

# Forskning

04|12



Mannen  
og kallet

314



I Norge er om lag 10 prosent av autoriserte sykepleiere menn, mens andelen i Italia er 25 prosent. I denne utgaven av **Sykepleien Forskning** diskuterer forfatterne Solbrække, Fransson og Heggen mulige forklaringer og belyser dem med eksempler fra intervjuer med fire mannlige italienske sykepleiere. En av forklaringene deres er at arbeid med pleie og omsorg har mye sterkere verdi i Italia enn i Norge. Kanskje er dette også en grunn til at vi hører relativt lite om helsevesenet største profesjonsgruppe i Norge – sykepleierne?



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



**Liv Merete Reinar**  
Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



**Kristin Halvorsen**  
Førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole og Høgskolen i Akershus.



**Liv Wergeland Sørbye**  
Professor ved Diakonhjemmet høyskole 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 høyskole.

**Sykepleien Forskning** skal være den foretrukne kanal for å formidle forskning som er relevant for sykepleiere i praksis, for høyskoler og for studenter. 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@sykepleien.no

**Assisterende redaktører: Liv Merete Reinar**  
livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no  
**Kristin Halvorsen** kristin.halvorsen@ldh.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 2013:**  
**28/2, 9/5, 5/9, 5/12**  
**Abonnementspris: Kr. 280,- per år**  
**ISSN 1890-2936**

# Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Den siste tiden har Aftenposten beskrevet flere eksempler på hvordan intern uenighet mellom kollegaer ved OUS har fått konsekvenser for pasientbehandlingen. En pasient ble for eksempel vekket av narkose på Ullevål for å bli overført til Rikshospitalet. Der fikk pasienten ikke time til operasjon før en uke senere – og døde kort etter operasjonen. Historiene reiser viktige spørsmål: Har intern uenighet mellom kollegaer bidratt til uforsvarlig behandling av pasienten? Og påvirker slik strid pasientsikkerheten?

Helse- og omsorgsministeren lanserte i fjor en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Tall fra norske sykehus i 2010 indikerer at om lag 16 prosent av pasienter innlagt på sykehus enten får manglende behandling eller pådrar seg skade på grunn av behandlingen de mottar. Dersom dette tallet er korrekt, utsettes cirka 40 000 pasienter årlig for skade i møte med helsevesenet. Av disse dør 4000. Studier fra utlandet tyder på at halvparten av slike skader kan unngås. Hvordan kan man følge opp pasientsikkerhetsarbeidet på et sykehus med så sterke interne kollegiale stridigheter som det vi har lest om i Aftenposten? Og hvor lenge vil befolkningen finne seg i det relativt høye antallet presumptivt unødvendige pasientskader?

Her kan vi lære noe av andre. En sektor som er avhengig av svært liten risiko for uhell er flybransjen. Her arbeider man

intensivt med sikkerhet blant annet gjennom «crew management». Dette er et styringssystem som legger til rette for optimal bruk av alle tilgjengelige ressurser, inkludert utstyr, prosedyrer og sikkerhetsfremmende atferd. Personalet trenes i ferdigheter som gir bedre situasjonsforståelse, selvinnsikt, ledelse og kommunikasjon. Målet er å stimulere til en kultur hvor crew-medlemmene opplever frihet til å stille spørsmål i teamet uavhengig av medlemmenes formelle og uformelle autoritet. Avvik mellom hva som er planlagt og hva som faktisk skjer er den første indikatoren på mulige feil. Et godt gruppeklima og oppmuntring til å melde fra om avvik er således grunnleggende for å redusere risiko.

Opplysningene om kollegafeidene på OUS gir grunnlag for å stille spørsmål om kulturen i enkelte deler i helseforetaket ivaretar pasientsikkerheten på et nivå som samfunnet forventer. Skal pasientsikkerhetskampanjen bli vellykket er det ikke nok å screene pasienter for risiko. Det er også nødvendig at ledere og andre ansatte tar ansvar for å utvikle gode profesjonelle samarbeidskulturer. Alle grupper av helsepersonell som utgjør pasientenes behandlingsteam må inkluderes og avvikene personalet melder fra om følges opp.

*Anners Lerdal*



**Redaktør Anners Lerdal**

[anners.lerdal@sykepleien.no](mailto:anners.lerdal@sykepleien.no)

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

## – Å forske er kreativt arbeid

› Forskning kan bidra til å gjøre verden til et bedre sted å leve.

Som student valgte jeg å ta et pauseår fra studiet for å forske. Temaet var en muskelskade ved fødsel som gjør at kvinner blir inkontinente for luft eller avføring. Det var mye arbeid, men gevinsten var stor da jeg mange måneder senere møtte igjen noen av kvinnene som i mellomtiden hadde blitt operert for etterskader. Et par av dem kommer jeg aldri til å glemme: De strålte over å ha blitt kvitt en forferdelig plage som de også skammet seg over.

### VERDIFULL ERFARING

I tillegg til vissheten om å ha bidratt til at noen fikk et bedre liv, var det flere grunner til at forskningen følte verdifull. Jeg fikk innsikt i hvordan man må jobbe for å få ut gode resultater. Vi trengte et visst antall kvinner for å vise at det var et mønster og ikke tilfeldigheter som var årsak til plagene og behandlingsresultatene. Jeg reiste rundt og presenterte resultatene på

fagmøter og kongresser. Dette ga meg erfaring og pågangsmot på veien videre. Jeg satte også stor pris på min veileder, relasjonen var viktig under selve arbeidet, men også lenge etterpå. Det har gjort at jeg alltid siden har vært opptatt av verdien og mulighetene som ligger i å satse på veiledning. Jeg anbefaler forskning på det varmeste.

### MILEPÆLER

Essensen i forskning er å finne ut mer for å utvikle og forbedre. Medisinsk forskning søker å finne svar på hvorfor vi blir syke og hvordan vi best kan behandle, lindre og helbrede. Denne forskningen er eldgammel, og det har vært mange milepæler på veien fram til i dag. Kunnskap og forståelse om mennesket skjøt fart da renessanseleger begynte å obduere menneskelig. På 1600-tallet gjorde oppfinnelsen av mikroskopet at man plutselig kunne observere mikroorganismer direkte, og man

begynte å forstå hvilken rolle de spilte for sykdom. På 1900-tallet ga framskritt i kjemi og laboratorieteknikk nye muligheter til å behandle infeksjoner. Kontroll av infeksjonssykdommer har hatt enorm betydning for vår levestandard.

### BLINDTARMEN

Før 1885 var døden det forventede utfallet av blindtarmbetennelse, og det var et grensesprengende framskritt da den første vellykkede operasjonen for dette ble gjennomført nettopp det året. I våre dager utvikles teknikken «minimal invasiv kirurgi» raskt. Det betyr at flere kirurgiske prosedyrer krever mindre inngrep. Det gir færre komplikasjoner og kortere rekonvalesenstid slik at flere kommer raskt tilbake til vanlige liv. Det er også fantastisk at hjerteklaffer nå kan skiftes via blodårer. Denne beundringsverdige utviklingen skyldes iherdig jobbing, sterke



Foto: Den norske legeforeningen

” Jeg anbefaler forskning på det varmeste.

ønsker om å forbedre og mange timers utrettelig forskning.

#### RØYKING

Så er det viktig å peke på hvor lang tid det kan ta fra ny kunnskap er etablert og til den blir allment akseptert og fører til endringer. På 1920-tallet framla forskere teorier om helseskader av røyking. Teoriene ble ikke støttet med tyngde før på 50-tallet, og det tok tjue år til før erkjennelsen av hvor skadelig røyk faktisk er slo rot. Vi er nå over toppen av antall dødsfall av lungekreft for menn. For kvinner har vi ikke nådd toppen, og fremdeles røyker 16–17 prosent av alle nordmenn. Det har gått 100 år.

#### MAGESÅR

Et annet eksempel er funnet av *Helicobacter pylori* som årsak til magesår. To australske leger oppdaget dette i 1982. Interesse og støtte lot vente på seg, og det gikk 17 år til de i 2005 fikk Nobelpri-

sen i medisin for dette. På den ene siden skal vi føle oss trygge på at det vi gjør av diagnostisering og behandling er så riktig som mulig. Vi må ha godt faglig grunnlag basert på forskning og dokumentasjon og det tar tid. Vi bør heller ikke hoppe på alle nye og dyrere medikamenter som produseres uten at vi føler oss sikre på at de faktisk er bedre enn dem vi har fra før. På den andre siden må vi ha en sterk bevissthet om at vi mangler mange svar og at vårt verdensbilde høyst sannsynlig vil endre seg med tiden. Vi må ha mot til å forkaste det vi tidligere har trodd og ment til fordel for nye og bedre måter å tenke og forstå på.

#### VIKTIG ROLLE

Medisinsk forskning har en sterk og viktig rolle i samfunnet. Kvalitet og pasientsikkerhet er helsepolitiske satsinger, og all behandling som gis må være så god som mulig, sånn at alle kan føle seg trygge og ivaretatt

i de mest sårbare situasjonene mennesker kan være i. Moderne medisin skal være kunnskapsbasert, og forskningen utgjør en viktig del av denne kunnskapsbasen. Det gjelder både i arbeidet med å frambringe ny kunnskap og i kvalitetssikringen av den kunnskapen vi allerede har. Samfunnets behov og prioriteringer kartlegges og følges av krav om å forske der behovene er størst. Så er det også viktig å beholde mulighet og rom til fri forskning, det å kunne fortsette et arbeid som plutselig tar en uventet retning. Forskere er som små fabrikker som produserer kunnskap og forståelse. Av og til oppdages noe helt nytt, og av og til hender det at nettopp dette er noe vi har bruk for og som bringer oss mange skritt videre. Dette er kreativt arbeid, en fantastisk egenskap ved mennesket, og det må bevares og dyrkes, fordi det er med på å skape en verden det er enda bedre for enda flere å leve i.



## 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

**Anne Moen**

Professor, avdeling for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo.

Foto: Erik M. Sundt



# Slepp fram talenta!

## > Gode pasientresultat avheng av at vi rekrutterer nye forskartalent.

I helsetenesta er det store og interessante utfordringar der sjukepleiere gir avgjerande bidrag til at pasientane oppnår best mulige resultat. Utfordringane aukar i takt med spesialisert og avansert helsehjelp, alle som lever lengre med fleire kroniske sjukdommar, aukande andel eldre og fleirkulturelle, samtidig som stadig fleire tenester ytes i folk sin heim. Det er sjølsagt behov for fleire til å yte helsehjelp på alle tenestnivå, men løysingane ligg nok ikkje bare i fleire hender til å hjelpe og fleire føtar som spring fortare. Vi må rett og slett finne ut korleis vi kan arbeide smartare!

For å arbeide smartare er det avgjerande at kunnskap og akkumulert erfaring som sjukepleiere kollektivt forvaltar kompletterast med ny, systematisert forskningsbasert viten. Kunnskapsbaserte tenester, for å førebygge helseplager, iverksetje tidleg intervensjon,

gi omsorgsfull helsehjelp ved akutt sjukdom, rehabiliterer eller lære å leva med kroniske helseplager, forutset at målretta forskning aktivt tas i bruk i praksis. På kort sikt betyr det tid til personleg kunnskapserving, hensiktsmessig organisering for kontinuitet og kvalitet i alle ledd, og IKT-system med funksjonar som gir reell støtte for arbeidet ein skal gjere. Minst like viktig er kunnskap om korleis ein systematisk utviklar viten og bruker anerkjente metodar slik at kompetanse, tilgjengeleg kunnskap og erfaring i sum utviklar klinisk praksis.

Skal vi lykkast i slik praksisutvikling må forskning og fagutvikling setjast høgt på dagsorden. Rekruttering til master- og doktorgradsutdanning er sentralt fordi slik kompetansebygging krev tid, ressursar, talent og rollemodellar. På same måte som det er allment akseptert at

det tar tid å kvalifisere seg til ein reflektert praktiker eller anerkjent leiar, tar det tid og innsats å opparbeida nødvendig kunnskap, erfaring og anerkjennelse innafor det forskningsfeltet ein gir seg i kast med. Etter mitt syn bør derfor rekruttering til forskerutdanning starte i bachelorutdanninga. Det betyr å oppfordre til å halde fram med mastergrad for å kvalifisere seg til doktorgradsstudie. Det betyr også at vi som etablerte forskere utviklar forskningsprosjekt og -miljø der ein kan delta og starte forskerkvalifisering medan ein enno er tidleg i yrkeskarriera. Skal vi som fag- og kunnskapsfelleiskap arbeide smartare og bidra til å løyse framtidens oppgaver tilfredsstillande, vil gode pasientresultat i siste instans avhenge av kollektiv innsats for å rekruttere, motivere og drive dei unge forskertalenta fram!

## SONDEERNÆRING:

# Uklart hvilken metode som er best

Resultatene fra en ny Cochrane-oversikt viser at det er forsket svært lite på noe sykepleiere på nyfødteksjoner gjør hver dag. Sondeernæring til premature barn er etablert og ganske vanlig praksis, men vi vet ikke om det er best å bruke aktivt press «push feeds» eller tyngdekraften «gravity feeds» når barna får mat. I dag varierer praksis og baserer seg i stor grad på erfaring, egne preferanser og tradisjoner.

Barn som er født for tidlig (før 37 uker) kan ha problemer med å koordinere suging, svelging og pusting, noe som gjør at de trenger å få noen eller alle måltider via sonde. Måltider via sonde kan gis med aktivt press ved hjelp av en sprøyte eller ved at den renner ned ved hjelp av tyngdekraften. Forfatterne av denne systematiske oversikten ønsket først og fremst å finne ut om det var forskjell mellom metodene for mating, på hvor lang tid det tok før barnet tålte fulle måltider og på matintoleranse. Videre ønsket de å finne effekten på apnoe, bradykardi, respirasjonssymptomer, komplikasjoner, tid til barnet tok igjen fødselsvekt og lengde på sykehusopphold.

### HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte én studie som sammenliknet det å presse melken inn i barnet med å la den

synke inn ved hjelp av tyngdekraften og fant følgende resultater:

- Det var en trend mot høyere respirasjonsrate ved 10 til 30 minutter etter aktivt «press»
- Ingen statistisk forskjell for hvor lang tid måltidene tok
- Bradykardi ble observert hos noen få barn i begge grupper under og like etter måltidene

### HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over kontrollerte studier som har undersøkt effekten av «push feeds» og «gravity feeds» (Dawson 2012). Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, kontaktet eksperter, sjekket konferanseabstrakt og fant bare én studie fra 1994 med til sammen 31 pasienter. Denne studien er heftet med flere problemer og er av metodisk lav kvalitet. Den målte effekten av «push feeds» og «gravity feeds» på respirasjonsrate, hjerterefrekvens og apnoe.

### BEHOV FOR MER FORSKNING

Sondeernæring ved måltider er veldig vanlig på nyfødteheter. Det er behov for en randomisert kontrollert studie som evaluerer fordeler og ulemper ved å bruke aktivt press eller tyngdekraft i sonden ved disse måltidene. Nyfødte burde i en slik studie bli stratifisert

etter svangerskapsalder (før eller etter 32 uker) og fødselsvekt (over eller under 1500 gram). Man bør gjøre subgruppeanalyser hvor man ser på sondens størrelse, barnets leie og hvor lang tid måltidet tar totalt sett. Studien bør inkludere tilstrekkelig antall nyfødte for å kunne måle viktige utfall som matintoleranse og tid det tar å etablere full sondeernæring. Det finnes en annen Cochrane-oversikt som har sammenliknet effekten av kontinuerlig mating via sonde med sondemåltider til gitte tidspunkt (Premji 2011).

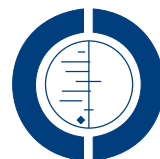
### KILDE

Dawson JA, Summan R, Badawi N, Foster JP. Push versus gravity for intermittent bolus gavage tube feeding of premature and low birth weight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11.

Premji SS, Chessell L. Continuous nasogastric milk feeding versus intermittent bolus milk feeding for premature infants less than 1500 grams. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11.

Skrivet av Liv Merete Reinar,

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



THE COCHRANE  
COLLABORATION®





Illustrasjon: Lene Ask

# Sykepleieoppfølging kan hjelpe pasienter med nyoppdaget kreft

Det er stor variasjon i forskning som har vurdert effekten av psykososiale tiltak – gjerne former for samtaleterapi, overfor pasienter med nyoppdaget kreft. Men det ser ut til at tiltak gitt av sykepleiere, som informasjon og støttende oppmerksomhet på individuell basis til personer med brystkreft, kan ha positiv effekt på pasientenes humør.

En kreftdiagnose kan være en følelsesmessig utfordring. I Storbritannia anbefaler nasjonale retningslinjer at alle individer med nyoppdaget kreft skal vurderes for følelsesmessige problemer og få tilgang til passende psykologiske støttetiltak. Det er ikke klart hva innholdet i eller formen på de psykososiale tiltakene skal være. Forfatterne av denne systematiske oversikten ønsket å vurdere effekten av individuelle psykososiale tiltak, som samtaleterapi, gitt det første året etter en kreftdiagnose.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte 30 studier som sammenliknet ulike psykososiale tiltak med vanlig praksis eller annen form for oppfølging og fant følgende resultater:

- Det var liten eller ingen for-

skjell mellom gruppene når det gjaldt generell livskvalitet etter seks og ni måneder

- Det var noe bedre livskvalitet når effekten ble målt med kreftspesifikke måleinstrumenter.
- Det var bedring i psykologisk «distress», målt ved humør («mood measures»).
- Det var liten eller ingen forskjell på depresjon og angst.
- Psykoedukative og sykepleielede tiltak gitt ansikt til ansikt eller over telefon, hadde en liten positiv effekt på livskvaliteten til brystkreftpasienter.

