbedre praksis. Vi må finne ut hva som er viktig for brukerne, hva som skaper trivsel og delaktighet.

Men hun understreker at forskning der kommunehelsetjenesten er forskningsfelt byr på nye utfordringer.

– Feltet er svært sammensatt og arbeidstakerne har ulik kunnskap og erfaring, samtidig som antallet eldre er økende uten at antallet helsepersonell øker tilsvarende. Alt tyder på at framtidens eldre kommer til å stille helt andre krav enn generasjonen før oss. Dette vil medføre nye utfordringer og økt press på ressursene i kommunehelsetjenesten.

NYE TJENESTER

– Kan du gi eksempler på teknologi som kan bedre ernærings-

situasjonen for eldre som bor hjemme?

– Teknologi kan selvsagt aldri erstatte folk, men jeg tror det kan bidra til å utvikle nye tjenester, understreker Moen.

– Jeg undersøker om teknologi kan stimulere deltakelse og sosial kontakt for å supplere direkte kontakt, for eksempel

” ” Teknologi kan selvsagt aldri erstatte folk.

enkel videokommunikasjon eller smarte kalendre som kan bidra til at den eldre blir minnet på å spise, spiser nok og til riktig tid, forenkle bestilling av mat eller bistå med innkjøp.

Hun forklarer at sensorer som viser bevegelser i ulike rom eller soner kan gi informasjon om den eldre har spist i løpet av dagen.

En smarttelefon kan hjelpe en person som har falt til å tilkalle hjelp, og forsøk med GPS-teknologi kan forenkle det å finne igjen noen som har gått seg bort.

– Mange er skeptiske til elektronisk overvåkning, men det gir frihet for den enkelte og så er det vel kanskje bedre enn ikke å bli funnet i det hele tatt, mener Moen.

NYE FORSKERE

– Jeg er opptatt av å støtte sykepleierne i å utvikle kunnskap og erfaring, og formidle dette til dem med mindre erfaring og kunnskap.

En annen ting Anne Moen brenner for er å utdanne og rekruttere forskere.

Det er vanvittig inspirerende og hyggelig å arbeide sammen med unge, nyfikne og flinke studenter, ivrer hun.

Og håper mange av dem velger å forske videre.

FORSKNINGSETISKE UTFORDRIN

I vitenskapelige artikler finner man sjelden en inngående redegjørelse for forskningsetiske vurderinger.

Av **Kristin Halvorsen**, førsteamanuensis ved HIOA og assisterende redaktør i Sykepleien Forskning

Vanligvis gis det kun en kort konstatering om at studien er i tråd med gjeldende reguleringer og er godkjent av Regional Etisk Komité (REK) eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Men, for at en studie skal bli godkjent har den gjennomgått en rekke forskningsetiske vurderinger. I det følgende vil jeg presentere noen forskningsetiske betraktninger og bruke eget doktorgradsarbeid om «Prioriteringshensyn i intensivavdeling» som bakteppe, sammen med relevant litteratur, publikasjoner fra Nasjonale Forskningsetiske Komiteer og forskning som aktualiserer noen utfordringer (1-4).

REGULERINGER

Historien har vist at hensynet til forskningssubjektene ikke er en selvfølge (2). Av den grunn finnes det flere reguleringer som ivaretar forskningssubjekter og forskningsetiske hensyn ved gjennomføring av medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter. Toneangivende er Helsinkideklarasjonen, som de fleste andre reguleringer bygger på (5). I Norge regulerer Helseforskningsloven forskning innen medisin og helsefag (6). Da denne loven kom i 2008 forenklet den prosedyrene for godkjenning av forskningsprosjekter. En tommelfingerregel er at alle prosjekter som involverer sårbare grupper skal godkjennes i REK. Sårbare grupper defineres oftest som pasienter. Her kan det være aktuelt å forespørre REK ved tvil. Prosjekter som krever konsesjon fra taushetsplikt, skal vurderes særskilt i forhold til dette. De prosjekter som kun skal godkjennes av NSD, søkes direkte dit. Dette kan gjelde for eksempel prosjekter som involverer tidligere pasienter, pårørende og foreldre, eller kun helsepersonell.