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av psykososiale tiltak på individuell basis mellom en «opplært hjelper» og en person med nylig diagnostisert kreft. Forskerne inkluderte kun studier som hadde målt livskvalitet (QoL) og/eller psykologisk «distress». Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant 30 studier med til sammen 1249 pasienter. Studiene ble publisert mellom 1981 og

2008. Studiene hadde stort sett moderat til lav metodisk kvalitet, men hadde undersøkt svært mange ulike former for tiltak. Pasientgruppen er også heterogen med ulike sykdommer og risikofaktorer. Forfatterne av oversikten sier at i lys av det vi vet til nå er det ikke nok evidens til å støtte innføring av individuelle psykososiale tiltak for å bedre livskvaliteten til kreftpasienter. Likevel konkluderer de forsiktig med at disse tiltakene antakelig er positive for kreftpasienters livskvalitet.

## KILDE

Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11.

Skrevet av Liv Merete Reinart,  
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.

## Forekomst av delirium på intensivavdelinger

Tjuetre prosent av alvorlig syke pasienter på to intensivavdelinger som var intuberte skåret positivt på delirium. Hilde Wøien og kollegaer har gjennomført denne studien. Hensikten deres var å teste ut nyt-

teverdien av vurderingsinstrumentet Confusion Assessment Method for intensivavdelinger (CAM-ICU) og beskrive forekomst av delirium hos kritisk syke pasienter på norske sykehus.

Studien hadde et prospektivt beskrivende design og ble gjennomført på to sykehus. Pasienter som var intubert eller ventilerte på maske, var mellom 18 og 80 år og hadde vært innlagt mer enn 48 timer på intensivavdelingen, ble inkludert i studien. CAM-ICU er utviklet slik at klinikere kan vurdere pasienter etter kun minimal opplæring. Pasientene ble vurdert tre ganger i døgnet og ble gitt diagnosen delirium hvis de møtte tre av fire kriterier på delirium vurdert med hjelp av CAM-ICU. Prosjektleder og fire andre sykepleiere skå-

ret pasienter på det ene sykehuset, mens to andre sykepleiere var tilgjengelig for å veilede klinikerne som skåret pasienter på det andre sykehuset. Hele 139 pasienter ble undersøkt over totalt 958 liggedøgn. Forekomsten av delirium var 23 prosent. Tretti prosent av pasientene, hvilket representerte 407 liggedøgn, kunne ikke vurderes. Dette skyldes i hovedsak at de var for dypt sederte. Hvis pasientene som ikke kunne vurderes ble ekskludert fra analysene var forekomsten av delirium 33 prosent.

### REFERANSE:

**Wøien H, Balsliemke S, Stubhaug A.** The incidence of delirium in Norwegian intensive care units; deep sedation makes assessment difficult. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012.

### KOMMENTAR

Studien avdekker problemer med å diagnostisere delirium hos alvorlig syke og sederte pasienter. Dette er også en gruppe som trolig er utsatt for helsekomplikasjoner som konsekvens av delirium. Tidligere studier har vist at sammenliknet med dem som ikke har delirium har pasienter med delirium for eksempel økt risiko for forlenget sykehusopphold og mortalitet. Studien beskriver begrensninger CAM-ICU har ved deliriumdiagnostisering til sederte pasienter.

## Et nettbasert informasjonstilbud til pasienter med kreft

Et nettbasert informasjonstilbud drevet av kreftsykepleiere kan dekke et udekket informasjonsbehov hos pasienter med kreftdiagnose. Slik konkluderer forfatterne som undersøkte bruken av og innhold i e-postmeldinger mellom pasienter med en

kreftdiagnose og sykepleiere for å få «øyeblikksbilder» av hvordan det er å leve med kreft.

Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt til å analysere 276 anonyme e-postmeldinger fra 60 pasienter med bryst- eller prostatakreft til

kreftsykepleiere. Studien er en del av en større randomisert studie som tester ut om et internettbasert veiledningssystem bidrar til å redusere ubehag og øke livskvaliteten hos kreftpasienter. Pasientene var rekruttert gjennom avisannonser

> 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 [anners.lerdal@sykepleien.no](mailto:anners.lerdal@sykepleien.no)

## Pårørendes erfaringer når partner får hjertestans

En blanding av frykt og lettelse var følelsene pårørende satt igjen med etter at deres nærmeste hadde hatt hjertestans og gjennomgått hypotermibehandling.

Dette var et av de sentrale funnene i studien som hadde til hensikt å undersøke hvordan partnere av pasienter som hadde hjertestans og påfølgende hypotermibehandling hadde erfart behandlingen på intensivavdeling. Ved hypotermibehandlingen senkes pasientens kjernetemperatur til mellom 32 og 34 grader Celsius i 12 til 24 timer. Behandlingen foregår på intensivavdelingen hvor pasientene er sederte og får respiratorbehandling.

Studien hadde et kvalitativt fenomenologisk design. Data ble samlet inn gjennom ni dybdeintervjuer fem og 12 måneder etter sykehusinnleggelsen. Partnere til pasienter som hadde overlevd hjertestans og hadde gjennomgått hypotermibehandling uten alvorlige hjerneskader ble invi-

tert til å delta. Intervjuene varte fra 40 til 100 minutter. De ble spurt om å beskrive sine erfaringer med pasientens hjertestans og behandlingen vedkommende fikk. Pårørende fikk også spørsmål om hvordan de erfarte det teknologiske miljøet, hvordan det var å berøre den nedkjølte kroppen og selve oppvåkingsfasen. Intervjuene ble transkribert og siden analysert ved hjelp av Giorgi sin fenomenologiske metode.

Åtte av deltakerne var kvinner og deres alder varierte fra midten av tjuetårene til syttiårsalderen. Analysen resulterte i følgende seks hovedtemaer: Vetskremt etter å ha vært vitne til hjertestans, ambivalens mot rommet på intensivavdelingen og den kalde kroppen, behov for ærlig og realistisk informasjon, å vente på oppvåkningen, det sosiale nettverket som støtte og byrde, og den skremmende hjemkomsten. Forfatterne skriver at det sentrale funnet

omhandlet partnernes erfaringer av både frykt og lettelse etter at deres nærmeste hadde gjennomgått hjertestans og hypotermibehandling. Noen partnere opplevde en følelse av skyld etter gjenopplivingen, og da særlig under oppvåkingsfasen. Etter utskrivning opplevde partnerne angst.

**REFERANSE:**

Holm MS, Norekvål TM, Falun N, Gjengedal E. Partners' ambivalence towards cardiac arrest and hypothermia treatment: a qualitative study. *Nurs Crit Care* 2012;17:231-8.

Studien beskriver viktige erfaringer til nære pårørende som har opplevd en dramatisk og stressende situasjon med intensiv medisinsk behandling. Det viktig å få kunnskap om hvordan pårørende faktisk opplever dette for at helsepersonell kan tilpasse informasjon og oppfølging deretter.

KOMMENTAR

og informasjonsmateriell til Kreftforeningen. Gjennomsnittsalderen til deltakerne var 52 år og 63 prosent var kvinner.

Vanligvis beskrev pasientene hvordan sykdomsforløpet deres hadde vært etter at de fikk kreftdiagnosen. De skrev også om behandling og resultat av blodprøver. Lengde på tekstene varierte fra et kort spørsmål med få ord til lengre fortellinger om opplevelser og erfaringer på om lag en side.

Analysen av tekstene resulterte i

fire hovedtemaer: Å leve med symptomer og bivirkninger, å leve med frykt om tilbakefall, bekymringer for hverdagen og udekket behov for informasjon fra helsepersonell. Pasientene beskrev opplevelsen av å være i «et tomrom» etter å ha blitt utskrevet fra sykehuset og med et stort udekket informasjonsbehov.

**REFERANSE:**


Grimsbø GH, Finset A, Ruland CM. Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through E-mail

communications with oncology nurses. *Cancer Nurs* 2011;34:107-16.

Studien beskriver eksempler på nettbasert informasjonsutveksling drevet av kreftsykepleiere som kan være et bidra og supplement til tradisjonell pasientopplæring som gis av sykepleiere og annet helsepersonell. Studien gir innblikk i utviklingen av et pasientopplæringsprogram som tar i bruk ny teknologi.

KOMMENTAR





> MENN I SYKEPLEIEN:

# HØYERE STATUS I ITALIA



Illustrasjonsfoto:  
Erik M. Sundt



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** I det norske samfunnet generelt og norsk arbeidsliv spesielt, er det sterke normer om likestilling mellom kjønnene. Hva er det da som gjør at Norge i flere tiår kun har hatt under ti prosent mannlige sykepleiere?

**Hensikt:** Hensikten er å gi impulser til nye analytiske spørsmål vedrørende den manglende rekrutteringen av mannlige sykepleiere i Norge.

**Metode:** Studien i artikkelen bygger

på kulturanalytiske tradisjoner med bevisst bruk av kontekstualisering og komparasjon. Datamaterialet er utviklet gjennom kvalitative dybdeintervjuer med mannlige sykepleiere i Italia og uformelle samtaler med nøkkelpersoner innenfor det italienske helsevesenet. Analysen av intervjuene har en narrativ orientering.

**Resultat:** Artikkelen viser hvordan mannlige sykepleiere i Italia søker og bekjenner seg til yrket

gjennom en tydelig kallsorientering.

**Konklusjon:** Funnene i studien utfordrer inngrodde forestillinger om at sykepleierkallet er kvinnespesifikt. For det andre underbygger den forståelsen om at den lave andelen menn blant norske sykepleiere er en kulturell og ikke en naturgitt situasjon. Sist, men ikke minst skaper den grunnlag for å tro på at en mer kjønnsbalansert sykepleie i Norge er mulig å få til.

## ENGLISH SUMMARY

### Italian male nurses stories of their profession

**Background:** For decades, recruitment of men to the nursing profession has been less than ten percentage. What factors contribute to this steady low recruitment of men to nursing in Norway?

**Objective:** The article aims to promote discussion and new analytical questions about the low percentage of men in the Norwegian field of nursing.

**Method:** The study is based upon cultural analytical traditions. The data material is developed through qualitative in-depth interviews with male nurses in Italy, plus informal conversations with key members of the Italian health care system. The data analyses have a narrative approach.

**Results:** Male nurses in Italy profess an ethical calling to becoming a nurse.

**Conclusion:** First, this finding chal-

lenges the notions that the call to become a nurse is gender specific and solely related to females. Second, it supports the assumption that the small minority of men in the Norwegian nursing population is culturally constructed. Most important, the study provides reasons to believe that it is possible to achieve gender balance in the Norwegian nursing profession.

**Keywords:** Gender, recruitment, culture, qualitative methods



## MANNEN OG KALLET

# » En kulturanalytisk studie av mannlige italienske sykepleieres yrkesidentitet

Forfattere: Kari Nyheim Solbrække, Elisabeth Fransson og Kristin Heggen

### NØKKELORD

- Kjønn
- Rekruttering
- Kultur
- Kvalitativ studie

### INTRODUKSJON

«En mann føler seg alltid viktig når han er på jobb og prøver å ta vekk byrden av det fysiske arbeidet fra de kvinnelige kollegaene. Ofte sier jeg; Bare rop når det er mannfolkarbeid. Når det er kvindefolkarbeid sier jeg; gjør det dere! Kvinnelige sykepleiere er mer tilpasset familien, hun har også en jobb hjemme. Mennene greier å forstå at kvinnene er mødre, derfor hjelper de til».

Denne artikkelen bygger på en kulturanalytisk studie av italienske mannlige sykepleiere og deres yrkesidentitet. Hensikten er å gi impulser til nye spørsmål omkring den lave andelen mannlige sykepleiere i Norge.

En av de mest framtrædende sidene ved det norske samfunnet generelt og norsk arbeidsliv spesielt, er sterke normer om like-

stilling mellom kjønnene. Det har lenge vært et uttalt politisk mål å arbeide for økt kjønnsbalanse i arbeidsliv og utdanning (1-2). Forståelsen av kjønn som ligger til grunn for denne politikken er at selv om kvinner og menn er biologisk forskjellige, så skal de likevel betraktes som potensielt sett likt utrustet med egenskaper og talent.

Dette synet har etter hvert blitt så selvsagt i norsk offentlighet at det svært sjelden reflekteres som akkurat det, nemlig spesifikt norsk. Denne selvsagtheten gjør også at man lett tar for gitt at idealene avspeiler praksis. Man skal heller ikke dra langt før man finner samfunn hvor forståelsen av kvinner og menns vesen er radikalt annerledes enn hva det offisielle Norge målbærer. Det innledende utsagnet fra en mannlige italiensk sykepleier bekrefter dette. Her blir en antatt iboende og gjensidig utfyllende forskjell mellom kvinner og menn framsatt som et premiss for sosial interaksjon. Motsatt av i det moderne Norge snakker man betydningene av kjønn i dette tilfelle fram

som noe som både gjør og skal utgjøre en forskjell. Altså, en komplementær kjønnsforståelse. Et annet utsagn fra en italiensk mannlige sykepleier gir ytterligere liv til denne forståelsen:

«For å være ærlig liker jeg best å arbeide med menn. De får ikke barn, sladrer ikke. De kvinnelige sykepleierne er mer sladrete, men også mer forberedte og mer seriøse. Menn må følges mer opp».

Gjennom utsagn som dette

### Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser hvordan mannlige sykepleiere i Italia bekjenner seg til faget gjennom en form for kall og at fraværet av menn i norsk sykepleie er en kulturell og ikke en naturgitt situasjon

### Mer om forfatterne:

Kari Nyheim Solbrække er dr.polit. og førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, UiO. Elisabeth Fransson er dr.polit. og førsteamanuensis ved Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS). Kristin Heggen er dr.polit. og professor ved Institutt for helse og samfunn, UiO. Kontakt: k.n.solbrække@medisin.uio.no.

møter vi på sett og vis et Italia i miniatyr. Men hva er det egentlig som gjør at Italia har 25 prosent mannlige sykepleiere mens Norge i flere tiår har hatt under ti prosent (3)? I motsetning til Norge har Italia lenge hatt alvorlige økonomiske problemer med svært høy arbeidsledighet. Disse forholdene gjør sykepleie til et relativt sett trygt yrkesvalg. Jobbetingelsene i den italienske helsesektoren for sykepleiere er likevel kompliserte. Særlig i Sør-Italia hvor regionenes økonomi

heng (7). I Italia er altså tilliten til det politiske systemet, og statens evne til å ta seg av de svakeste, relativt beskjeden. Samtidig har Italia en betraktelig høyere andel mannlige sykepleiere enn man har i Norge (8). Dette er en kontrast som sporer til nærmere utforskning; hva henger den sammen med?

Italia har en populasjon på nærmere 60 millioner innbyggere og er et land med store motsetninger og spenninger. Videre er Italia et katolsk land.

” De kvinnelige sykepleierne er mer sladrete, men også mer forberedte og mer seriøse.

er stram. Selv om det er et mål å ansette helsepersonell fast, har Parlamentet sett det nødvendig å innføre en foretaksmodell i sykehussektoren hvor sykepleiere leies inn i stedet for å bli fast ansatt på et sykehus. I disse dager reduseres pengeoverføringene til italienske regioner kraftig (4), og ansettelsesstopp gjør at de som nå går over i pensjon ikke erstattes. Et annet aspekt som kan ha forsterket sykepleiers status i Italia, er at i 1992 ble sykepleieutdanningen lagt til universitetene.

Er så motivasjonen for å velge sykepleie for italienske menn kun det å ha et rimelig sikkert og respektabelt yrke, slik disse opptrukne rammebetingelsene kan få en til å tro? Vi mener blikket må utvides ytterligere. Som kjent har italienere tradisjonelt sett hatt liten tillit til det politiske systemet (5), mens familie, slektskap og nettverk dyrkes (6). I kontrast til dette preges Norge av en ekstrem høy grad av tillit til velferdsstaten, inkludert en sterk oppslutning om omsorgsyrkene. Dette gjør Norge og norske politiske verdier unike i historisk og kulturell sammen-

Dette handler både om individuell tro, men også om at Kirken har presset staten til å garantere visse velferdsgoder til alle og således influert statsstrukturene (9). Noe som særlig skiller Italia fra Norge, er den svært familiebaserte helse- og sosialpolitikken. Det er familien som utgjør det økonomiske sikkerhetsnettet (6). I en tid da sykehusene har få sykepleiere, er det ikke uvanlig at familien hjelper til i forbindelse med måltider og stell. Familien og sosialt nettverk som garantist for god helsehjelp, er helt fundamental. Dette omfatter finansiering av utdanning, stell og ivaretagelse av eldre familiedlemmer og pass av barn. Til sammen markerer disse aspektene en klar forskjell til den norske velferdsstaten hvor man ikke bare har en rekke rettigheter, men gjerne unngår å be familie og kjente om hjelp, også ved sykdom (6). Som vi kommer inn på, får denne siden av samfunnet også en klar betydning for hva det vil si å være sykepleier.

Selve sykepleierutdanningen i Italia har også sine særegenheter. Frem til slutten av 1800-tal-

let fantes det kun korte kurs for sykepleiere i Italia, oftest reservert for religiøse og døtre i rike familier. Kursene var ikke regulerte av lover og innbefattet lite teknisk og vitenskapelig kunnskap. Den første sykepleierskolen i Italia var Croce Azurra eller Blue Cross, i Napoli, grunnlagt i 1896. I 1906 ble nok en skole grunnlagt i Roma, knyttet til det franske Røde Kors, hvor ideen om caritas var sterk. Skolen utdannet religiøse kvinner og kvinner fra rike familier. I 1925 kom den første loven som regulerte moderne sykepleie i Italia. I 1929 kom mer spesifikke detaljer vedrørende organiseringen av skolene og i 1971 kom loven som formelt sett åpnet opp sykepleierstudiet for menn. Det er altså likevel på det rene at en rekke menn i Italia lenge forut denne lovendringen, praktiserte sykepleie (eksakte tall, foreligger ikke). En hovedgrunn er at det fantes to utdannings- og karriereveier innenfor sykepleie; en statlig og en som var knyttet til humanitære og religiøse organisasjoner og regionale initiativ. På starten av 90-tallet fantes det 502 regionale skoler for sykepleiere med ulike spesialiteter.