KVALITATIV FORSKNING

«Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning og menneskelige erfaringer» (1, s. 7). I mitt doktorgradsarbeid var jeg opptatt av å få fram dydekunnskap om hvilke handlinger og valg intensivleger og intensivsykepleiere sto ovenfor i vanskelige prioriteringsspmåål om å avgrense intensivbehandling. Til å gjennomføre en slik studie var kvalitativ metode

et hensiktsmessig valg. På bakgrunn av studiens problemstillinger var det to svært mye brukte datainnsamlingsmetoder som var relevante; deltakende observasjon og dybdeintervju. I kjølvannet av metodevalg og datainnsamlingsstrategier fulgte flere forskningsetiske vurderinger.

HENSYNET TIL FORSKNINGSSUBJEKTENE

Det bærende element i forskningsetikk er hensynet til forskningssubjektene og deres integritet. Et avgjørende prinsipp for å kunne ivareta forskningspersoners integritet er det frivillige informerte samtykke. Men, samtykke er ikke tilstrekkelig. Forskningen skal frambringe kunnskaper som enkeltpersoner eller gruppen av personer har nytte av, samt at forskningen skal innebære ingen eller liten risiko for aktørene. Forskningssubjektets sårbarhet, eller sårbarhet hos personer som indirekte blir involvert i forskningen, har stor betydning for hvordan man tar de forskningsetiske vurderingene (1-3,5,6). I mitt doktorgradsarbeid var utfordringen at jeg gjennom å bruke deltakende observasjon fikk tilgang til opplysninger om sårbare, ikke samtykkekompetente pasienter, til tross for at fokuset mitt var leger og sykepleiere som ga frivillig og skriftlig informert samtykke (1). En måte å løse slike dilemmaer på er å innhente samtykke fra pårørende, som da på vegne av den syke, kan nekte deltakelse. Dette ble alternativet i min studie, sammen med konsesjon fra taushetsplikten. Det er viktig å merke seg at forsker er underlagt taushetsplikt, og i min studie ble det undertegnet taushetserklæring i de aktuelle intensivavdelinger (1). På den annen side var ikke samtykke fra pårørende en forskningsetisk uproblematisk løsning, blant annet begrunnet i faren for at pårørende feilaktig kunne få den oppfatning at deres kjære var med i et forskningsprosjekt. Det er også slik at pårørende ikke alltid har samme oppfatning som pasienten ville ha hatt. Det viser seg også at REK'ene vurderer forskjellig i saker som omhandler observasjon av helsepersonell i kliniske avdelinger, der det vil være mulig å få innsyn i taushetsbelagt informasjon om pasienter. I en annen norsk observasjonsstudie fra klinisk praksis med fokus på sykepleieres ansvarspraksis har det, så vidt det framkommer i studien, ikke vært etterspurt samtykke fra verken pasienter eller pårørende. Kun frivillig, skriftlig samtykke fra helsepersonellet invol-

GER VED KVALITATIVE STUDIER

vert, er innhentet (7). Hem et al. løfter fram i en artikkel i Nursing Ethics, hvordan strenge forskningsetiske krav om samtykke nesten satt stopper for å gjennomføre deltakende observasjoner i en akuttpsykiatrisk avdeling (4). I artikkelen argumenterer Hem et al. for at det i enkelte tilfeller kan bli så vanskelig å slippe til i et forskningsfelt, at verdifull forskning med liten risiko for pasienten, men med stor betydning kan gå tapt.

ANDRE UTFORDRINGER

I kvalitativ forskning kan problemstillingene endre seg underveis. Det innebærer at man må være oppmerksom på om det skjer endringer i studien av forskningsetisk karakter. Anonymisering og formidling kan by på forskningsetiske utfordringer. Utvalget i kvalitativ forskning er lite, noe som kan true anonymiteten. Videre er det slik at intervjuer kan inneholde stor fortrolighet og det kan oppstå situasjoner der informanter ønsker å få utsagn slettet, noe man bør gi tilgang til. I formidling av funn og bruk av sitater er det viktig å ikke benytte gjenkjennbare språklige formuleringer. Informanter i kvalitative studier er mer sårbare med hensyn til konfidensialitet. Hensy-

net til forskningssubjekter skal alltid komme først (2,3). I REK er mye kunnskap samlet. Min erfaring er at REK'ene er rause når man tar kontakt med spørsmål av forskningsetisk karakter.

REFERANSER

1. Halvorsen, K. The ethics of bedside priorities in intensive care. Value choices and considerations. A qualitative study. Ph.d. avhandling ved det medisinske fakultet, UiO, 2009.
2. Ruter K.W, Førde R, og Solbakk J.H. Medisinsk og helsefaglig etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
3. De Nasjonale forskningsetiske komiteer, NEM (2010) www.etikkom.no. Veiledning for forskningsetisk vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\[2010\].pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20[2010].pdf) [Nedlastet 18.9.2012]
4. Hem M, Heggen K, Ruyter KW. Questionable requirement for consent in observational research in psychiatry. Nursing Ethics 2007; 14: 41-53.
5. Helsinkideklarasjonen 1964/2008. The World Medical Association <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [lastet ned 18.9.2012]
6. LOV 2008-06-20 nr. 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html [lastet ned 18.9.2012]
7. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Ph.d. avhandling ved det medisinske fakultet UiO, 2011.



RAPPORTERER UØNSKETE HEN

Ny meldeordning for uønskete hendelser i spesialisthelsetjenesten.



Av **Linda Grønstad**, kommunikasjonsrådgiver

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har mottatt tre ganger så mange meldinger som forventet etter at den nye meldeordningen startet 1. juli.

BEDRE PASIENTSIKKERHET

Hensikten med meldeordningen er å bedre pasientsikkerheten. Når helsepersonell melder fra om uønskete hendelser bidrar de til mer kunnskap om ulike risikofaktorer. Helsepersonell skal sende melding innen 24 timer til Kunnskapssenteret om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste, eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade. Den korte fristen vil føre til at man melder fra om hendelser mens man ennå har dem friskt i minne.

Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser slik at man kan jobbe med å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Kunnskapssenteret skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten.

Saksbehandlerne vurderer hendelsene fra et systemperspektiv, stiller spørsmål og kommer med tips om læringsressurser for hvordan en kan jobbe med systemene for å minske risikoen for nye tilfeller.

ENKLERE Å MELDE

– Et sentralt mål med den nye ordningen var å få opp meldingshyppigheten, så dette er bra, sier Øystein Flesland, seksjonsleder i Kunnskapssenteret.

– En forklaring på hvorfor vi har mottatt såpass mange meldinger, kan være at det har blitt enklere å melde.

Flesland forteller at helsepersonell nå kan melde fra elektronisk, og at vurderingen av meldingen nå foregår i et rent læringsperspektiv.

– Dette kan nok ha bidratt til å senke terskelen til å melde fra. Helsetilsynet mottok tidligere omkring 2000 meldinger per år. Vi mottok cirka 500 meldinger

den første måneden. Det er omtrent tre ganger mer enn vi forventet. Dette er helt i tråd med målsettingen til meldeordningen.

KUNNSKAP BASERT PÅ FORSKNING

Det er menneskelig å feile, også for helsepersonell. Derfor er det viktig å erkjenne at feil og uønskete hendelser kan skje, og ved å melde fra om dem kan man oppdage feil og korrigere dem.

Kunnskapssenteret besvarer alle meldinger. Saksbehandlerne i meldeordningen formidler forskning om effekt av tiltak og erfaringer andre har gjort i liknende situasjoner. Stadig ny viten og nye krav til kompetanse og teknologi er en utfordring for helsepersonell som forventes å være dynamiske og selvstendige utøvere av sin profesjon. Kunnskapssenteret er en ressurs som kan tilby oppdatert forskning om ulike tema innenfor helse, slik at helsepersonell kan jobbe kunnskapsbasert med ulike tiltak som fungerer.

Saksbehandlerne har sin hovedarbeidsplass ute i praksis. Blant annet er det ansatt en jordmor med forskningskompetanse som vil arbeide med å analysere meldingene ut fra type hendelse og årsaker til disse. Dataene vil danne grunnlaget for rapporter og informasjon til helsetjenesten.

– Etter hvert som vi får mer kunnskap utarbeider vi råd og ressurser som vi legger ut på nettsidene våre, og som vi håper mange vil ha nytte av, sier Flesland.

PERSONVERNET IVARETT

– Vi har fått inn mange innholdsrike, gode meldinger hittil, og det er positivt at vi ikke har fått meldinger som inneholder navn på pasienter eller ansatte. Vår viktigste oppgave er å bidra til å se hendelser fra nye perspektiver, vi er ikke interessert i personopplysninger, understreker han.

Alle meldinger får et svar fra Kunnskapssenteret som inneholder råd, men det vil variere om det er behov for å gå dypere inn i en sak eller ei.

– Å sende melding til Kunnskapssenteret får ingen konsekvenser for den som melder. Hele hensikten med meldeordningen er som mottoet vårt; melde for å lære.