## TEORI OG METODE

Studien denne artikkelen bygger på er fundert i kulturanalytiske tradisjoner med bevisst bruk av kontekstualisering og komparasjon. Innen denne tradisjonen tar man utgangspunkt i et komplekst og refleksivt kulturbegrep. Videre kjennetegnes denne tradisjonen ved at det som mer spesifikt studeres, undersøkes som kultur (10-11). Det kan for eksempel dreie seg om å betrakte mannlighet og kvinnelighet som kulturelt formet, noe som sammenfaller med nåtidens kritiske forståelser av kjønn. Det

kan også være å se på verdier, kunnskap, utdanningsvalg og yrkesidentitet som komplekse og refleksive kulturfenomener. Også de metodiske valgene i denne tradisjonen anses som kulturelt preget, blant annet ved en sterk erkjennelse av at kunnskapen man produserer er uløselig bundet til og filtrert gjennom forskerens kulturelle, så vel som teoretiske ståsted. Førsteforfatter av denne artikkelen er sosiolog og kjønnsforsker som er rekruttert inn i sisteforfatteres studier av norsk sykepleie og sykepleierutdanning. Begge er etnisk norske og hadde forut for denne studien små forhåndskunnskaper om Italia. Men i likhet med andreforfatter har de øvrige forfatterne betydelig erfaring med forskning knyttet til sosiale normers betydning som grunnlag for inklusjon og eksklusjon innen utdanning, helsevesen og arbeidsliv. Fransson har i tillegg hatt et ett års utenlandsstipend i Italia finansiert av NFR (6). Hun har levd i Italia i mange år, snakker flytende italiensk og kjenner godt organiseringen av helsetjenesten og italiensk kultur.

#### DATA

Studien bygger på ulike typer data frambrakt gjennom samtaler med forskere og administratører ved to sykehus i Roma og dybdeintervjuer med til sammen fem sykepleiere, fire menn og en kvinne. Intervjuet med den kvinnelige informanten er ikke del av resultatene i denne artikkelen. Alle informantene er rekruttert fra det samme sykehuset i sentrum av Roma. Forskningslitteratur om sykepleiere i Italia og kontekstuelle data i form av statistikk og bakgrunnsmateriale knyttet til helse- og utdanningsreformer innenfor

sykepleierfeltet, er også en del av dataene våre. Vi har analysert intervjuene i lys av en spesifikk italiensk kontekst og samtidig latt dette speile vårt eget norske forskerblikk. Denne formen for komparasjon mener vi både har gitt ny kunnskap om mannlige sykepleiere i Italia, samt viktige innspill til en utvidet forståelse av menns posisjon i norsk sykepleie.

Betydningen av sosiale nettverk er en svært karakteristisk side ved Italia og har preget utformingen av dette forskningsprosjektet. Gjennom forskningsdirektøren i FIASO og andreforfatters nettverk fikk vi etablert direkte kontakt med direktøren ved et stort sykehus i Roma. Han fungerte som døråpner og hjalp til med å rekruttere sykepleiere som hadde vært heldtidsansatt ved ulike avdelinger (gynekologi, intensiv og medisin) i minst fem år. I løpet av den tiden vi tilbrakte ved sykehuset fikk vi en innføring i sykehusets historie, behandlingsfilosofi og personellsituasjon, samt en omvisning på sykehuset. Intervjuene foregikk på italiensk, med enkelte innslag av engelsk. Underveis i intervjuene oversatte den italiensktalende i forskergruppen løpende til de to andre forskerne. Disse «intermessoene» ble ofte fulgt opp av korte samtaler mellom oss tre som igjen utløste nye spørsmål til den som ble intervjuet. Slik ble intervjuene eksempler på kulturelle møter som åpnet og utvidet forståelser av sykepleierfeltets kulturelle rammer og meningsdimensjoner. Under intervjuene bestrebet vi oss på å utdype kunnskap vi hadde fått i de foregående intervjuene. Datainnsamlingen fikk dermed et dynamisk preg hvor etablerte forståelser ble satt i spill. Inter-

viuene ble tatt opp på bånd og transkribert av en som har norsk som førstespråk og som snakker flytende italiensk. Totalt utgjør disse intervjuene 60 sider tekst. I løpet av prosjektet har vi også hatt en rekke andre langvarige samtaler med nøkkelpersoner innenfor det italienske helsevesenet. Sammen med litteratur og offentlige dokumenter om Italia har denne delen av prosjektet bidratt sterkt til å forme første del av artikkelen. I denne delen har vi, gjennom bevisst kontekstualisering, løftet fram kulturelle dimensjoner som kontrastene mellom norsk og italiensk sykepleie mer spesifikt synes å henge sammen med.

#### ANALYSE

Vi tok utgangspunkt i det vi allerede har redegjort for innledningsvis; en undring over den ulike andelen mannlige sykepleiere i Norge versus Italia, og en ytterligere utforskning av hva disse kontrastene kan bunne i kulturelt og historisk. Videre har analysearbeidet mer spesifikt dreid seg om å løfte fram utdrag fra intervjuene som på en levende måte uttrykker det særegne italienske. Ved å vektlegge forskjellene til Norge så sterkt, står vi selvsagt i en viss fare for å skape fastfrosne bilder både av norske og italienske mannlige sykepleiere. Det er derfor nødvendig å presisere at for oss er forskjeller ikke noe som ligger der som objektive fenomen klare til å gripes, men snarere kategorier vi som forskere på grunnlag av et bestemt problem bevisst utvikler og konstruerer gjennom en sammenlikningsprosess (12).

#### RESULTATER

**Vi er en familie av sykepleiere**  
«Min far og min mor er syke-

pleiere. Min søster er også sykepleier. Og som en konsekvens av det valgte jeg selv sykepleie. Vi er altså en familie av sykepleiere. Så på grunn av dette søkte jeg meg inn på sykepleien».

Gjennom uttalelser som dette er det lett å se at Italias familieorienterte samfunnsmodell setter sterkt preg på yrkesvalg. Og sett i lys av norsk samfunnsforskning, hvor norske menns valg av sykepleie både forstås og forklares som et brudd med familiens forventninger og

tro på menneskelige verdier. I blokka mi spør nabodamen etter meg slik at jeg kan hjelpe henne med å sette sprøyter. Det får meg til å føle meg verdifull og til å føle meg bra. Det er den tingen som gir meg styrke til å fortsette med etterutdanning, særlig det å bli bedre til å lindre lidelse».

«Jeg har også arbeidet som frivillig de siste sju-åtte årene. Jeg drar til nonnene og jeg jobber særlig med uteliggere som de tar inn. Det finnes et lite sykehus der hvor søylegangen ved

Som vi skal se, betegnes det mer formelle arbeidsfellesskapet også i nokså lidenskapelige former.

### Jeg elsker yrket mitt

«Det er et arbeid hvor du kan ha kontakt med mennesker. Det er en ting jeg alltid har likt og det blir hele tiden mer og mer interessant. Når det gjelder operasjonssykepleier, så kan du si det er den samme tingen; jeg begynte først på ulike avdelinger, så på en privatklinikk hvor jeg tilfeldigvis fikk være med på operasjonssalen i noen dager. Jeg så måten de arbeidet på og jeg forelsket meg i arbeidet. Virkelig likte det. Der og da ble lidenskapen for å arbeide på operasjonssalen født».

Denne logikken er ikke enestående. I en annen fortelling er det selve sykepleiegjerningen som står i sentrum for det som likner på et kall: «Sykepleie har med personlighet å gjøre. Når man er vant med å være sammen med folk og hjelpe folk, så blir man tilfreds når man ser resultater. Det er veldig viktig, fordi ofte kjenner man ikke folk. Jeg arbeidet som sykepleier i 15 år, og ville gjerne jobbe på legekontor, der er det rolig og man arbeider også gjerne med data. Men jeg likte det ikke, fordi sånn på slutten av dagen følte jeg meg ikke fornøyd. På operasjonssalen derimot, der er det en type arbeid som kan være frenetisk, du må være oppmerksom. Man blir sliten, men det hjelper, fordi på slutten av dagen opplever du å ha realisert deg selv. Det er veldig viktig for meg, det å realisere seg selv i arbeidet».

Det aller mest interessante her er at disse fortellingene om sykepleie i så sterk grad omhandler det å realisere seg selv og samtidig være til for

## ” Det er et arbeid hvor du kan ha kontakt med mennesker.

samfunnsmessige tradisjoner, blir dette ekstra interessant (13). I Norge er nemlig såkalte tradisjonsbundne valg av sykepleie nokså ensidig blitt knyttet til kvinner, og har kanskje etter hvert blitt stående som en sosial sannhet som kun omfatter kvinner. Uansett, de italienske mennenes fortellinger om sin yrkesidentitet bryter klart med denne koplingen. Og som utdraget viser, det betones ikke bare at generasjonen over har gått foran i faget. Egne etterkommere forventes også å bli sykepleiere:

«Så alle i familien er altså sykepleiere?»

«Det stemmer. Min far, min søster min mor og min kone. Og i framtiden – min sønn!»

Flere av beretningene viser en lignende logikk. En sterk sammenkopling av yrkesvalg og omsorgsorientering kommer også etter hvert til syne: «Jeg så på sykepleie som et nyttig yrke på det viset at det fikk meg til å føle meg nyttig, som en person som på en eller annen måte kunne lette andres lidelser. Det har alltid hjulpet meg til å kunne

Peterskirken ender. Jeg går dit for å gi dem drypp og medisiner, for å hjelpe disse mindre heldige personene».

«Da paven døde kom det en forespørsel om å sette sammen et lag av frivillige her. Alt var stengt, man kunne ikke komme seg ut av Vatikanet. Vi ble der i fire-fem dager med et telt for å forsøke å styre den tilstrømmingen av mennesker som kom, og slik være tilgjengelige for andre».

Sett under ett er det flere interessante aspekt ved det italienske samfunnet disse utdragene fra studien tydelig uttrykker: Familietradisjoner (far var sykepleier), frivillig arbeid (hjelpe nabodamen og «de mindre heldige»), religionens innflytelse (kirken og nonnene), samt verdien av å inngå som en kompetent aktør i et sosialt nettverk. Ikke bare møter vi menn som i sterk og overbevisende grad sier de har «arvet» sitt kall til å lindre andres lidelser. Uformell hjelp og ansvar for de svake formuleres også på en ubesværet måte som en forlengelse av informantenes yrkesidentitet.

de(n) andre. Sånn sett er det muligens en klar parallell til nye generasjoner sykepleiere i Norge som heller ikke ser på sitt yrkesvalg som en ensidig form for selvrealisering, men et slags både òg (13).

## DISKUSJON

Overordnet sett er det tre aspekter sammenlikningen mellom Norge og Italia tydeliggjør. Det mest åpenbare aspektet er at i Italia velger langt flere menn å bli sykepleiere enn i Norge. For det andre artikulere mannlige sykepleiere i Italia en maskulinitet som i sterk grad vektlegger forskjell mellom kjønnene. For det tredje: blant mannlige sykepleiere i Italia framstår det å arbeide med menneskelig pleie og omsorg som en meget sterk verdi, noe man i norsk sammenheng ofte har knyttet til kvinner generelt og kvinnelige sykepleiere spesielt.

Gjennom å se disse tre aspektene i sammenheng får vi et større bilde av interessante koplinger mellom sykepleie og kjønn i Italia. Holdt opp mot Norge, synes inngrodde norske forestillinger om uløselige sammenhenger mellom kvinne, kall og sykepleie å settes alvorlig på prøve. Sagt litt annerledes: Funnene fra Italia utfordrer en norsk samfunnsituasjon hvor andelen menn i sykepleien har vært stabil lav over flere tiår. Og hvor myndighetene, så vel som samfunnet for øvrig, har vist en nærmest stilltiende aksept av sykepleie som et kvinnefag. Men den måten mennene beskriver sitt yrke på er også en betydningsfull påminnelse om at menns fravær i norsk sykepleie er en kulturell og ikke en naturgitt situasjon. At sykepleie tallmessig sett er den absolutt største profesjonen i Norge, og at kvinner i økende grad velger utdanninger

som tradisjonelt har vært manddominert (eksempelvis medisin hvor andelen kvinner i dag nærmer seg 70 prosent) gjør i våre øyne kontrasten mellom Italia og Norge enda mer tankevekkende.

I norsk forskning og debatten om hvorfor menn velger bort yrket, drøftes gjerne lønn og status som avgjørende for den lave andelen menn i sykepleien (14-2). Den mer kunnskapskritiske og kultursensitive forskningen knyttet til forholdet mellom kjønn og profesjon, har i større grad fokusert på at måten profesjonene er bygd opp i seg selv bidrar til å reproducere en kjønnsmessig ubalanse (15-16-17-18). I internasjonal litteratur males de kjønnede implikasjonene av sykepleieprofesjonens særegenheter gjerne ut langs to spor; enten betraktes menn som karrieretryttere på vei bort fra den kroppsrelaterte pleien (19-20-21), eller som en minoritet, dominert av kvinneskapte verdier (22-23). Et annet aspekt, og som funnene i denne studien viser betydningen av å dra kunnskapsmessig veksler



Sykepleie har med personlighet å gjøre.

på, er at kjønnsaspektet i sykepleieprofesjonen er langt mer betinget av nasjonalt formede kulturelle rammer enn det litteraturen gir inntrykk av. Ved å trekke dette aspektet inn mener vi fundamentale kulturelle forutsetninger for kjønnsubalansen i norsk sykepleie kommer tydelig fram. Og fastholder vi å se på Norge med et kulturalanalytisk utsideblikk er det, som Kari Martinsen også har pekt på, få profesjoner som har blitt sterkere formet av idealet om den utrettelige, selvoppofrende yrkesgjerning enn norsk

sykepleie (24). I kombinasjonen med en svært omsorgsorientert kvinnerolle, synes denne særegenheten i sterk grad å ha muliggjort den norske velferdsstaten. En grunnleggende årsak til at denne mekanismen opprettholdes er ifølge Vike «det relative fraværet av kynisme og «normal» evne til å forfølge sine egne interesser». (7). En fersk studie av organiseringen av fordelingen av ansvar i norske sykehus underbygger en slik tolkning (25).

Kan man dermed hevde at den norske velferdsstaten står i veien for en større kjønnsbalanse i sykepleiefaget? Er store deler av den norske velferdsstaten dypest sett også kjønnskonservativ? I en kjønnskritisk studie av velferdsstatens ordninger i forbindelse med fødselspermisjon hevdes det at dagens økonomiske ordninger verdsetter omsorg lavt. Sammen med sterke nasjonale forestillinger om den gode mor, reproducerer denne devalueringen et mønster hvor mor ender med mest omsorg og far velger kar-

riere (26). Vi mener det er gode grunner for at dette perspektivet også bør bringes inn i relasjon til sykepleiefaget. Kanskje er det slik at man gjennom en velfungerende velferdsstat med nesten bare kvinnelige omsorgsarbeidere, har opparbeidet en tilstand som i praksis minner langt mer om såkalte kjønnskompenterende samfunn enn hva den offisielle likestillingsdiskursen vi innledningsvis pekte på tilsier?

Når det er sagt viser vår studie fra Italia at kallsorientering til sykepleie neppe er noe

spesifikt kvinnelig. Antakelsen om at det primært er kvinnelige sykepleiere i Norge som har kunnet og fremdeles drives av altruistiske motiver, bør av den grunn granskes nærmere. Historiske tilbakeblikk (27-28) og pågående forskning (29) indikerer nokså sterkt at også norske mannlige sykepleieres yrkesidentitet, har en kallsorien-

tering. Dette harmoniserer også med forskning til andre deler av norsk arbeidsliv som viser at maskulinitet og kall er svært så forenlig størrelser (30).

## KONKLUSJON

Artikkelen løfter fram hvordan mannlige sykepleiere i Italia bekjenner seg til faget gjennom det vi har valgt å se på som

en form for kall. Dette funnet bidrar dels til å utfordre inngrodd forestillinger om at kallet til faget er kvinnespesifikt, dels til å underbygge at menns fravær i norsk sykepleie er en kulturell og ikke en naturgitt situasjon. Sist men ikke minst skaper disse funnene grunnlag for å tro at en mer kjønnsbalansert sykepleie i Norge er mulig å få til.

## REFERANSER

1. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Likestilling 2014. Regjeringens handlingsplan for likestilling mellom kjønnene. 2011.
2. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. NOU 2012: 15 Politikk for likestilling. 2012
3. Jensberg E, Mandal R, Solheim E. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet 1990-2010. Sintef. Teknologi og samfunn. 2012.
4. DL. 201/2011 Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici (convertito con L. 214/2011).
5. Dickie J. The Notion of Italy. I: Zygmunt G. West, R [red.] Modern Italian Culture. Cambridge University Press, Cambridge. 2001.
6. Fransson E. Barnevernet i Italia. Utvikling og organisering av italiensk institusjonsbarnevern. Rapport 98. Høgskolen i Lillehammer. 2003.
7. Vike H. Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved et veiskille. Akribe, Oslo. 2004.
8. Ministero della Salute. Atlante del Personale Sanitario anno 2008. Roma. 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=ssn>.
9. Ferraris, LV Italia mellom latinsk tradisjon, Middelhavet og Europa. I: Wolff EC (red.) Det Latinske Europa: Myte eller realitet? Europaprogrammet, Oslo. 1999.
10. Hall S. Representations. Cultural Representations and Signifying Practices. Sage, London. 1997.
11. Scott Sørensen A. Høystad OM. Bjurstrøm E. Vike H. Nye kulturstudier. Spartacus, Oslo. 2008.