Rendyrkingen av systemperspektivet tydeliggjøres ved at sanksjonsmuligheten fjernes. Ansatte i hvert enkelt sykehus må undersøke hvilke melderutiner som gjelder for akkurat deres institusjon. Noen steder

DELSER OFTERE ENN FØR



FEILMEDISINERING: 14 prosent av uønskete hendelser registrert i Norge i perioden 2008–2011 var hendelser tilknyttet legemiddelfeil. Arkivfoto: Bo Mathisen



vil det være en leder som sender inn til Kunnskaps-senteret på vegne av sykehuset, mens det andre steder legges opp til at hver enkelt kan sende melding til Kunnskaps-senteret direkte. I prinsippet skal man registrere meldinger som før i internt system, og så vurdere om Kunnskaps-senteret også skal ha melding. Mer informasjon om hvordan man går fram for å sende melding til Kunnskaps-senteret finnes på www.melde.no.

Sendes meldingen direkte fra et elektronisk avviks-system på et sykehus, vil ikke opplysninger om hvem som melder følge med til Kunnskaps-senteret. Sykehusene avgjør om man kan melde anonymt internt. Dersom avsender av meldingen til Kunnskaps-senteret er en enkeltperson, og eksempelvis kan identifiseres ut fra e-post adresse, vil Kunnskaps-senteret slette navnet. Kunnskaps-senteret har en lovpålagt plikt til å sikre at verken helsepersonell eller pasient kan identifiseres. Informasjonen i meldingene skal utelukkende brukes for å kartlegge risiko for og årsaker til at pasientskader oppstår.

MANGE LEGEMIDDELFEIL

Flesland forteller at meldingene til Kunnskaps-senteret varierer i alvorlighetsgrad.

– Mange av meldingene vi har fått inn handler om ulike legemiddelfeil. Det var ingen overraskelse. Ifølge en rapport fra Helsetilsynet gjaldt 14 prosent av uønskete hendelser registrert i Norge i perioden 2008–2011 hendelser tilknyttet legemiddelfeil. I den landsdekkende journalmålingen av pasientskader i Norge utført av Pasientsikkerhetskampanjen, ble det registrert at 12 prosent av pasientskadene var legemiddelrelaterte.

Eksempler på legemiddelrelaterte hendelser som kan gi uventete eller uønskete effekter er feil legemiddel, feil dose, feil administrering, feil tid, feil pasient, feil forskrivning og utilsiktet effekt. Mange av skadene som oppstår er, eller kunne vært, alvorlige. De uønskete hendelsene rundt legemiddelfeil kan eksempelvis gjelde doseringsfeil, der en pasient har fått ti eller 100 ganger for høy dose, det kan gjelde forveksling av medikament, eller feil medikament til en pasient. Andre årsaker kan være skader som følge av bivirkninger. På www.melde.no finnes læringsressurser om forebygging av legemiddelfeil

ÅPENHET NØDVENDIG

Gjennom svar på enkeltmeldinger, formidling av læringsressurser og etter hvert kunnskapsbaserte rapporter skal Kunnskaps-senteret hjelpe sykehusene i pasientsikkerhetsarbeidet. Tilbakemeldingene fra Kunnskaps-senteret er ment å være en ressurs som kan brukes fritt i kvalitets- og forbedringsarbeid. Det blir opp til hvert enkelt sykehus å følge opp tilbakemeldingene fra Kunnskaps-senteret og eventuelt iverksette tiltak for å bedre systemene ved sykehuset.

Det at meldeordningen er et nasjonalt system gir muligheten til å avdekke problemer som inntreffer sjelden, samt oppdage trender og mønstre, langt raskere enn tilfellet ville være for det enkelte sykehus.

Når helsepersonell er involvert i en uønsket hendelse, kan det få store helsemessige konsekvenser, og man blir et «second victim». Et notat fra Kunnskaps-senteret beskriver vanlige reaksjoner hos helsepersonell som eksempelvis skam, skyldfølelse, angst, sjokk, depresjon og følelse av ydmykelse. Viktige faktorer for bearbeidelse av hendelsen kan være samtaler med kollegaer, en organisasjonskultur med fokus på læring og åpen kommunikasjon med pasienten.

Åpenhet i arbeidsmiljøet og i ledelsen har stor betydning for hvorvidt helsepersonell faller utenfor arbeidslivet. Der det er åpenhet for å snakke om uønskete hendelser og forbedringsmuligheter vil det være mer rom for å ivareta helsepersonell på en god måte. Større åpenhet omkring feil, vilje til å snakke om feil og vilje til å lære vil forhåpentligvis sørge for økt pasientsikkerhet ved norske sykehus i framtiden.

FAKTA:

Ferske målinger viser at over 10 000 pasientopp-hold i Norge er forbundet med skade

- I 0,7 prosent av oppholdene døde pasienten som følge av dette
- Dette tilsvarer cirka 4700 dødsfall per år ifølge beregninger fra Kunnskaps-senteret
- Informasjonsvideo om meldeordningen, læringsressurser og annet om meldeordningen finner du på www.melde.no

DOKTORAVHANDLINGER



Kandidat:
BERIT JOHANNESSEN

Tittel: Sykepleiere i alternativ behandling

Arbeidssted: Universitetet i Agder, Institutt for Helse og Sykepleievitenskap

Utgått fra: Historisk filosofisk fakultet ved UiB,

Veileder: Professor Torunn Selberg

Disputas: 14. oktober 2006

E-post: berit.johannessen@uia.no

› **Bakgrunn:** Det er økende bruk av komplementære og alternative behandlingsformer (KAM) både innenfor og utenfor den offentlige helsetjenesten. Mange sykepleiere bruker selv KAM og flere velger å tilby slik behandling.

Hensikt: Å få innsikt i begrunnelsene sykepleierne har for å tilby KAM. Hovedvekten er lagt på å beskrive de større kontekstene sykepleiernes valg må sees i forhold til. Det vil si verdier og målsettinger i sykepleierutdanningen, sykepleieres opplevelse og erfaringer fra sitt arbeid og sin posisjon innenfor det offentlige helsevesenet, profesjonskampen mellom leger og sykepleiere og kjønnsaspektet i den forbindelse. Videre er

statens politikk i forhold til alternativ behandling og utviklingen av et marked for helsetjenester analysert. Religion analyseres som integrert i sykepleiernes yrkesaktivitet og fagteori. Dette bidrar til å gi en rikere og mer adekvat forståelse av betydningen av New Age i dagens vestlige samfunn. Avhandlingen peker på at samtidsforskere har mye å vinne ved å betrakte religion som integrert i ulike samfunnsfelt, som for eksempel helsevesenet.

Metode: Studien baserte seg på feltarbeid som inkluderte dokumentanalyser, deltakende observasjoner, samtaler og kvalitative intervju av 24 sykepleiere som tilbød ulike former for KAM. Disse ble rekruttert gjennom annonser i tidsskrift.

Resultat: Sykepleiere velger å tilby KAM for å: 1) Kunne jobbe holistisk, de vil vektlegge sammenhenger og åndelige aspekter ved helse og behandling. 2) Være selvstendige og ha fokus på behandling mer enn omsorg. 3) Oppleve en tydelig profesjonell identitet. 4) Realisere seg selv og oppleve mening.

Konklusjon: Sykepleiere velger og tilbyr KAM av personlige og faglige grunner. Valgene må sees i lys av deres rolle og funksjon i det offentlige helsevesen samt det samfunnsde lever i.



Kandidat:
MILKA SATINOVIC

Tittel: Omlegging av livskurs: En grunnleggende prosess i et liv med multipel sklerose

Arbeidssted: Høgskolen i Bergen, Avdeling for helse- og sosialfag

Utgått fra: Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap

Veiledere: Professor Eva Gjengedal og professor Harald Nyland

Disputas: 18. april 2008

E-post: milka.satinovic@hib.no

› **Bakgrunn:** Manglende kunnskap om prosesser og faktorer som oppleves som fremmede eller hemmende for å skape et godt liv med en kronisk sykdom som multipel sklerose (MS).

Hensikt: Hensikt med studien var å søke innsikt i hvordan en kan leve best mulig med MS sett fra perspektivet til dem som har sykdommen.

Metode: Klassisk grounded theory. Studien er basert på 21 kvalitative forskningsintervjuer med 17 personer med multipel sklerose og deltakende observa-

DOKTORAVHANDLINGER

sjon på fem MS-skoler hvor cirka 50 personer med MS og 20 pårørende deltok.