12. Krogstad A. Antropologisk sammenligning i <tykt> og <tynt>. Ti kjøtterske teser. Norsk Antropologisk Tidsskrift 2000;11:88-102.
13. Tveit B. Ny ungdom i gammelt yrke: en studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning. Avhandling for Ph.d.-graden. Høgskolen i Oslo, 2007.
14. Karlsen H. Kompleks maskulinitet i et kvinnedominert studium. I: Leseth AB, Solbrække KN. (red.) Profesjon, kjønn og etnisitet. Cappelen Damm, Oslo. 2011.
15. Bakken A. Modernmødet: om sykepleie, kjønn og kultur. Universitetsforlaget, Oslo. 2001.
16. Dahle R. Profesjon og kjønn. I: Molander A, Terum, LI. (red.) Profesjonsstudier. Universitetsforlaget, Oslo. 2008.
17. Svare H. Menn i omsorg og pleie: brødre i hvitt. Universitetsforlaget, Oslo. 2009.
18. Solbrække KN. Maskulin (u) orden i norsk sykepleierutdanning. I: Leseth AB, Solbrække KN. (red.) Profesjon, kjønn og etnisitet. Cappelen Damm, Oslo. 2011.
19. Evans J. Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. J Adv Nurs. 1997;26:226-231.
20. Hultin M. Some take the glass escalator, Some hit the Glass Ceiling? Career Consequences of Occupational Sex Segregation. Work and Occupations. 2003;30:30-61.
21. Kvande E. Doing masculinities in organizational restructuring NORA: Nordic Journal of Womens Studies 2002;10:16-25.
22. Harding TC. Constructing the

«other»: on being a man and a nurse. Avhandling for Ph.d. graden. University of Auckland, 2005.

23. Pullen A, Simpson R. Managing difference in feminized work: Men, otherness and social practice. Human Relations. 2009;62(4): 561-87.

24. Martinsen K. Øyet og kallet. Fagbokforlaget, Oslo. 2000.

25. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle. Sykepleien Forskning. 2010;5:329-329.

26. Danielsen H. Den kjønnskonservative velferdsstaten. I: Holst K. (red.) Kjønnsrettferdighet Utfordringer for feministisk politikk. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo. 2002.

27. Moseng G. Fremvekst og profesjonalisering. Norsk sykepleieforbund gjennom 100 år (1912-2012), bind 1. Akribe, Oslo. 2012.

28. Lund EC. Virke og profesjon. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012) Bind 2. Akribe, Oslo. 2012.

29. Jordal K. «Jeg vil bli en forbaska god sykepleier». To menns fortellinger om sykepleie og profesjonsvalg. I: Leseth AB., Solbrække KN. (red.) Profesjon, kjønn og etnisitet. Cappelen Damm, Oslo. 2011.

30. Solbrække KN. Inderlig maskulinitet. Om etablering av kjønnsmyndighet i 'ny' økonomi. Avhandling for dr.polit. graden. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo, 2005.

# Modne menn velger sykepleie

> I likhet med norske menn er de italienske mennene som velger å studere sykepleie, litt eldre enn gjennomsnittsstudenten.

Foto: Martin Anders Dahl



**Eirik Aldrin**  
Studentnestleder,  
Norsk Sykepleierforbund

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Forskningsartikkelen viser forskjellen i antallet menn som velger sykepleie i Norge og Italia på en interessant måte ved å sammenlikne både de kulturelle og samfunnsmessige forskjellene mellom våre land. Det er også spennende å høre om hva som driver så mange flere italienske menn til å velge yrket i forhold til norske menn. Artikkelen egner seg for alle som er interessert i kjønnsproblematikk, likestilling, rekruttering og utdanning av sykepleiere.

Hvis jeg selv skal peke på en fellesnevner blant den mannlige studentmassen i Norge, vil jeg si at de ofte er litt eldre og har gjort andre ting før de valgte å bli sykepleiere. På samme måte ble det hos italienerne trukket frem at sykepleie ofte var et andre valg når det gjaldt karriere. Selv liker jeg å se på det som at vi har modnet oss inn i yrket. For meg har det aldri vært noe utpreget kvinnelig over å gi omsorg til

andre personer, det er for meg like naturlig at menn både kan og bør ta del i omsorgsyrkene.

Det virker som at de italienske sykepleierne som ble intervjuet hadde samlet seg i bolker som var «mer prestisjefylte», eller «høyere aktet» blant mennene, som kirurgi- eller operasjonssykepleie. Dette ser vi også i Norge; det er enkelte områder som tiltrekker seg flere mannlige sykepleierne, som akuttisykepleie, ledelse, psykiatri og så videre. Til gjengjeld jobbet de italienske sykepleierne frivillig med mer omsorgsrettet arbeid blant mindre heldige i samfunnet, noe jeg synes er beundringsverdig.

Det blir fremhevet at vi har en lav andel menn innen sykepleie i Norge, hvilket jeg er enig i. Men hvis vi sammenligner oss med for eksempel Danmark, har vi en høy andel mannlige sykepleiere. I Danmark ligger andelen menn rundt 4–5 prosent, men der har de blant annet fortsatt den kjøn-

nete tittelen «sykeplejerske». I flere andre europeiske land er også andelen menn lavere enn i Italia, så vi er flere som har noe å lære av dem. Et annet aspekt som ville vært spennende å høre mer om er hvilket nivå de mannlige sykepleierne i studien er utdannet på. Har universitetsutdannelsen mye å si for at mennene valgte nettopp sykepleie?

Skal vi klare å møte morgendagens krav til antall sykepleiere, må vi satse på å utdanne flere kompetente sykepleiere av begge kjønn. Da må vi ha en real innsats fra myndighetenes side for å sikre både kvalitet i utdannelsen og gode lønns- og arbeidsvilkår for sykepleiere.

Les artikkelen på side 314





Arkivfoto, Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Utskriving av de eldste pasientene fra sykehus til kommunale tjenester er et aktuelt tema. Hvordan eldre selv erfarer denne prosessen, har vært lite studert.

**Hensikt:** Beskrive eldre pasienters erfaringer med de tjenester de har fått under sykehusoppholdet som forberedelse til utskrivelse til hjem eller sykehjem.

**Metode:** Data er innsamlet gjennom personlig intervju av 142 pasienter utskrevet til hjemmet og 188

utskrevet til korttids- eller langtidsopphold på sykehjem i perioden 2007–2009. Gjennomsnittsalderen for pasientene i undersøkelsen var 85,8 år. Artikkelen presenterer både pasientenes svar på preformulerte spørsmål og frie kommentarer.

**Resultater:** Respondentene fremsto med klare meninger og preferanser og ga uttrykk for at de ønsket å bli hørt. De oppga mangler ved både medvirkning, informasjon og opplæring. Hver fjerde pasient oppga at de overhodet ikke fikk for-

talt personalet hva de selv mente var viktig for at de skulle kunne klare seg etter utskrivelse. Over halvparten oppga at de hadde fått liten eller ingen informasjon om virkning eller bivirkning av medikamenter. Svært få oppga å ha hatt en utskrivningssamtale. Av dem som var utskrevet direkte til hjemmet, oppga 15,4 prosent at de ble skrevet ut til tomt hus.

**Konklusjon:** Sykehuset fyller ikke sin del av det «seamless patientforløpet».

ENGLISH SUMMARY

**Elderly persons' experiences with hospital discharge**

**Background:** Discharge of elderly patients from hospital to community care is a highly important issue, especially regarding how well the hospital prepares for the discharge. The oldest patients' experiences with this process have rarely been studied.

**Objective:** To describe elderly patients' experiences with the care they have received during their hospital stay as a preparation for discharge to home with home care or to a nursing home.

**Method:** Data are gathered through personal interviews with 142 patients discharged to their homes with home care and 188 discharged to long- or short-term stay at nursing homes.

**Results:** Mean age for the respondents was 85,8 years. They reported their views in a clear manner, and expressed an explicit wish to be heard. The respondents reported shortcomings in terms of participating in decisions and receiving information during the hospital stay. Every fourth patient reported that they were not provided the opportunity to tell the professionals what they thought was important

for them to be able to manage after discharge. More than half of the patients stated that they received little or no information about effects and side effects of new medicines. Very few reported having had a discharge meeting. Of those discharged directly to their home, 15,4% reported that they were discharged to an empty house.

**Conclusion:** The findings indicate that hospitals do not fulfil their part of the so-called «seamless patient trajectory».

**Keywords:** Elderly, patient perspective, hospital discharge, survey.



# » Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus

Forfattere: Christina Foss, Dag Hofoss, Tor Inge Romøren, Line Kildal Bragstad og Marit Kirkevold

## NØKKELOD

- Eldre
- Pasient
- Informasjon
- Intervju

## INNLEDNING

Mennesker som er 80 år eller eldre utgjør knapt fem prosent av befolkningen, men de genererer vel 20 prosent av liggedagene i somatiske sykehus (1). I utskrivningsfasen kan denne pasientgruppen oppleve en rekke utfordringer, som for eksempel bivirkninger av nye medikamenter (2), svimmelhet med økt risiko for fallskader (3), økt angst eller depresjon (4), smerter, fatigue og nedsatt appetitt (5) samt nedsatt bevegelighet og derved ofte også økt sosial isolasjon (4,6). Manglende ivaretagelse av gamle menneskers sammensatte og komplekse behov etter utskrivning fra sykehus er en sentral årsak til reinnleggelse (7–10) eller innleggelse i sykehjem (11).

Datagrunnlaget i denne artikkelen skriver seg fra en delundersøkelse i et større prosjekt – «Pasienter på flyttefot», finansiert av Norges forskningsråd. Prosjektet undersøker sider ved overføringen av eldre pasienter fra sykehus til kommunale

tjenester. I denne artikkelen er fokus på de eldres egne erfaringer med utskrivningsfasen av sykehusopphold. Pasienterfaringer er i dag etablert som én av flere kilder til kvalitetsforbedring innen helsevesenet. Få studier har likevel eksplisitt benyttet de eldres egne erfaringer som kilde til innsikt. En dagsaktuell debatt er knyttet til utfordringer med å finne fram til tiltak som er rettet inn mot helheten i pasientens behov, også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer. En slik innfallsvinkel stiller krav til at pasientrollen og pasientenes erfaringer trekkes inn og tillegges vekt.

Kunnskap om pasientenes tilstand kan si oss noe om hvilke krav som stilles til helsetjenester til eldre i utskrivningsfasen. Pasientenes egne erfaringer på dette feltet kan si oss noe om i hvilken grad sykehusene, i brukernes øyne, fyller sin funksjon som gode tilretteleggere for optimal mestring etter sykehusoppholdet. Hensikten med artikkelen er å beskrive:

1. Hva kjennetegner denne eldste gruppen av sykehuspasienter?
2. Hvordan erfarer de tjenestene de har fått under sykehusoppholdet som forberedelse til utskrivelse?

## METODE OG MATERIALE

I denne spørreskjemaundersø-

kelsen er data fra pasienter inn-samlet i personlige intervjuer til tre uker etter utskrivelse fra sykehuset, enten hjemme hos pasientene eller på et sykehjem de var utskrevet til. Pasientene ble rekruttert, enten av kommunens koordinator eller leder i hjemmesykepleietjenesten, eller av avdelingssykepleiere ved syke-hjemmene. Det ble rekruttert pasienter utskrevet fra 14 ulike sykehus i Norge. Pasientene bodde i 53 kommuner eller byde-

### Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at eldre pleietrengende pasienter som skrives ut fra sykehus ønsker å bli hørt både under sykehusoppholdet og etter utskrivning til sykehus eller hjem.

### Mer om forfatterne:

Christina Foss er professor ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap, UiO. Dag Hofoss er professor i statsvitenskap ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap, UiO. Tor Inge Romøren er professor i gerontologi ved Senter for omsorgsforskning, Østlandet, Høgskolen i Gjøvik. Line Kildal Bragstad er stipendiat ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap, UiO. Marit Kirkevold er professor i sykepleievitenskap ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap, UiO. Kontaktperson: i.c.foss@medisin.uio.no.

ler i Akershus, Oppland, Agder, Nord-Trøndelag og Troms, samt to bydeler i Oslo, stratifisert etter størrelse (4000 innbyggere, 4–13000 og 18000). Inklusjonskriteriet var at pasientene hadde vært innlagt på sykehuset fra eget hjem, var 80 år eller eldre og hadde ligget minimum to netter på sykehuset. Rekruttererne, som alle var erfarne sykepleiere innen eldreomsorg, vurderte pasientene. De pasientene som ble vurdert å være for fysisk eller kognitivt svekket til å kunne gi et reelt informert samtykke ble ikke

inkludert. Undersøkelsen ble før oppstart forelagt og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I samråd med REK ble det, av etiske grunner, ikke foretatt noen formell testing av respondentenes kognitive funksjon (Prosjektnummer i REK: 17078).

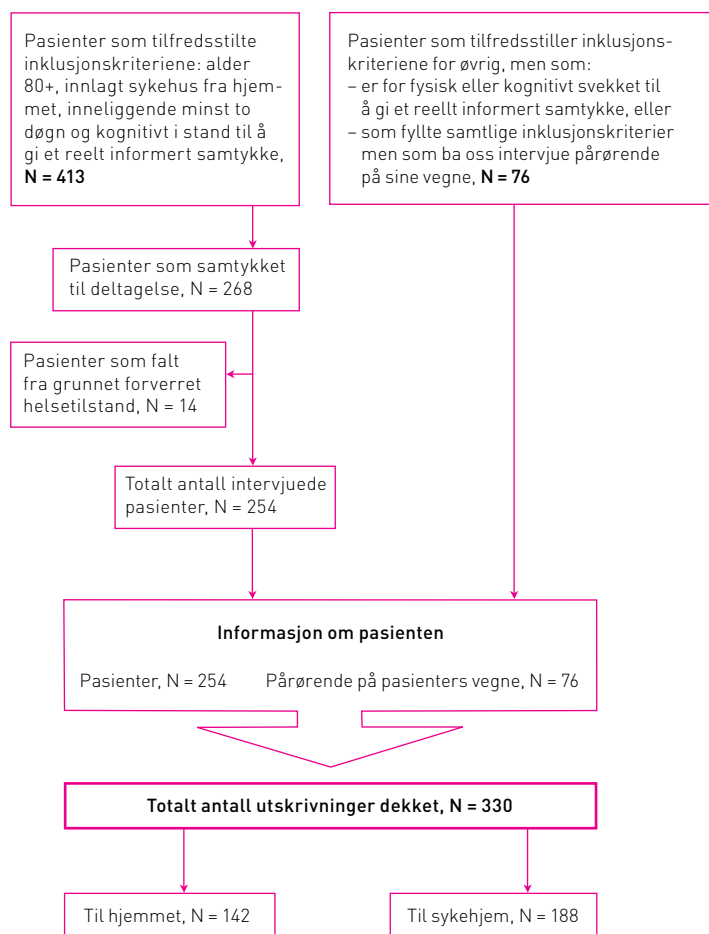
En litteraturgjennomgang av eksisterende instrumenter viste at selv om utskrivning av eldre og kronisk syke ganske unisont er beskrevet som et problemfelt i litteraturen, var få instrumenter

tilgjengelig. Det var heller ingen referanser som kunne indikere at de ulike instrumentene var konstruert på bakgrunn av erfaringer fra tidligere instrumenter. På bakgrunn av kvalitative intervjuer med eldre pasienter (12), identifiserte vi fire områder som viktige for den eldre pasient: Utskrivningstidspunkt, faktorer ved kommunehelsetjenesten, bruk av medikamenter og sist, men ikke minst hvordan praktiske problemer skulle løses. Videre konkluderte gjennomgangen at til tross for at medvirkning har vist seg å være viktig for Eldres mestring, målte eksisterende instrumenter grader av informasjon heller enn reell medvirkning (12). Vi utviklet derfor egne spørsmål for å undersøke pasienters og pårørendes erfaringer med sykehusopphold, informasjon og medvirkning, selve utskrivingsprosessen og tiden rett etter utskrivelse til hjemmet eller til sykehjemmet. Vi inkluderte også enkelte åpne spørsmål der det var rom for utfyllende kommentarer.

I tillegg til spørsmål om pasientenes erfaringer, var det lagt inn en seksjon med spørsmål om sosiodemografiske opplysninger og en seksjon som innhentet data om selvrappertert funksjonsnivå. I tillegg til spørsmål om pasientens syn og hørsel, benyttet vi oss av klassiske ADL-mål (13) og IADL-mål (14). Vi samlet data om fire ADL-funksjoner (kle seg, vaske seg, forflytning, spise) og tre IADL-funksjoner (handle, lett husarbeid, tyngre husarbeid). I tillegg gjorde intervjuer en enkel vurdering av hvorvidt pasienten hadde noe nedsatt hukommelse og orienteringsevne.

Ved utviklingen av spørsmålene ble det gjort fem prøveintervjuer. Erfaringene herfra ble brukt til å identifisere uklare

**FIGUR 1:** Oversikt over inkluderte respondenter



spørsmål, spørsmål hvor de eldre syntes det var vanskelig å velge mellom de ulike svaralternativene, eller hvor respondenter hadde vansker med å huske detaljert nok fra sykehusoppholdet til å kunne svare. Intervjuere var sykepleiere som var i videreutdanning i eldreomsorg eller sykepleiere med erfaring fra eldreomsorgen. Erfaringene fra prøveintervjuene ble benyttet til en heldags opplæring av intervjuerne for å kalibrere deres spontane avkryssingspraksis, måten de skulle hjelpe pasientene til å huske (for eksempel hvor mange dager oppholdet hadde vart) og å velge de svaralternativene som de fant mest representative for sin erfaring. Det ble også utarbeidet en visuell skala som synliggjorde de fire svaralternativene (15).

Som vist i figur 1 fikk vi i løpet av rekrutteringsperioden (oktober 2007–mai 2009) intervjuet 254 pasienter, noe som gir en svarprosent på 62. (Se figur 1.)

Årsak til at pasienten avsto å delta ble registrert bare i drøyt halvparten (53 prosent) av tilfellene. I samtlige tilfeller oppga pasientene at vedkommende ikke orket fordi hun eller han følte seg for syk eller sliten. I tillegg besvarte 76 pårørende spørsmål på pasientens vegne, slik at vi derved dekket totalt 330 utskrivelser. Et mindretall (43 prosent) av de intervjuete pasientene ble utskrevet til hjemmet, de resterende 188 pasientene (57 prosent) ble utskrevet til kort- eller langtidsopphold på sykehjem. En ukjent andel av pasientene som ble skrevet ut til sykehjem vil etter korttidsopphold skrives ut til hjemmet.