Resultat: Gjennom studien kom det fram at personer med MS strever med å skape et godt liv med sykdommen gjennom en grunnleggende prosess kalt omlegging av livskurs. Prosessen beskrives gjennom fire faser: 1) Normaliseringsfokusering med strategiene distansering fra diagnosen, skjuling av diagnosen og sammenlikning med andre. 2) Endringsfokusering med strategiene akseptering av sykdommen, kompetanseutvikling for å håndtere sykdom og symptom og balansering mellom hensynet til sykdommen og egne behov for livsutfoldelse. 3) Mulighetsfokusering med strategiene søking etter alternative aktiviteter, verdiorientering, fellesskapsorientering og bruk av humor. 4) Motstands-fokusering med strategiene søking av fristed fra sykdommen, søking av støtte for å håndtere endringskrav, håpe på det beste og være positiv.

Konklusjon: Avhandlingen gir en felles begrepsramme for de prosessene personer med MS går gjennom når de prøver å leve et så godt liv som mulig med en MS-sykdom.



Kandidat:

SIREN E. KOUWENHOVEN

Tittel: Å leve med depresjon etter hjerneslag. Karakteristika og konsekvenser i et longitudinelt perspektiv

Arbeidssted: Høgskolen i Buskerud

Utgått fra: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap

Veiledere: Professor Marit Kirkevold, professor Hesook Suzie Kim og professor Knut Engedal

Disputas: 15. juni 2012

E-post: siren.kouwenhoven@hibu.no

> Bakgrunn: Depresjon etter hjerneslag oppstår hos 30 prosent av slagrammete, og er et alvorlig fenomen som kan forsinke og utfordre rehabiliteringsprosessen. Det er dessuten assosiert med selvmordsplaner og død. Lite forskning var gjort i forhold til erfaringene knyttet til depresjon etter hjerneslag.

Hensikt: Formålet med studien var å undersøke hva som er karakteristisk for depresjon etter hjerneslag og hvordan det er å leve med depresjon de første 18 månedene etter slaget. Hensikten var å få

mer og bredere kunnskap slik at helsetilbud og profesjonell støtte kan styrkes for denne gruppen.

Metode: Studien er bygd opp med tre delstudier: Delstudie 1 er en systematisk litteraturgjennomgang, mens delstudie 2 og 3 er basert på dybdeintervjuer med utgangspunkt i et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv, basert på Ricoeur og van Manen. Det er utført intervjuer av ni slagrammete, en, seks, 12 og 18 måneder etter slaget.

Resultat: Symptomer på depresjon og konsekvenser av hjerneslaget er vevd sammen. Depressive symptomer etter slag er sterkt knyttet til opplevelsen av tap, og kan være en normal sorgreaksjon hos den slagrammete. Livssituasjon, grad av nedsatt funksjon og sosial kontekst ser ut til å påvirke hvordan depresjonen endret seg over tid.

Konklusjon: Depressive symptomer etter hjerneslag kan være kritisk for liv og helse. Det er derfor viktig å ivareta og følge opp symptomer på depresjon hos slagrammete. Behandlingsapparatet trenger mer og bedre kunnskap og bør i større grad fokusere på den slagrammedes tap i bred forstand, og gi hjelp og støtte til mestring i hverdagslivet.



Kandidat:
INGRID RUUD KNUTSEN

Tittel: Å streve etter normalitet. Makt og empowerment ved behandling av pasienter med diagnosen sykkelig overvekt.

Arbeidssted: Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitetet i Oslo

Utgått fra: Det Medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Disputas: 1. juni 2012

Veiledere: Christina Foss og Laura Terragni

E-post: ingrid.ruud.knutsen@hioa.no eller i.a.r.knutsen@medisin.uio.no

> **Bakgrunn:** Innenfor helsefremmende arbeid forstås empowerment i dag som en tilnærming for å gi pasienter økt kontroll over beslutninger og handlinger som vedrører deres helse. Det er imidlertid grunn til å problematisere disse perspektivene på empowerment, og studien tar utgangspunkt i et behandlingsprogram for pasienter med sykkelig overvekt som bygger på empowermenttenkningens idé om å mobilisere pasientene som aktive deltakere.

Hensikt: Studiens hensikt er å diskutere hvordan kunnskap og

makt settes i spill når intensjonen er empowerment. Studien er inspirert av Foucaults forståelse av diskurs, makt og governmentality og analyserer hvordan empowerment fremtrer i behandlingsprogrammet, og hvordan empowerment virker på deltakere.

Metode: Studien er kvalitativ og empirisk og har et diskursanalytisk design. Det er utført en feltstudie med ikke-deltakende observasjon på et kurs i livsstilsendring og intervjuer med deltakere på fem ulike tidspunkt i behandlingsprosessen.