## FUNN

Undersøkelser av eldre pasienters erfaringer er relativt sjeldne. Vi ønsket derfor å utnytte det

potensialet som ligger i å løfte fram pasientens egne stemmer. I presentasjonen av funn er kvantifiserbare data kombinert med sitater fra pasientenes frie kommentarer.

Hva kjennetegner den eldre som utskrivningspasient? Gjennomsnittsalderen for pasientene i undersøkelsen var 85,8 år. Nærmere 68 prosent er kvinner, og to av tre (63 prosent) hadde mistet sin ektefelle. Nær halv-

fra kirurgiske avdelinger (inklusive 18,5 prosent fra ortopedisk avdeling) og 6 prosent fra andre avdelinger. På spørsmålet om hva respondentene ble innlagt for, varierte svarenes presisjon mye. (Se tabell 1.)

På bakgrunn av pasientenes opplysninger har vi kategorisert deres innleggesgrunner i tabell 1. 75 prosent oppga at de i tillegg til problemet de hadde vært innlagt for også hadde andre plager.

” Jeg hadde ingen meninger for jeg hadde fått så mye medisiner så jeg ble litt sløv og rar.

parten (41,3 prosent) bodde før sykehusinnleggelsen i egen, ikke tilrettelagt bolig, mens 27 prosent bodde i privat tilrettelagt bolig og 30 prosent i kommunal trygde- eller servicebolig.

Gjennomsnittlig liggetid var 13,9 døgn for sykehjemspasientene (median 10) og 10,4 for dem som reiste rett hjem (median 7). 54 prosent av pasientene var utskrevet fra medisinske avdelinger, inkludert 3 prosent fra geriatrisk avdeling, 37 prosent

Om lag halvparten (56,5 prosent) oppgir problemer med synet, men langt de fleste (86 prosent) kan lese avisen. Til tross for at 54 prosent oppgir problemer med hørselen, oppgir langt de fleste (84 prosent) at de, eventuelt med hjelp av høreapparat, uten problemer kan føre samtaler med andre personer og føre telefonsamtaler. Det er ingen signifikant forskjell mellom pasientene som utskrives til henholdsvis sykehjem eller hjem

**TABELL 1:** Selvrapportert innleggesårsak

Innleggesårsak	N	[%]
Skjelett/bevegelsesapparat	80	(31,5)
Sirkulasjon/hjerte	46	(18,1)
Lunge /respirasjonsrelatert	32	(12,6)
Mage/tarm/urinveier	24	(9,4)
Slag	20	(7,9)
Kreft	17	(6,7)
Diabetes	8	(3,2)
Nedsatt allmenntilstand	6	(2,4)
Diverse	6	(2,4)
Vet ikke	8	(3,2)
Ikke oppgitt	7	(2,6)
Sum	254	(100%)

**TABELL 2:** Forskjell i funksjonsnivå (etter utskrivelse) for pasienter som utskrives til hjemmet og til sykehjem målt ved kjikvadrattest ( $\chi^2$ )

Funksjon	Sykehjem % (n)	Hjem % (n)	Totalt % (n)	Signifikans- nivå ( $\chi^2$ )
Kan gjøre lett husarbeid				
Ja	16 (30)	35 (49)	24 (79)	
Nei/Trenger litt hjelp	84 (153)	65 (93)	76 (246)	
Sum	100 (183)	100 (142)	100 (325)	0,001
Kan gjøre tyngre husarbeid				
Ja	5 (9)	6 (8)	5 (17)	
Nei/Trenger litt hjelp	95 (174)	94 (134)	95 (308)	
Sum	100 (183)	100 (142)	100 (325)	0,876
Kan handle				
Ja	20 (36)	23 (32)	21 (68)	
Nei/Trenger litt hjelp	80 (149)	77 (110)	79 (258)	
Sum	100 (184)	100 (142)	100 (326)	0,635
Kan kle på seg				
Ja	42 (76)	69 (98)	54 (174)	
Nei/Trenger litt hjelp	58 (107)	31 (44)	46 (151)	
Sum	100 (183)	100 (142)	100 (325)	0,000
Kan dusje/vaske seg				
Ja	23 (43)	39 (56)	30 (99)	
Nei/Trenger litt hjelp	77 (141)	61 (86)	70 (227)	
Sum	100 (184)	100 (142)	100 (326)	0,000
Kan flytte seg fra seng til stol				
Ja	55 (101)	80 (113)	66 (214)	
Nei/Trenger litt hjelp	45 (83)	20 (29)	34 (112)	
Sum	100 (184)	100 (142)	100 (326)	0,000
Kan spise oppskåret mat				
Ja	91 (167)	96 (136)	93 (303)	
Trenger litt hjelp	9 (16)	4 (6)	7 (22)	
Sum	100 (183)	100 (142)	100 (325)	0,222
Kan uten problemer lese teksten i en avis				
Ja (evt med hjelpemidler)	86 (156)	85 (119)	86 (275)	
Nei	14 (25)	15 (21)	14 (46)	
Sum	100 (181)	100 (140)	100 (321)	0,763
Kan uten problemer føre en samtale med en annen person				
Ja (evt med høreapparat)	84 (153)	84 (118)	84 (271)	
Nei	16 (30)	16 (22)	16 (52)	
Sum	100 (183)	100 (140)	100 (323)	0,869
Kan ringe i telefonen				
Ja	70 (128)	88 (123)	78 (251)	
Trenger hjelp/nei	30 (54)	12 (17)	22 (71)	
Sum	100 (182)	100 (140)	100 (322)	0,001

når det gjelder sansetap. Det er imidlertid signifikant flere som uten hjelp kan ringe i telefon blant dem som skrives ut direkte til hjemmet. (Se tabell 2.)

Det er forskjell på funksjonsnivået til de pasientene som ble

overført til sykehjem og de som ble utskrevet til hjemmet. Som tabell 2 viser, har de aller fleste pasienter relativt nedsatt funksjonsnivå ved intervjudispunktet (gjennomsnittlig 16 dager etter utskrivelsen). Analysen av ADL-

funksjoner (som å kunne kle seg, vaske seg og forflytte seg fra seng til stol) viser at pasientene som utskrives til hjemmet har signifikant bedre funksjonsnivå enn de som overføres til sykehjemmet. Når det gjelder IADL-funksjoner er det signifikant forskjell når det gjelder evne til å gjøre lett husarbeid, mens tyngre husarbeid og handle ikke viser samme forskjell. Evnen er sterkt nedsatt i begge grupper.

Hvor godt erfarer pasienten at sykehuset forbereder dem til utskrivelse?

### Informasjon

To av tre sa at de ikke hadde fått den informasjonen de trengte om sykdommen sin da de ble utskrevet fra sykehuset. Tre av fire oppga at de ikke hadde fått den informasjonen de trengte om hva de kunne og ikke kunne gjøre etter utskrivelsen. Av dem det var aktuelt for, syntes bare hver femte informant (19,6 prosent) at de hadde fått den opplæringen de trengte om sårstell, øvelser de skulle gjøre og om kosthold og så videre.

I det følgende gir vi noen eksempler på kommentarer som kan illustrere bakgrunnen for respondentenes avkryssninger i spørreskjemaet. Vi finner kommentarer som er svært positive: «Legen fortalte ting hele tiden, hun var fryktelig søt. Så fikk jeg et papir hvor det sto hva som hadde skjedd under oppholdet». Men vi finner også kritiske kommentarer, særlig til mangler i informasjonen om nye medikamenter: «Legen skrev ut hostemedisin – Cosylan – som gjorde meg forvirret. Fikk ingen informasjon om at jeg kunne bli det» eller «Fikk ingen informasjon om bivirkninger. Har hatt bivirkninger tror jeg: tissing om natta og hard avføring. Har sterkt ubehag

**TABELL 3:** Pasientenes erfaringer med informasjon

Dimensjon av informasjon	% (n)
Da du ble utskrevet, hadde du fått den informasjonen du trengte om sykdommen din?	
I høy grad	35 % (85)
I noen grad	29 % (70)
I liten grad	15 % (36)
Overhodet ikke	20 % (50)
Ikke aktuelt/husker ikke	2 % (4)
Sum	101 % (245)
Da du ble utskrevet, hadde du fått den informasjonen du trengte om hva du kunne/ikke kunne gjøre etter utskrivelsen?	
I høy grad	25 % (61)
I noen grad	22 % (52)
I liten grad	11 % (27)
Overhodet ikke	34 % (83)
Ikke aktuelt/husker ikke	8 % (18)
Sum	100 % (241)
Da du ble utskrevet, hadde du fått den opplæringen du trengte (om sårstell, øvelser, kosthold m.m.)?	
I høy grad	5 % (11)
I noen grad	4 % (9)
I liten grad	4 % (10)
Overhodet ikke	11 % (26)
Ikke aktuelt	77 % (183)
Sum	101 % (239)
Da du ble utskrevet, hadde du fått vite det du trengte om virkninger og bivirkninger av medisinene dine?	
I høy grad	12 % (29)
I noen grad	13 % (31)
I liten grad	16 % (37)
Overhodet ikke	44 % (104)
Ikke aktuelt	16 % (38)
Sum	101 % (239)

**TABELL 4:** Pasientenes erfaring med medvirkning

Dimensjon av medvirkning	% (n)
Hvor viktig var det for deg å ha innflytelse på når du skulle reise?	
I høy grad	39,0 (92)
I noen grad	25,4 (60)
I liten grad	20,3 (48)
Overhodet ikke	15,3 (36)
Sum	100 (236)
Hvor viktig er det for deg å ha innflytelse på hvordan praktiske problemer skulle løses?	
I høy grad	51,1 (118)
I noen grad	19,5 (45)
I liten grad	15,6 (36)
Overhodet ikke	13,9 (32)
Sum	100 (231)
Fikk du fortalt personalet det du selv mente var viktig for å klare deg bra hjemme?*	
I høy grad	32,5 (37)
I noen grad	12,3 (14)
I liten grad	12,3 (14)
Overhodet ikke	4,3 (49)
Sum	100 (117)
Fikk du fortalt personalet det du selv mente var viktig i forbindelse med utskrivningen hit?***	
I høy grad	35,9 (42)
I noen grad	17,9 (21)
I liten grad	14,5 (17)
Overhodet ikke	31,6 (37)
Sum	100 (117)
Erfarte du at dine meninger ble tatt hensyn til?	
I høy grad	45,7 (106)
I noen grad	19 (44)
I liten grad	9,9 (23)
Overhodet ikke	20,7 (48)
Ikke aktuelt	4,7 (11)
Sum	100 (232)

\*Spørsmålet er bare stilt til de som utskrives til hjemmet (N=142)

\*\*Spørsmålet er bare stilt til de som utskrives til sykehjem (N=188)

ved dette». Noen pasienter oppga at de hadde fått informasjon, men at det var vanskelig å huske den: «Jeg var så slapp og dårlig så jeg husket ikke noe av hva han sa». 140 pasienter svarte på spørsmålet om hvordan informasjon ble gitt, og av disse var det 71 prosent av pasientene som oppga at informasjonen bare var gitt muntlig, og ikke også skriftlig. Det er 37 prosent av pasientene som sier de ville ha foretrukket å få informasjon sammen med pårørende, for eksempel fordi: «Det er ting du fort kan misforstå eller glemme når en er syk, og jeg hører jo litt dårlig». Om lag halvparten av pasientene (48 prosent) oppga at de overhodet ikke var blitt spurt om de ønsket å ha sine pårørende med under informasjon. Hver fjerde pasient (24,8 prosent) oppga å ha fått informasjon sammen med pårørende. Noen av respondentene stilte spørsmål om helsepersonnellets syn på eldre var et hinder for at de fikk tilstrekkelig informasjon: «Jeg fikk informasjon i egen samtale om operasjonen. Men jeg fikk ingen informasjon om medisiner, så jeg vet ikke hva slags medisiner jeg tar. Kanskje de (sykehuspersonalet) tror at jeg ikke forstår hva som blir sagt når jeg er så gammel?».

### Medvirkning

Pasientene ønsket medvirkning. Tydeligst var pasientenes ønske om å bli hørt knyttet til innflytelse på hvordan praktiske problemer skal løses. Syv av ti ønsket innflytelse, men nesten like mange (64 prosent) opplevde det som viktig å ha innflytelse på utreise-tidspunktet. (Se tabell 4.)

Tabellen viser at ønsket om samarbeid og innflytelse ikke kan sies å bli innfridd for de fleste, og 43 prosent oppgir at de overhodet ikke fikk fortalt personalet

**TABELL 5:** Pasientenes erfaringer med selve utskrivningen

Dimensjon	% (n)
Var det noen utskrivningssamtale?	
Ja	10 % (22)
Nei	90 % (197)
Sum	100 % (219)
Var det avtalt at noen skulle være hos deg da kom hjem (andre enn ev. ektefelle/samboer)?*	
Ja	24,6 % (62)
Nei	20,6 % (52)
Vet ikke	1,6 % (4)
Ikke aktuelt	53,2 % (134)
Sum	100 % (252)
Var det noen hos deg da kom hjem?*	
Ikke aktuelt å ha noen der, jeg klarer meg selv	10,6 % (13)
Nei, jeg kom til tomt hus	15,4 % (19)
Ja, pårørende var der	57,7 % (71)
Ja, hjemmetjenesten var der	12,2 % (15)
Noen andre var der	4,1 % (5)
Sum	100 % (123)
Er det tilbudet du mottar nå det du ønsket deg?	
Ja, i høy grad	72,0 % (172)
I noen grad	17,5 % (42)
I liten grad	8,0 % (19)
Overhodet ikke	2,5 % (6)
Sum	100 % (240)

\* Spørsmålet er bare stilt til de som ble utskrevet til hjemmet (N=142)

hva de selv mente var viktig for at de skulle kunne klare seg etter utskrivelse. Det er imidlertid ikke til å komme fra at medvirkning krever at pasienten har krefter til en relativt aktiv rolle, og manglende ressurser beskrives av flere: «Jeg hadde ingen meninger for jeg hadde fått så mye medisiner så jeg ble litt sløv og rar». Data viser at pasientgruppen er svært variert. Noen kommentarer viser pasienter som framstiller seg som fullt

ut i stand til å ivareta seg selv og egne interesser: «Det var kanskje noe med dialogen med legene. De hadde så liten tid. Men jeg kan si fra, jeg. Det er bra det, vet du!». Men andre framstår som sårbare: «Ble ikke inkludert i samtaler. Det gikk mellom leger og personalet».

#### Selve utskrivelsen

Hver tiende pasient oppga å ha hatt en utskrivningssamtale før de

reiste fra sykehuset. (Se tabell 5.)

De som kommenterte utskrivningssamtalen ga en nøktern beskrivelse av hvordan den hadde forløpt: «Hun fra bydelen førte ordet. Vanskelig å vite hvordan det ville bli å komme hjem. Det var mekanisk, gjorde det de skulle», eller «Det var ingen diskusjon. Det var: «Nå skal du hjem, og du får hjelp». Ingen diskusjon». Men det er også mer positive erfaringer, om ikke med selve utskrivningsmøtet, så i alle fall med resultatene av det: «De hadde nok hørt på meg. Da jeg kom hjem, begynte hjemmesykepleien å komme to ganger daglig. Jeg visste det ikke før jeg kom hjem».

Selve utskrivelsen blir erfart og beskrevet ulikt: «Jeg hadde ikke fått beskjed om hva som feilte meg, så det kom brått på. De tok sengene våre om morgenen, måtte sitte på stol til klokka 17 og vente på drosjen. Det var fælt.» Noen av respondentene ga uttrykk for at utskrivningsprosessen var vanskelig: «Jeg var ikke forberedt på hvordan det skulle bli da jeg ble fratatt surstoffet. Jeg ble mye dårligere da jeg kom hjem». Andre igjen ga uttrykk for at det gikk greit: «Jeg er noe svimmel, men ellers ok. Må godta at ting tar lengre tid, og at jeg har blitt avhengig av hjelp».

Vi spurte pasientene hvordan de hadde hatt det etter at de kom hjem eller til sykehjemmet. Av dem som var skrevet ut direkte til hjemmet svarte 54 prosent at de hadde hatt det bra og tilsvarende tall for dem som var skrevet ut til sykehjemmet var 58 prosent. Som tabell 5 viser, oppga nærmere halvparten av dem det var aktuelt for at sykehuset ikke hadde gjort avtale med noen om å være til stede da pasienten kom hjem fra sykehuset. Av dem som var utskrevet direkte til hjemmet,

oppgå 15 prosent at de kom til tomt hus. De pasientene som kom til tomt hus beskriver dette som svært vanskelig: «Jeg følte meg så ensom og forlatt. Hadde en drøm om at hjemmesykepleien var der og hadde satt på kaffen». En annen sier: «Det var ingen som var der. Ingen kom og sa velkommen hjem. Postkassen var full av post. Til slutt

betydelig assistanse. Spesielt har de som skrives ut til hjemmet behov for god forberedelse og tilrettelegging før utskrivning.

Pasientenes gjennomsnittlige liggetid var 12 døgn. Dette er langt mer enn gjennomsnittet for aldersgruppen Statistisk sentralbyrå oppgir, som er seks og et halvt døgn (16). Noe av forklaringen på den store forskjell-

sammensatte behov. Opplæring av pasienter og pårørende ble i 2001 definert som én av sykehusets fire lovpålagte oppgaver (Lov om spesialisthelsetjenesten, § 3.8). Pasientenes erfaringer, slik de uttrykkes i denne undersøkelsen, indikerer at sykehusene ikke fyller sine forpliktelser på dette området i tilstrekkelig grad. Både pasientenes svar på de preformulerte spørsmålene og de frie kommentarene deres, indikerer at de eldre selv ikke erfarer at sykehusene forbereder dem i tilstrekkelige grad, verken for utskrivning til hjemmet eller til sykehjem. Respondentene oppga mangler i både medvirkning, informasjon og opplæring.