Resultat: Funnene peker på motsetningsfylte diskurser i programmet. På den ene siden søker kurset å fremme deltakernes autonomi og på den andre siden å fremme endringer i forutbestemte retninger. Utydelig disiplinering settes i spill for å optimere deltakernes evne til å handle i tråd med gjeldende diskurser. Livet som overvektig innebærer skam og isolasjon og deltakerne posisjonerer seg som avhengige av overvektskirurgi for å ende seg. For å tilpasse seg programmet og et «akseptabelt» ytre forhandler deltakerne om posisjon og identitet gjennom behandlingsprosessen. De konstruerer seg vekselvis som insidere og outsiders og som fanget i ambivalens mellom frihet og kontroll. Empowerment

forankres følgelig i individers evne til tilpasning og selvkontroll og kan forstås i lys av governmentality.



Kandidat:
MARIANN FOSSUM

Tittel: Elektronisk beslutningsstøttesystem i sykehjem

Arbeidssted: Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Utgått fra: Örebro Universitet

Veiledere: Professor Anna Ehrenberg og Professor Margareta Ehnfors

Disputas: 20. april 2012

E-post: mariann.fossum@uia.no

> **Bakgrunn:** Elektroniske beslutningsstøttesystemer integrert i den elektroniske pasientjournalen (EPJ) kan hjelpe helsearbeiderne med å organisere aktuell kunnskap, forskningsresultater og risikofaktorer på en måte som kan støtte pleien til pasientene. En forbedring av kvalitet og kontinuitet er dokumentert, men svært lite av denne forskningen er gjennomført innen sykepleietjenesten.

Hensikt: Den overordnede hensikt

DOKTORAVHANDLINGER

ten med avhandlingen har vært å undersøke sykepleiernes kliniske resonnering og bruk av vurderingsstrategier, samt å utvikle, implementere og frembringe erfaringer med bruk av et elektronisk beslutningsstøttesystem integrert i EPJ for å forebygge trykksår og underernæring i sykehjem.

Metode: Det ble gjennomført 30 «think-aloud-intervjuer» med sykepleiere og en kvasiekseptimentell intervensjonsstudie med totalt 15 sykehjem, to intervensjonsgrupper og en kontrollgruppe. Journalgranskning ble gjennomført på et utvalg av brukerjournaler. Totalt 25 ansatte fra fire sykehjem som hadde brukt den elektroniske beslutningsstøtten ble intervjuet i grupper, samt fem helsearbeidere gjennomførte en brukervennlighetstest av beslutningsstøtten.

Resultater: Sykepleierne viste en stor variasjon i bruken av vurderingsstrategier. Intervensjonsstudien viste en signifikant reduksjon i antall underernærte brukere i intervensjonsgruppen i forhold til mini nutritional assessment (MNA) skåren, mellom 2007 og 2009. Både innhold og sammenheng på dokumentasjonen, på de to utvalgte områdene forebygging av trykksår og underernæring, ble bedre. De ansatte rapporterte at den elektroniske beslutningsstøtten var lett å bruke og at det var

viktig at arbeidsmiljøet og lederne støttet opp om implementeringen.

Konklusjon: Avhandlingen viser at det er et potensial for å utvikle elektroniske beslutningsstøttesystemer for integrering i EPJ-systemene, men det stiller omfattende krav til utviklerne, helsearbeiderne og helsetjenesten ved både utvikling og implementering.



Kandidat:
AUD JOHANNESSEN

Tittel: Demens og folkehelse – med fokus på deltakelse i samfunnet

Arbeidssted: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse/Nordic School of Public Health NHV

Utgått fra: Nordic School of Public Health

Veiledere: Professor Anders Möller og Erstad Sköndal

Disputas: 20. juni 2012

E-post: aud.johannessen@aldringoghelse.no

> **Bakgrunn:** Antall personer med demens vil øke og de fleste er hjemmeboende. Demens påvirker hele familien og pårørende kan utvikle helseproblemer i tilknytning til omsorgsoppgavene.

Hensikt: Å få mer kunnskap om hvordan man kan tilrettelegge tjenester for å bedre hverdagen til familier med demens, og hvordan man kan tilrettelegge for økt deltakelse i samfunnet.

Metode: Avhandlingen omfatter fire i hovedsak kvalitative studier, gjennomført fra 2003–2011. Det ble intervjuet 20 yngre personer med demens (< 65 år), 19 støttekontakter og 35 ledere. Etter en psykoedukativ intervensjon og 12 måneder etter oppstart av denne intervensjonen, ble data innhentet fra 45 pårørende.

Resultat: Personene med demens beskriver prosessen fram imot en diagnose og hvordan det er å leve med demens. Støttekontaktene forteller hvordan de opplever arbeidsoppgavene i demensomsorgen, likeledes motiverende og demotiverende faktorer knyttet til det å være støttekontakt. Ledere i kommunene mener at faktorer som kunnskap og organisering i kommunen er bestemmende for at familier med demens får støttekontakt. Pårørende evaluerte intervensjonene som nyttige og denne effekten vedvarte. Pårørende hadde verdifulle forslag til utvikling av intervensjonene.

Konklusjon: Familiene, støttekontaktene og helsepersonells mening må lyttes til og vektlegges ved tilrettelegging av tjenester.



Contents >>

Editorial: Competence in community healthservice	203
Contributions:	
Laila Bokhari: Can we withstand the truth?	204
Kristin Halvorsen: Resource use at the end of life	207
Summarised research:	
Cochrane	208
Research news	212
Research articles:	
Are midwives working evidence-based? An clinical audit of cord clamping. By Katrine Aasekjær, Gro Jamtvedt og Birgitte Graverholt	214
The importance of post-natal women during the first period at home with a newborn. By Esther Hjålmhult og Toril Økland	224
Comment: New mothers need close monitoring. Av Bodil Erdal	231
Attitude and behaviour related to evidence-based practice.	
By Anne Kristin Snibjør, Nina Rydland Olsen, Birgitte Espehaug and Monica Wammen Nortvedt	232
Preventing antiseptic liquid urinary tract infections during indwelling urinary catheterization. By Arnhild Fredriksen and Monica Wammen Nortvedt	242
Comment: Proper care can prevent urinary tract infections. By Tom Moe Ringvold	251
Treatment of drug addicts with pain in hospital.	
By Rita Li, Randi Andenæs, Eva Undall and Dagfinn Nåden	252
Comment: Pain management of opiate addicts requires additional resources. By Nzigire Broome	261
CFS/ME patients' differing experiences with Lightning Process. By Anne-Grete Sandaunet and Anita Salamonsen	262
Healthcare documentation from an electronic coordination perspective. By Anne-Grethe Naustdal and Grete Nettelund	270
Comment: Difficult-to-change documentation practices. By Hildur Thingnes	278
What is professional home care? By Siri Tønnessen and Per Nortvedt	280
Research in practice:	286
Research Interview:	288
New and useful:	289



Innhold >>

Leder: Høyere kompetanse i kommunehelsetjenesten	203
Innspill:	
Laila Bokhari: Tåler vi sannheten?	204
Kristin Halvorsen: Ressurser ved livets slutt	207
Oppsummert forskning:	
Cochrane	208
Forskningsnytt	212
Forskningsartikler:	
Arbeider jordmor forskningsbasert? Klinisk audit av avnavlingspraksis. Av Katrine Aasekjær, Gro Jamtvedt og Birgitte Graverholt	214
Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. Av Esther Hjalmlhult og Toril Økland	224
Kommentar: Nybakte mødre trenger tett oppfølging. Av Bodil Erdal	231
Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. Av Anne Kristin Snibsøer, Nina Rydland Olsen, Birgitte Espehaug og Monica Wammen Nortvedt	232
Forebygger antiseptisk væske urinveisinfeksjon ved innleggelse av permanent urinkateter? Av Arnhild Fredriksen og Monica Wammen Nortvedt	242
Kommentar: Riktig stell kan motvirke urinveisinfeksjon. Av Tom Moe Ringvold	251
Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. Av Rita Li, Randi Andenæs, Eva Undall og Dagfinn Nåden	252
Kommentar: Smertebehandling av opiodavhengige krever ekstra ressurser. Av Nzigire Broome	261
CFS-/ME-pasienters ulike erfaringer med Lightning Process. Av Anne-Grete Sandaunet og Anita Salamonsen	262
Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Av Anne-Grethe Naustdal og Grete Nettelund	270
Kommentar: Vanskelig å endre dokumentasjonspraksis. Av Hildur Thingnes	278
Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Av Siri Tønnessen og Per Nortvedt	280
Forskning i praksis:	286
Forskerintervju:	288
Nytt og nyttig:	289