Tre av fire pasienter oppga at de var tilfredse med tilbudet de fikk etter utskrivelsen, uavhengig av om de var i sykehjem eller hjemme, noe som indikerer at pasientene har fått den hjelpen de trenger etter utskrivelsen. Dette kan trolig i mange tilfeller kompensere for det pasientene oppgir som manglende forberedelse til utskrivelse. Likevel, selv om familien, hjemmetjenesten og sykehjemmet sørger for at det som oftest ender godt, gjenstår altså inntrykket av at sykehuset ikke fyller sin del av det «sømløse pasientforløpet».

I Sverige er utskrivningssamtaler lovpålagt som et tiltak for å bedre samhandling mellom sykehus og kommunale tjenester (17). Av våre informanter oppga svært få at de har hatt noen utskrivningssamtale. Pasientenes kommentarer i vårt materiale indikerer at utskrivningssamtaler ikke automatisk fører til at pasientenes ønsker og behov trekkes inn, men at slike samtaler kan bli svært «mekaniske» og i liten grad trekker pasienten med i planleggingen. Dette er også vist gjennom stu-

## ” Må godta at ting tar lengre tid, og at jeg har blitt avhengig av hjelp.

kom hjemmehjelpen og hjalp meg i seng da». Eller: «Det var trist. Tenkte: «Håper noen kommer og rer opp sengen min». Satt fra fire om ettermiddagen til langt på kveld og ventet». Selv om det var variasjoner, formidlet respondentene at mange opplevde mye usikkerhet knyttet til utskrivning og oppga at det ikke alltid var forståelse for dette: «Det var likt som ikke noe problem. Du skal få komme hjem – du får hjelp – god tur hjem. Litt sjokk å plutselig få beskjed. Jeg syntes det var verre enn jeg hadde trodd. Det ble mye angst».

### DISKUSJON

Data viser at pasienter på 80 år og eldre har nedsatt funksjon ved utskrivelsen fra sykehus. Man kan se selvrapportert funksjonsnivå på to måter. Enten kan man hevde at de tegner et relativt positivt bilde, pasientenes alder tatt i betraktning, når man tenker på at de ble intervjuet kort tid etter et sykehusopphold. Eller man kan hevde at når 20 prosent av pasientene som sendes hjem og 45 prosent av de som skrives ut til sykehjem, trenger hjelp til å forflytte seg fra seng til stol ved intervjudtidspunkt 16 dager etter utskrivelse, viser dette en pasientgruppe som er avhengig av

len kan være at vi kun inkluderte pasienter som hadde vært innlagt minimum to døgn og at et par av pasientene i materialet hadde ekstremt lange liggetider (median var 9). En annen viktig årsak til den lange liggetiden kan være at denne gruppen utgjør de mest skrøpelige eldre pasientene, de som trenger kommunale tjenester etter utskrivning. De trenger trolig lengre tid på å komme seg, og noen av dem kan også ha fått et forlenget opphold i påvente av at tjenestene i kommunen skulle legges til rette.

Utskrivningsprosesser er vanskelige for alle pasienter som har vært innlagt for alvorlige lidelser (2–11). Våre data gir likevel ikke grunnlag for å framstille den eldste sykehuspasientgruppen som ensartet og hjelpeløs. Like fullt er antakelig utfordringene store. Dette gjelder særlig de aller eldste, som har større hjelpebehov enn de yngre og som i tillegg til den aktuelle diagnosen også har andre helseproblemer.

Det er enighet om viktigheten av at pasienter møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet og preget av kontinuitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. Særlig viktig er dette for eldre pasienter med langvarige og



dier av utskrivningssamtaler i Sverige (17).

Vi ser et potensial for forbedringer. Utskrivningssamtaler kan være ett viktig tiltak, men man må i så fall skape rammer for samtalen som tilrettelegger for at de eldre kan være aktivt medvirkende. Informasjon må ikke kun gis muntlig, men alltid også skriftlig. Informasjon kan og gis i møter der også pårørende deltar, dersom pasienten ønsker det. Man bør også sikre at det blir gjort en eksplisitt vurdering av om pasienten trenger noen der når han eller hun kommer hjem. Og når det er tilfelle må man gjøre klare avtaler om hvem som skal være til stede og om hvilke hjelpetjenester pasienten skal få fra kommunehelsetjenesten ved hjemkomst.

I dette materialet blir kun 43 prosent utskrevet direkte til

hjemmet. Tallene underestimerer imidlertid andelen som til slutt kommer hjem, for mange av de pasientene som utskrives til sykehjem skal bare ha et korttidsopphold med etterbehandling og rehabilitering før de sendes hjem. Vi kjenner imidlertid ikke det videre boforløpet til de som ble utskrevet til sykehjem.

I denne studien har vi kun analysert data fra den ene parten i hjelperelasjonen. Respondentene kan ha glemt den informasjonen og opplæringen som ble gitt og skriftlig informasjon kan ha blitt forlagt. Informasjon til eldre sykehuspasienter kan være krevende, men ansvaret for at informasjonen når fram, hviler likevel på leger og sykepleiere.

Vi kjenner ikke til noen undersøkelse som har innhentet et tilsvarende stort antall av

såpass gamle pasienters erfaringer med utskrivningsprosessen. Kanskje man anser det som for krevende å innhente erfaringene til en gruppe som er så skrøpelig og helsemessig ustabile som gamle, nyutskrevne pasienter? Pasientene som har deltatt i undersøkelsen er ikke representative for alle pasienter som overføres fra sykehus til kommunale omsorgstjenester. Det er likevel verdt å merke seg at våre respondenter hadde klare meninger og preferanser. I motsetning til enkelte utenlandske undersøkelser informanter (18,19) ga de klart uttrykk for at de ønsket å bli hørt, både under sykehusoppholdet og etter hjemkomsten. Også de eldste sykehuspasientene framstår som en viktig kilde til innsikter som er relevante for kvalitetsforbedringer.

## REFERANSER

1. **Samdata Sykehus 2008.** Sintef helse, Trondheim 2008.
2. **García-Caballós M, Ramos-Díaz F, Jiménez-Moleón JJ et al.** Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age Ageing* 2010; 39: 430–6.
3. **Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L et al.** Recent hospitalization and the risk of hip fracture among older Americans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* doi:10.1093/gerona/gln027
4. **Wetherell, JL, Birchler GD, Ramsdell J et al.** Screening for generalized anxiety disorder in geriatric primary care patients. *Int J Ger Psych* 2007; 22:115–23.
5. **Miller JF, Piacentine LB, Weiss M.** Coping difficulties after hospitalisation. *Clin Nurs Res* 2008; 17: 278–96.
6. **Grimmer K, Moss J, Falco J.** Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: a longitudinal study. *Int J Qual Health Care* 2004;16:465–72.
7. **Kalseth B, Middtun L, Paulsen B et al.** Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill. Rapport STF78 A045018. Trondheim: Sintef Helse, 2004.
8. **Forster AJ, Clark HD, Menard A et al.**

- Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004; 170: 345–9.
9. **Lanièce I, Couturier P, Drame M et al.** Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing* 2008; 37: 416–22.
  10. **Sheppard S, Doll H, Angus RM et al.** Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Can Med Assoc J* 2009; 180: 175–82.
  11. **Marengoni A, Agüero-Torres H, Timpini A et al.** Rehabilitation and nursing home admission after hospitalization in acute geriatric patients. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9: 265–70.
  12. **Foss C, Askautrud M.** Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: A critical review of existing instruments. *Scand J Car Sci* 2010; 24: 46–55.
  13. **Katz, S & Apkom, CA.** (1976). A Measure of Primary Sociobiological Functions. *International Journal of Health Services*, 6, 3, 493–507.
  14. **Lawton, MP & Brody, EM.** Assessment of older people: Self-maintaining

- and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 1969; 9: 179–86.
15. **Streiner DL, Norman GR.** Health measurement scales – a practical guide to their development and use. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press: 2003.
  16. **Statistisk årbok 2010.** <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/tab-2010-04-20-06.html>.
  17. **Efrainsson E, Sandman PO, Rasmussen BH.** 'They were talking about me' – elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scand J Car Sci* 2006; 20: 68–78.
  18. **Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S et al.** Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expect* 2007; 10: 248–58.
  19. **Bastiaens H, Royen VP, Pavlic DR et al.** Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68:33–42.

Les praksiskommentaren på  
[sykepleien.no](http://sykepleien.no)



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Sjukepleiarar sine arbeidsforhold har betydning for kvaliteten på klinisk praksis. Jobbtilfredsheit er ein indikator for arbeidsforhold. Det er derfor viktig å ha gode målemetodar for dette. «Job satisfaction scale» (JSS) kan vere eit valid måleinstrument, men informasjon om JSS sin validitet i forhold til norske sjukepleiarar manglar. Føremålet med studien var å undersøke konstruksjonsvaliditeten for spørjeskjemaet JSS hos sjukepleiarar som jobbar på medisinske sengepostar.

**Metode:** Eit tverrsnittsdesign vart

brukt, og sjukepleiarar på dei fire største medisinske sengepostane i Helse Førde var invitert til å delta. Spearman rank test, prinsipal komponentanalyse og delvis minste kvadrats multipl regresjon var brukt for å undersøke samanhangar mellom dei ulike variablane i JSS. Korrelasjonar mellom JSS, eigenvurdert kvalitet på sjukepleie og livstilfredsheit vart undersøkt med Spearman rank test.

**Resultat:** Femtiåtte av 82 sjukepleiarar valde å delta i undersøkinga. Cronbach's a for JSS var 0,89. Mul-

tivariat analyse viste at gode kollegaer, å få bruke sine evner, fridom til å velje egne arbeidsmetodar og annerkjenning for godt arbeid var assosiert med generell jobbtilfredsheit. Sumskår for JSS, samt mesteparten av delspørsmåla var middels korrelert med eigenvurdert kvalitet på sjukepleie og sterkt korrelert med livstilfredsheit.

**Konklusjon:** JSS ser ut til å ha tilfredstillande konstruksjonsvaliditet hos sjukepleiarar på medisinske sengepostar, og kan tilrådest i vidare forskning.

ENGLISH SUMMARY

**Validation of an instrument for measuring job satisfaction**

**Background:** The working conditions of nurses have an impact on the quality of clinical practice. Job satisfaction is an indicator of working conditions, and it is therefore important to have a good measurement of this. The "Job satisfaction scale" (JSS) may be a good instrument, but information about the validity of JSS in Norwegian nurses is lacking.

**Objective:** This study aimed to investigate the construct validity of the JSS in nurses at medical wards.

**Methods:** A cross-sectional design was applied, and nurses at the four largest medical wards in Helse Førde were invited to participate. The Spearman rank test, principal component analysis and partial least square multiple regression analyses were used to investigate associations between the variables of JSS. Correlations between JSS and measures of quality of nursing and life satisfaction were investigated with the Spearman rank test.

**Results:** Fifty-eight of 82 nurses chose to participate in the study. Cronbach's for JSS was 0.89. Principal component analysis showed a primary component that explained 51.8% of the variance.

Multivariate analyses revealed that colleagues, the option to use one's skills, freedom to choose working methods and acknowledgment for well done work were significantly associated with general job satisfaction. The summary score of the JSS and most of the sub items had medium correlations with quality of nursing and strong correlations with life satisfaction.

**Conclusions:** JSS appears to have satisfactory construct validity for nurses in medical wards and is recommended for further research.

**Key words:** Job satisfaction, job satisfaction scale, validation.

# »» Validering av eit måleinstrument for jobbtilfredsheit

Forfattere: Irene Aasen Andersen og John Roger Andersen

## NØKKELORD

- Arbeidsmiljø
- Arbeidstaker
- Dokumentasjon

## BAKGRUNN

Sjukepleiarar sine arbeidsforhold på sjukehus har betydning for pasientar sin risiko for å bli utsett for uheldige hendingar og mortalitet (1,2). Jobbtilfredsheit er ein indikator for arbeidsforhold, og det er derfor viktig å ha gode målemetodar for dette (3,4). Jobbtilfredsheit kan definerast som i kva grad ein er tilfreds med jobben samla sett, eller delar av denne (3). Eit instrument for generell jobbtilfredsheit er «Job Satisfaction Scale» (JSS) (5). Føremålet med JSS var å utvikle eit enkelt måleinstrument som kan kartlegge dei viktigaste dimensjonane av jobbtilfredsheit. Dette sjølvadministrerte skjemaet har blitt brukt for å måle legar og anna helsepersonell sin jobbtilfredsheit både nasjonalt og internasjonalt, noko som tyder på at innhaldsvaliditeten har blitt vurdert som god (6-8). Sidan JSS er generelt så kan det brukast til

å samanlikne jobbtilfredsheit hos ulike yrkesgrupper. Dette kan vere nødvendig når ein skal undersøke i kva grad arbeidsforholda i sjukepleieyrket skil seg frå andre yrker som det er naturleg å samanlikne seg med. Prinsippal komponentanalyse har indikert at skjemaet gir ein typisk ein faktor løysing og at reabiliteten er tilfredsstillande (9). Vi meiner likevel at det er behov for meir informasjon om skjemaet sin validitet når JSS skal brukast i større prosjekt i forhold til norske sjukepleiarar på medisinske sengepostar. Fordi JSS består av fleire ulike spørsmål er vi til dømes usikre på i kva grad dei er indikatorar for generell jobbtilfredsheit i multivariate analysar. Vi spør også i kva grad JSS er assosiert med opplevd kvalitet på sjukepleie og livstilfredsheit. Begge desse variablane bør på teoretisk og empirisk grunnlag korrelere med jobbtilfredsheit (1, 3, 4, 10). Føremålet med denne studien var derfor å undersøke JSS sin konstruksjonsvaliditet i forhold til sjukepleiarar på medisinske sengepostar.

## METODE

### Design og etikk

I denne tverrsnittundersøkinga

frå 2007 vart alle sjukepleiarane (N=82) ved dei største medisinske sengepostane i Helse Førde invitert til å delta. Bakgrunnen var at sjukepleiarane ved desse avdelingane uansett skulle ha ei kartlegging av arbeidsmiljøet. Datasamlinga vart gjort med sjølvadministrert spørreskjema. Med 70 prosent deltaking vil studien ha styrke til å oppdage ein signifikant (P mindre enn 0,05) Spearman rank-korrelasjon ( $\rho$ ) = 0,26. Vi hadde som mål og ha nok styrke til å kunne oppdage ein signifikant korrelasjon = 0,3. Studien vart klarert av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig

### Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at måleinstrumentet Job satisfaction scale (JSS) egner seg i kartlegging av norske sykepleieres jobbtilfredsheit.

### Mer om forfatterne:

Irene Aasen Andersen er utdannet sykepleier og jobber til daglig som høgskulelektor. John Roger Andersen er utdannet sykepleier og jobber til daglig som førsteamanuensis. Begge er ansatte ved avdeling for helsefag, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Kontakt: irene.andersen@hisf.no.

datatjeneste AS, og blei gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer.

### Jobbtilfredsheit

Jobbtilfredsheit blei undersøkt

med måleinstrumentet JSS (5). Skjemaet består av ti spørsmål om kor nøgd ein er med ulike delar av jobben. Eit av spørsmåla er av overordna karakter og er knytt til generell jobbtil-

fredsheit. Dei andre spørsmåla omhandlar; tildelt ansvarsmengde, variasjon i arbeidsoppgåver, forhold til kollegaer og medarbeidarar, fysisk arbeidsmiljø, høve til å bruke egne evner, fridom til å velje egne arbeidsmetodar, annerkjenning for godt arbeid, løn og arbeidstid. Kvart spørsmål har ein skår frå 1 (svært missnøgd) til 7 (svært nøgd). Sumskår for JSS kan kalkulerast med å rekne ut gjennomsnittleg skår. For å undersøke om utvalet var nokolunde representativt brukte vi også jobbtilfredsheitsspørsmål frå Ward Organisational Features Scales (WOFS), og samanlikna resultatet med eit anna materiale (11).

### Kvalitet på sjukepleie

Kvalitet på sjukepleie vart målt med eit skjema som omhandlar i kva grad sjukepleiarane vurderer at pasientane får dekkja sine grunnleggande behov mens dei er innlagt på sjukehus (12). Skjemaet består av seks spørsmål og er knytt til fysiologiske behov, behov for kommunikasjon/kontakt med andre, behov for søvn og kvile/vere i fred, førebygge infeksjonsspreiing og fremme hygiene, førebygge at pasientar blir skada ved feilbehandling eller uhell og vegleieing som er helsefremmande og som fremmer adekvat bruk av tilgjengelege helsetenester. Kvart spørsmål har ein skår frå 1 (svært dårleg) til 7 (svært bra). Ein sumskår kan kalkulerast med å rekne ut gjennomsnittleg skår.

### Livstilfredsheit

Livstilfredsheit vart målt med eit spørsmål om kor nøgd ein er med til livet generelt sett på ein skala frå 1 til 7, der 1 er svært dårleg og 7 svært bra (5).

**TABELL 1:** Karakteristikk av sjukepleiarane (N=58)

Variablar	n (%)
Erfaring som sjukepleiar, år	
< 1	7 (12,1)
1-2	11 (19,0)
3-5	6 (10,3)
6-9	16 (27,6)
10+	18 (31,0)
Stillingsstorleik, %	
≤ 50	0 (0)
51-99	46 (79,3)
100	12 (20,7)
Vidareutdanning	
Ja	37 (63,8)
Nei	21 (36,2)

**TABELL 2:** Job satisfaction scale (JSS) (N=58)

Variablar	Snitt ± sd
Sumskår JSS	5,0 ± 0,9
Kollegaer og medarbeidarar	5,9 ± 1,0
Generell jobbtilfredsheit	5,5 ± 1,1
Variasjon i arbeidsoppgåver	5,3 ± 1,2
Bruke egne evner	5,2 ± 1,3
Ansvarsmengde	5,1 ± 1,4
Fridom til å velje egne arbeidsmetodar	5,0 ± 1,2
Fysiske arbeidsforhold	4,8 ± 1,2
Arbeidstid	4,6 ± 1,3
Annerkjenning for godt arbeid	4,6 ± 1,5
Løn	3,7 ± 1,6

1 = svært misstiltfreds og 7 = svært tilfreds.

## Statistikk

Utvalet sin jobbtilfredsheit, målt med WOFS, vart samanlikna med ei norsk referansegruppe med t-test (11). Dersom forskjellen er liten, så er dette ein indikasjon på at utvalet i denne studien ikkje skil seg vesentleg frå andre medisinske sengepostar. Korrelasjonar mellom variablar vart undersøkt med Spearman rank-test. Cronbach's a blei nytta for å undersøke intern konsistens i spørjeskjema. Prinsipal komponentanalyse vart nytta for å beskrive variasjon i JSS. Rotert faktoranalyse vart ikkje gjort på grunn av få observasjonar, noko som kan gje ustabile resultat. I staden for så valde vi og gjere ein delvis minste kvadrats multipl regressjon med generell jobbtilfredsheit som avhengig variabel, og dei resterande spørsmåla i JSS som uavhengige variablar. Denne forma for multipl regressjon

er nyttig når talet på variablar er mange i høve talet på observasjonar og når det er sterk korrelasjon mellom dei uavhengige variablane (13). Metoden er robust og kan brukast på ordinale data. Statistisk signifikans i delvis mindre kvadrats multipl regressjon blir kalkulert med kryssvalidering som gir eit 95 prosent usikkerheitsintervall. Dersom dette intervallet ikkje

Sirius versjon 8,0 vart nytta ved prinsipal komponentanalyse og delvis minste kvadrats multipl regressjon. SPSS versjon 19 var nytta til andre analysar.

## RESULTAT

### Karakteristika av sjukepleiarane

Femtiåtte sjukepleiarar deltok i undersøkinga (svarprosent = 70,7) (sjå tabell 1). Jobb-

” Skjemaet består av ti spørsmål om kor nøgd ein er med ulike delar av jobben.

inkluderar verdien 0, så vert resultatet rekna som statistisk signifikant. For andre analysar er ein P-verdi = 0,05 rekna som statistisk signifikant. Effektstorleik (ES) for korrelasjonar vart klassifisert i forhold til Cohen sine kriterium: Mindre enn 0,2 triviell ES; 0,2–0,29 liten ES; 0,3–0,49 middels ES og = 0,5 stor ES (14). Programvara

tilfredsheit til utvalet, målt med WOFS, var svært liten og ikkje signifikant forskjellig frå referansegruppa, differanse = -0,09; 95 prosent CI, -0,24, -0,07; P=0,269. (Sjå tabell 1.)

### Skår på JSS og Rehabilitering

Cronbach's a for JSS var 0,89. Samla JSS sumskår var 5,0 ± 0,9, og 10 personar (17,2

**TABELL 3:** Spearman rank korrelasjonstabell for Job satisfaction scale (N=58)

	VAR	KOLL	FYS	EVN	GJT	FRI	ANE	LØ	ARB	SUM
1. ANS	0.76*	0.41*	0.34*	0.56*	0.51*	0.42*	0.41*	0.23	0.30*	0.65*
2. VAR		0.34*	0.42*	0.57*	0.52*	0.52*	0.46*	0.29*	0.33*	0.66*
3. KOLL			0.16	0.63*	0.68*	0.40*	0.51*	0.23	0.49*	0.65*
4. FYS				0.48*	0.35*	0.63*	0.47*	0.35*	0.30*	0.62*
5. EVN					0.73*	0.65*	0.64*	0.44*	0.54*	0.84*
6. GJT						0.62*	0.66*	0.34*	0.50*	0.80*
7. FRI							0.62*	0.41*	0.49*	0.77*
8. ANE								0.58*	0.46*	0.81*
9. LØN									0.64*	0.66*
10. ARB										0.71*
11. SUM										

Merknad; Forkortingar; ANS: Ansvarsmengde. VAR: Variasjon i arbeidsoppgåver. KOLL: Kollegaer og medarbeidarar. FYS: Fysiske arbeidsforhold. EVN: Bruke egne evner. GJT: Generell jobbtilfredsheit. FRI: Fridom til å velje egne arbeidsmetodar. ANER: Annerkjening for godt arbeid. ATID: Arbeidstid. SUM: Sumskår.

\*P ≤ 0,05.

prosent) hadde ein sumskår = 4 poeng. Dei fleste variablane hadde litt skeiv positiv fordeling. Det var ingen betydeleg «tak»- eller «gulv»-effekt, noko som indikerer at få hadde skår i ytterkantane av skalaen. Sju-

3). Prinsipal komponent analyse viste ein einfaktorløyning som forklarte 51,8 prosent av variasjonen. Løn lada svakast på denne komponenten (0,61), mens mulighet å få brukt sine evner lada sterkast (0,86). To

trivielle. Modellen forklarte 67,5 prosent av variasjonen i generell jobbtilfredsheit. I forhold til forbettringspotensiale var, anerkjenning for godt arbeid, særleg viktig fordi skåren på denne variabelen var relativt låg og hadde god evne til å predikere generell jobbtilfredsheit (data ikkje vist). Alle skår på JSS var signifikant korrelert med kvaliteten på sjukepleie, unntatte løn (tabell 4). I forhold til livstilfredsheit var alle skår på JSS signifikant korrelert med dette. (Sjå figur 1 og tabell 4)

” Livstilfredsheit vart målt med eit spørsmål om kor nøgd ein er med til livet generelt sett på ein skala frå 1 til 7.

kepleiarane var mest nøgd med sine kollegaer og minst nøgd med løn (Sjå tabell 2 og 3).

### Konstruksjonsvaliditet

Korrelasjonsanalyse mellom variablane i JSS, viste at generell jobbtilfredsheit var sterkast korrelert med mulighet å få brukt sine evner og svakast korrelert med løn (tabell

andre faktorar forklarte over 10 prosent kvar, men var lite tolkbare. Multipel regresjon viste at kollegaer og medarbeidarar, mulighet for å få brukt egne evner, velje egne arbeidsmetodar og anerkjenning for godt arbeid predikerte generell jobbtilfredsheit (figur 1). Effekten av dei andre variablane var ikkje signifikante eller

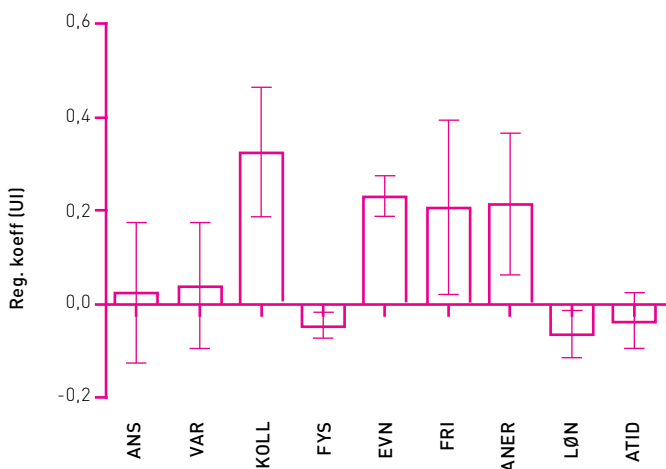
### Diskusjon

Prinsipal komponent analyse viste ein hovuddimensjon som forklarte 51,8 prosent av variansen i JSS. Dette er tilfredstillande og samsvarar med det ein har funne i andre studiar (9, 15). På ei anna side så var det liten korrelasjon mellom ein del av variablane i JSS. I multivariat analyse var kollegaer, å få bruke sine evner, fridom til å velje arbeidsmetodar og anerkjenning for godt utført arbeid assosiert med generell jobbtilfredsheit. Sumskår for JSS, samt ein del av einskildspørsmåla var moderat korrelert med kvaliteten på sjukepleie og sterkt korrelert med livskvalitet.

Styrken med denne studien er ein rimeleg god svarprosent, det vil seie større enn 70 prosent. JSS vart også testa med relevant metodikk i forhold til talet på observasjonar. Det er også haldepunkt for at utvalet er rimeleg representativt for sjukepleiarar på medisinske sengepostar i Norge, sidan forskjellen i jobbtilfredsheit er liten i forhold til det ein har funne på liknande sengepostar (11). Det er derimot mogleg at resultatet hadde vore litt annleis med ei anna sjukepleiegruppe. Studien

**FIGUR 1:** Samanheng mellom generell jobbtilfredsheit og andre variablar

Delvis minste kvadrats multipel regresjon med generell jobbtilfredsheit som avhengig variabel (N=58). Forklart varians = 67,5%. Forkortingar; UI: Usikkerheitsintervall. ANS: Ansvar. VAR: Variasjon i arbeidsoppgåver. KOLL: Kollegaer og medarbeidarar. FYS: Fysiske arbeidsforhold. EVN: Bruke egne evner. FRI: Fridom til å velje arbeidsmetodar. ANER: Anerkjenning for godt arbeid. ATID: Arbeidstid.



har avgrensingar relatert til at det ikkje var tilrådeleg å gjere rotert faktoranalyse på grunn av storleiken på utvalet. Rotert faktoranalyse krev ideelt sett minst 200–300 observasjonar og kunne gitt tilleggsinformasjon om forholda mellom variablane i JSS. Vi hadde dessutan ikkje data på kjønn og alder fordi einskildpersonar då vart lett å identifisere. Dei fleste var derimot kvinner. Erfaring som sjukepleiar, som er positivt korrelert med alder, var ikkje signifikant korrelert med JSS.

Samla sett var jobbtilfredsheita i denne studien relativt god. Funna skil seg ikkje særleg frå norske legar som jobbar på medisinske avdelingar sin jobbtilfredsheit (8), eller funn som viser at norske sjukepleiarar ofte har rimeleg god jobbtilfredsheit (16-18). Unnataket er at sjukepleiarane i denne studien var mindre nøgde med løna enn det som er vanleg hos legar (8).

Ei utfordring i tolkinga av JSS er at skalaen ikkje er gradert med kvalitative beskrivingar på alle svaralternativa. Vi foreslår at middelværdien på skalaen kan nyttast slik at ein skår på 4 eller lågare på einskildspørsmåla kan tolkast som ein indikasjon på redusert jobbtilfredsheit. Legg ein dette til grunn vil ein sumskår på JSS 4,0 eller mindre kunne tolkast som ein indikasjon på vesentleg redusert jobbtilfredsheit.

spelar lita rolle om ein brukar den gjennomsnittlege sumskåren for JSS eller spørsmålet om generell jobbtilfredsheit målt med eit spørsmål, dersom målet er å beskrive generell jobbtilfredsheit. Multivariat analyse viste derimot at JSS har indre jobbfaktorar og ytre jobbfaktorar. Ytre jobbfaktorar var ikkje assosiert med generell jobbtilfredsheit. Ei forklaring for dette kan vere at sjukepleiarar først og fremst relaterer

” Styrken med denne studien er ein rimeleg god svarprosent.

Eit av føremåla med ein gjennomsnittleg sumskår er at fleire indikatorar reflekterer den underliggande variabelen. I dette tilfellet jobbtilfredsheit. I denne studien var derimot den gjennomsnittlege sumskåren på JSS og einskildspørsmålet om generell jobbtilfredsheit sterkt korrelert. Dette indikerer at det

spørsmål om generell jobbtilfredsheit til innhaldet i jobben. Det vil seie at ytre jobbfaktorar ikkje vert rekna som «jobben» i seg sjølv. Dette betyr ikkje at løn er uviktig (4), men at indre jobbfaktorar er viktigare for den generelle jobbtilfredsheita. I denne studien viste sekundær-analysar at løn indirekte kan påverke generell jobbtilfredsheit gjennom påverknad på variabelen «å få annerkjenning for godt utført arbeid» (data ikkje vist).

JSS var signifikant korrelert med eigenvurdert kvalitet på sjukepleie og livstilfredsheit. Korrelasjonen mellom JSS og kvalitet på sjukepleie er viktig fordi den tydar på at JSS er sensitiv for kvaliteten på klinisk praksis. Korrelasjonen mellom jobbtilfredsheit og livstilfredsheit var sterk. Forklaringa kan vere at jobbtilfredsheit er viktig for livstilfredsheit, men det er også mulig at ei generell positiv innstilling til livet gir høgare JSS-skår (10). Sannsynlegvis er begge deler riktig, altså at vi har observert ein tovegseffekt.

Vi konkluderer med at studien gir haldepunkt for at JSS er eit valid måleinstrument for

**TABELL 4:** Spearman rank korrelasjonstabell mellom JSS, kvalitet på sjukepleie og livstilfredsheit (N=58)

Variablar	Kvalitet på sjukepleie	Livstilfredsheit
Sumskår JSS	0,47*	0,73**
Ansvarsmengde	0,37*	0,48*
Variasjon	0,26*	0,41*
Kollegaer og medarbeidarar	0,43*	0,64*
Fysiske arbeidsforhold	0,27*	0,26*
Bruke egne evner	0,35*	0,54*
Generell jobbtilfredsheit	0,43*	0,69*
Fridom til å velje egne arbeidsmetodar	0,34*	0,54*
Annerkjenning for godt arbeid	0,49*	0,63*
Løn	0,19	0,42*
Arbeidstid	0,27*	0,59*

\* P<0.05.

jobbtilfredsheit for norske sjukepleiarar som jobbar på medisinske sengepostar. JSS kan

gingar. Vidare forskning bør ha tilstrekkeleg observasjonar slik at ein kan gjere faktoranalysar,

plementære måleinstrument (11,19).

## ” Korrelasjonen mellom jobbtilfredsheit og livstilfredsheit var sterk.

vere nyttig i vidare forskning og men også i interne kartleg-

og undersøke korrelasjonar og nytteverdi i forhold til kom-

Vi takkar Høgskulen i Sogn og Fjordane, Helse Førde og Norsk sjukepleiarforbund for økonomisk støtte som gjorde datasamling, analysearbeid og skriving av manuskriptet mogleg.

### REFERANSER

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*. 2008;38:223-9.
2. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research*. 2008;43:1145-63.
3. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. *International journal of nursing studies* 2005;42:211-27.
4. Utriainen K, Kyngas H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of nursing management*. 2009;17:1002-10.
5. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol*. 1979;52:129-48.
6. Sterud T, Hem E, Lau B, Ekeberg O. A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *J Occup Med Toxicol*. 2011;6:10.
7. Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scandinavian journal of public health*. 2009;37:503-8.
8. Nylenna M, Aasland OG. Jobbtil-

fredshet blant norske leger. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 2010;130:1028-31.

9. Finset KB, Gude T, Hem E, Tyssen R, Ekeberg O, Vaglum P. Which young physicians are satisfied with their work? A prospective nationwide study in Norway. *BMC medical education*. 2005;5:19.
10. Layard R. *Happiness. Lessons from a new science*. New York: Penguin, 2005.
11. Sjetne IS, Stavem K. Properties of a Norwegian version of the Ward Organisational Features Scales. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2006;20:455-61.
12. Sjetne IS, Veenstra M, Ellefsen B, Stavem K. Service quality in hospital wards with different nursing organization: nurses' ratings. *Journal of advanced nursing*. 2009;65:325-36.
13. Statsoft. *Electronic Statistics Textbook: Partial Least Squares (PLS)*. Tilgjengeleg frå: <http://www.statsoft.com/textbook/partial-least-squares/>. [Nedlasta 09.02.2012].
14. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 1 ed. New York: Academic Press, 1978.
15. Hills D, Joyce C, Humphreys J. Validation of a Job Satisfaction Scale in the Australian Clinical Medical Workforce. *Evaluation & the health professions* 2011; doi: 10.1177/0163278710397339.
16. Bjørk IT, Samdal GB, Hansen BS, Torstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *Inter-*

*national journal of nursing studies*. 2007;44:747-57.

17. Daehlen M. Job satisfaction and job values among beginning nurses: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2008;45:1789-99.
18. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human resources for health*. 2006;4:3.
19. Sjetne IS. Måleinstrumentet «The Nursing Work Index-Revised» – oversettelse og utprøving av en norsk versjon. *Sykepleien Forskning*. 2011;6:58-365.

Les kommentaren på side 341 >>



# Måling av jobbtildfredshet kan bedre sykepleien

› Å kartlegge jobbtildfredshet blant sykepleiere kan gi et godt grunnlag for å iverksette målrettede forbedringstiltak.



**Marjolein M. Iversen**

Førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen og post doc. ved Endokrinologisk poliklinikk, Stavanger HF.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Andersens artikkel beskriver i hvilken grad spørreskjemaet Jobb Satisfaction Scale (JSS) er et pålitelig verktøy for måling av jobbtildfredshet hos sykepleiere på medisinske sengeposter. Spørreskjemaet er tidligere oversatt til norsk og har i Norge blant annet vært brukt til å måle jobbtildfredshet hos leger.

Forfatterne hevder at jobbtildfredshet er en indikator for arbeidsforhold. Det er rimelig å anta at arbeidsforhold kan ha betydning for å beholde sykepleiere i stillingene sine, og videre at ubesatte stillinger påvirker helsetjenesten, pasientene og helsepersonell. Dette reduserer kvaliteten i sykepleien, øker risikoen for uheldige hendelser, gir lavere jobbtildfredshet og økte kostnader. Å kartlegge jobbtildfredshet ved hjelp av JSS kan være et viktig bidrag for mer syste-

matisk jobbing med kvalitet i helsetjenesten.

Innenfor spesialisthelsetjenesten vil det være viktig å kartlegge sykepleieres jobbtildfredshet på avdelinger innenfor samme divisjon og sammenlikne mer spesialiserte avdelinger med generelle medisinske eller kirurgiske avdelinger. På denne måten kan man danne et grunnlag for å iverksette målrettede tiltak. Dersom skjemaet viser seg å være sensitivt nok, kan man i tillegg til bruken som forfatterne har beskrevet, kunne evaluere effekt av tiltak etter kortere eller lengre tid. I beste fall vil skjemaet kunne predikere faktorer som kan ha betydning for kvaliteten i sykepleie og helsetjenesten.

Foruten bruk i spesialisthelsetjenesten, er det etter min mening også viktig å vurdere skjemaet sin egnethet innen-

for primærhelsetjenesten, både blant sykepleiere og kanskje blant andre yrkesgrupper. Skjemaet er allerede tatt i bruk for å måle jobbtildfredshet hos leger. Også internasjonalt er JSS-skjemaet tatt i bruk, slik at vi i framtiden vil kunne sammenlikne oss med andre land både i og utenfor Europa.

Artikkelen er relevant for alle som tar sikte på å sette i gang kvalitetsforbedringsstudier eller forskningsstudier som tar utgangspunkt i den kliniske hverdag der sykepleierens jobbtildfredshet ønskes belyst.

PS: I tillegg kunne det vært greit å vise JSS-skjemaet i en tabell eller figur, det er jo bare seks spørsmål.

Les artikkelen på side 334





Arkivfoto: Marit Fonn

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Tidligere studier har vist at det gjøres for mange svangerskapskontroller i Norge, og at nasjonale retningslinjer ikke blir fulgt. I 2005 omorganiserte Tromsø kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge svangerskapsomsorgen i kommunen, her omtalt som Tromsømodellen.

**Hensikt:** Å undersøke hvor mange svangerskapskontroller de gravide fikk, og hvordan fordelingen av kontroller var mellom jordmør og lege, og om antallet kontroller var i tråd med nasjonale anbefalinger.

**Metode:** Til sammen 409 kvinner med bostedsadresse i Tromsø kommune og som fødte ved UNN i perioden 01.12.09–31.05.10 ble inkludert i studien. Data om antall svangerskapskontroller, hvor de foregikk, antall tidligere fødsler og om kvinnen var vurdert som risikoføddende ble hentet fra Helsekort for gravide og fra pasientjournalen på UNN.

**Resultater:** Til sammen 392 kvinner fulgte Tromsømodellen mens 17 kvinner gikk til et legekantor som ikke fulgte denne modellen. Kvin-

nene som fulgte Tromsømodellen hadde gjennomsnittlig 10,0 kontroller i svangerskapet, hvorav 3,3 var hos fastlegen, 5,1 hos jordmør og 1,6 i fødepoliklinikk. Første- og flergangsføddende fikk like mange kontroller, mens kvinner vurdert som risikoføddende fikk flere kontroller enn lavrisikoføddende (10,6 versus 9,8;  $p=0,01$ ).

**Konklusjon:** Det er god oppslutning om Tromsømodellen, og de nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen følges.

## ENGLISH SUMMARY

### Guidelines for antenatal care followed in Tromsø

**Background:** Previous studies have found that national guidelines on antenatal care were not followed until 2001 in Norway, and that there were more antenatal consultations than recommended. In 2005, a new model of antenatal care was introduced in the Tromsø municipality, called «The Tromsø Model».

**Objective:** The goals of the present study were to investigate the number of antenatal consultations, how they were allocated between midwives and general practitioners (GPs), and if the number of consultations were accor-

ding to the 2005 national guidelines.

**Methods:** Four hundred and nine women, living in the Tromsø municipality and who gave birth at the University Hospital of North Norway between 01.12.09 and 31.05.10, were included in the study. Data on the number of antenatal consultations, who conducted them, the women's risk status and number of previous deliveries, were collected from patient files at the University Hospital of North Norway.

**Results:** Three hundred and ninety-two women attended consultations with GPs who followed «The Tromsø Model», compared to 17 with GPs

who did not follow this model. The women who followed the recommendations in «The Tromsø model» had a mean of 10,0 antenatal consultations; 3,3 of the consultations were conducted by the GP, 5,1 by a midwife and 1,6 in the hospital's outpatient clinic. There were no differences in the number of consultations between primiparous and multiparous women. On average, women with high-risk pregnancies had more consultations (10,6 vs. 9,9;  $p=0,01$ ).

**Conclusions:** Most GPs and midwives followed «The Tromsø model», and the recommendations from the national guidelines were followed in the municipality.

# » Retningslinjer for svangerskapsomsorgen følges i Tromsø

Forfattere: Gunnbjørg Andreassen, Pål Øian, Trond Brattland og Ellen Blix

## NØKKELORD

- Svangerskap
- Samhandling
- Organisering
- Kvantitativ studie

## BAKGRUNN

Svangerskapsomsorgen i Norge er en forebyggende helsetjeneste med nær 100 prosent oppslutning (1,2). Fra begynnelsen av forrige århundre ble det anbefalt 10–12 kontroller gjennom svangerskapet, og denne anbefalingen ble fulgt fram til midten av 80-tallet (3,4). I 1984 ble det anbefalt et program med ti svangerskapskontroller for friske førstegangsgravide og seks for flegangsgravide før fødselsterminen. Det ble også anbefalt at jordmødre skulle involveres i svangerskapskontrollene og stå for seks av kontrollene hos førstegangsgravide og fire av kontrollene hos flegangsgravide (3). Fra 1996 ble kommunene pålagt å ha tilbud om jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen (5).

Backe har undersøkt hvor mange svangerskapskontroller

gravide fikk i Norge i årene 1996 og 2000. For år 2000 undersøkte han også i hvilken grad jordmødre utførte svangerskapskontrollene (1,2). I 1996 hadde gravide kvinner gjennomsnittlig 12,2 kontroller (2). Dette var betydelig over gjennomsnittet for de nasjonale anbefalingene (3). I 2000 hadde dette endret seg lite, det ble gjort gjennomsnittlig 12,4 svangerskapskontroller på førstegangsgravide og 11,7 på flegangsgravide kvinner. Jordmødre utførte 44 prosent av kontrollene, dette var lavere enn de nasjonale anbefalingene (1). Det ble konkludert med et overforbruk av svangerskapskontroller og at nasjonale retningslinjer ikke ble fulgt (1,2).

I 2005 ga Helsedirektoratet ut nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen (4). Her ble det anbefalt åtte til ni svangerskapskontroller til og med svangerskapsuke 40 både for første- og flegangsgravide. Dette er inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18 (tabell 1). Det ble anbefalt at svangerskapsomsorgen skulle utføres av jordmor eller allmennlege, eller gjennom et

samarbeid mellom disse. Det ble presisert at kvinnen selv burde få bestemme om hun ville gå til jordmor, allmennlege eller en kombinasjon. Det ble også anbefalt at kvinner skulle tilbys kontinuitet gjennom svangerskapsomsorgen, forstått som å møte så få fagpersoner som mulig (4). Det er ikke gjort

## Hva tilfører artikkelen?

Resultatene i denne studien viser at leger og jordmødre er lojale til nasjonale anbefalinger og Tromsømodellen.

## Mer om forfatterne:

Gunnbjørg Andreassen er jordmor og koordinator ved Kvinneklinikken, Jordmørsenteret i Tromsø, UNN. Pål Øian er professor og seksjonsoverlege ved Kvinneklinikken, UNN og ved Forskningsgruppe for kvinnehelse og perinatologi, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø. Trond Brattland er overlege i allmennmedisin og kommuneoverlege i Byrådsavdelingen for helse og omsorg, Tromsø kommune. Ellen Blix er jordmor, DrPH og helsefaglig forskningsleder ved Klinisk forskningsavdeling, UNN. Kontakt: gunnbjorg.andersen@unn.no.

studier som undersøker om retningslinjene fra 2005 blir fulgt. (Se tabell 1.)

### ORGANISERING

Tromsø kommune har omkring 1000 gravide årlig (6). Siden 1995 har Tromsø kommune kjøpt jordmortjenester fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Jordmødre ansatt på sykehuset utførte svangerskapsomsorg i kommunal regi i et samarbeid med byens fastleger. Jordmødrene jobbet ved forskjellige helsestasjoner.

I 2004 gikk Tromsø kommune og Kvinneklinikken ved UNN sammen om å omorganisere svangerskapsomsorgen i kommunen. Formålet med omorganiseringen var å sikre en god svangerskapsomsorg med et tydelig og likt tilbud til alle. Man ønsket et godt samarbeid mellom de ulike aktø-

ringer. I tillegg ble det ansatt sekretær i 40 prosent stilling. I dag har 11 jordmødre en eller to arbeidsdager ved Jordmørsenteret hver uke, ellers arbeider de ved Kvinneklinikken. Legekonsultasjonene foregår hos fastlegen. Ved første kontroll hos lege får kvinnen informasjon om tilbudet Tromsø kommune har for svangerskapsomsorgen og om samarbeidet med Jordmørsenteret. Alle gravide tilbys en kontroll hos jordmor i løpet av svangerskapsuke 16–17. Dette kalles et livsstilmøte der man kartlegger ulike risikofaktorer, for eksempel rus og psykisk belastning, og oppfølgingsbehov og gir kvinnen råd. Friske gravide anbefales en basispakke i primærhelsetjenesten som består av åtte kontroller til og med svangerskapsuke 40, tre hos lege og fem hos jordmor i tillegg til rutinemessig ultraly-

jordmor og spesialisthelsetjenesten. Vi ville også undersøke om det var forskjell i antall svangerskapskontroller hos kvinner som ble vurdert som normalfødende sammenliknet med dem som ble vurdert som risikofødende ved innleggelse i fødeavdelingen.

### MATERIALE OG METODE

Kvinner med bostedsadresse i Tromsø kommune og som fødte på fødeavdelingen ved UNN i perioden 01.12.2009–31.05.2010 ble inkludert i studien. Ved innleggelse til fødsel skulle kvinnen ha en svangerskapsvarighet på minst 36 uker og seks dager, ha fått hele svangerskapsomsorgen i Tromsø kommune og Helsekort for gravide måtte være i journalen. I studieperioden var det 711 kvinner som fødte ved avdelingen, og 464 hadde bostedsadresse i Tromsø kommune. Femtifem kvinner fylte ikke inklusjonskriteriene; 13 fødte før uke 37, 12 var tilflyttet i løpet av svangerskapet, 27 hadde glemt Helsekort for gravide og tre hadde fått hele svangerskapsomsorgen i poliklinikken ved UNN. Til sammen 409 kvinner ble inkludert i studien, 392 fra Tromsømodellen og 17 fra legekantoret som ikke deltar i ordningen.

Dette er en retrospektiv kohortstudie. Data er hentet fra fødselsprotokollen i avdelingen, Helsekort for gravide og elektronisk pasientjournal. I fødselsprotokollen blir det fortløpende registrert navn og adresse for alle kvinner som føder i avdelingen. Antall svangerskapskontroller, og hvem som hadde utført dem, ble hentet fra Helsekort for gravide. Opplysninger om rutinemessig ultralydundersøkelse, kontrol-

” De nasjonale retningslinjene anbefaler åtte til ni kontroller for friske gravide kvinner til og med uke 40.

rene, å unngå at friske kvinner ble overkontrollert, og sikre at kvinner med sykdommer eller risikofaktorer fikk kontroll og behandling på riktig nivå. Det ble bygd videre på samarbeidet mellom lege og jordmor i primærhelsetjenesten og kjøp av jordmorressurser fra Kvinneklinikken som sikrer kontinuitet inn til fødeavdelingen. Tromsømodellen for svangerskapsomsorgen ble utviklet, og i 2005 åpnet Jordmørsenteret (7). Gjennom en omstillingsprosess ble jordmorressursene fra helsestasjonene samlet og integrert som et senter i en av byens helsestasjoner. Andelen jordmorstillinger i kommunen ble økt fra 1,0 til 2,65 stil-

lundersøkelse (tabell 1). Etter første svangerskapskontroll hos fastlegen kan kvinnene velge om de vil ha denne fordelingen, eller gå bare til lege eller bare til jordmor. En allmennlege og en jordmor er koordinatører og planlegger og følger opp tjenesten. Ett legesenter i kommunen er ikke med i Tromsømodellen, de har eget opplegg og har ansatt jordmor i 20 prosent stilling.

Formålet med denne studien var å evaluere svangerskapsomsorgen i Tromsø kommune og Tromsømodellen. Vi ville undersøke hvor mange svangerskapskontroller første- og flergangsfødende fikk, og hvordan fordelingen var mellom lege,

ler ved fødepoliklinikk og om kvinnen var lavrisikofødende eller ikke, er hentet fra pasientjournalen.

Følgende opplysninger ble registrert: Om kvinnen var første- eller flergangsfødende, antall kontroller hun hadde hatt hos jordmor i primærhelsetjenesten, antall kontroller hos lege i primærhelsetjenesten, antall kontroller i spesialisthelsetjenesten, rutinemessig ultralydundersøkelse samt om kvinnen var antatt normalfødende eller risikofødende ved innleggelsen i avdelingen. En slik klassifisering ved innkomst er rutine ved fødeavdelingen i UNN. Antatt normalfødende defineres som friske kvinner med ett foster i hodepresentasjon, spontan fødselsstart mellom svangerskapsuke 37 og 42 og hvor det forventes en ukomplisert fødsel. Flergangsfødende skal ha hatt tidligere normale svangerskap og fødsler.

Vi beregnet gjennomsnitt av antall kontroller og standardavvik. For å analysere om det var

forskjeller i antall kontroller hos første- og flergangsfødende, fordelingen mellom lege og jordmor, mellom antatt normalfødende og risikofødende og kvinner som fulgte Tromsømodellen og de som gikk til legekantoret som ikke var med i ordningen, beregnet vi forskjell i gjennomsnittlig antall kontroller og 95 prosent konfidensintervall for forskjellen. Personvernombudet ved UNN vurderte undersøkelsen som en kvalitetsstudie, og bestemte at det ikke var nødvendig at studien ble vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning.

## RESULTATER

De 409 kvinnene gikk til 3466 svangerskapskontroller hos fastlege eller jordmor i Tromsø kommune. Jordmor utførte 2137 (62 prosent) av svangerskapskontrollene i primærhelsetjenesten. Syv kvinner (2 prosent) gikk bare til jordmor og 16 (4 prosent) gikk bare til lege. Halvparten av kvinnene

(51) var førstegangsfødende. Til sammen 262 (67 prosent) av kvinnene ble vurdert som lavrisikofødende ved innleggelse i avdelingen, 129 (32 prosent) som risikofødende, og hos 18 (4 prosent) manglet det opplysninger om risikostatus. Sytten av kvinnene (4 prosent) hadde fastlege og jordmor i legesenteret som ikke var med i Tromsømodellen.

Kvinner som fulgte Tromsømodellen hadde litt færre kontroller i primærhelsetjenesten enn kvinnene som gikk til legesenteret som ikke var med i ordningen. Dette legesenteret hadde også en annen fordeling av svangerskapskontrollene mellom lege og jordmor (tabell 2). Kvinnene gikk i gjennomsnitt en gang til lege og resten til jordmor, mens de som fulgte Tromsømodellen gikk gjennomsnittlig tre ganger til lege og fem ganger til jordmor. Av de 392 kvinnene som fulgte Tromsømodellen, gikk 76 (19 prosent) en gang til lege og hadde resten av kontrollene hos jordmor,

**TABELL 1:** Nasjonale anbefalinger for antall svangerskapskontroller for kvinner med normale svangerskap, og Tromsømodellens anbefalinger

	Nasjonale retningslinjer (4) <sup>1</sup>	Tromsømodellen
Uke 8-12	Uke 8-12 (1-2 kontroller)	Svangerskapskontroll hos lege
Uke 17	-	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 18	Ultralydundersøkelse	Ultralydundersøkelse
Uke 24	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 28	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege
Uke 32	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 36	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege
Uke 38	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos jordmor
Uke 40	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege eller jordmor
Uke 41	Svangerskapskontroll	Svangerskapskontroll hos lege eller jordmor <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Retningslinjene anbefaler at kvinner med normale svangerskap går til jordmor eller allmennlege, eller en kombinasjon av disse.

<sup>2</sup>Denne svangerskapskontrollen ble flyttet til UNN fra juli 2011, men i studieperioden ble den utført i primærhelsetjenesten.

mens tre kvinner (<1 prosent) gikk en gang til jordmor og resten av kontrollene til lege. (Se tabell 2.)

Det var ingen forskjeller mellom første- og flegangsfødende, verken når det gjaldt antall kontroller eller hvordan de var fordelt (tabell 3). Kvinnene som ble vurdert til å være risikofødende ved innleggelse i fødeavdelingen, hadde gjennomsnittlig flere kontroller hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten enn kvinnene som ble vurdert til å

primærhelsetjenesten. Kvinnene hadde gjennomsnittlig 1,6 kontroller i fødepoliklinikken på sykehuset, dette var inkludert den rutinemessige ultralydundersøkelsen i uke 18. Kvinner som var vurdert til å være antatt normalfødende hadde færre kontroller enn kvinner vurdert til å ha risikosvangerskap. Jordmødrene utførte 62 prosent av svangerskapskontrollene i primærhelsetjenesten i Tromsø kommune.

De nasjonale retningslinjene

må anses som akseptabelt i forhold til nasjonale retningslinjer. Gravide kvinner med komplikasjoner vil man selvfølgelig anbefale at innkalles til flere kontroller i svangerskapet.

Leger og jordmødre er lojale overfor anbefalingene i Tromsømodellen, og de fleste kvinnene følger anbefalingene som blir gitt. En studie fra Wales rapporterte at gravide vanligvis stolte på leger og jordmødre og fulgte råd som ble gitt heller enn å velge muligheten til gjøre informerte valg (10). Det hevdet også at pasienter ofte gjør valg i komfortsonen, det vil si at de velger det helsearbeidere er komfortable med (11).

At 101 av kvinnene (26 prosent) gikk 0–1 gang hos enten jordmor eller lege, og deretter valgte bare å gå til en av dem, kan tolkes som at kvinnene opplever å ha valgfrihet. Det kan selvfølgelig også være andre årsaker, som for eksempel at de ikke var fornøyd med enten jordmor eller lege.

Organiseringen og samarbeidet omkring svangerskapsomsorgen mellom Tromsø kommune og UNN i en «Helhetlig omsorgsmodell» har

## ” Vår erfaring er at modellen har gitt et bedre tverrfaglig samarbeid omkring de gravide.

være normalfødende (tabell 4). Til sammen 145 (35 prosent) av kvinnene ble henviset til kontroll i fødepoliklinikk i tillegg til rutinemessig ultralydundersøkelse. Av disse hadde 84 (21 prosent) kun en kontroll ved sykehuset. (Se tabell 3 og 4.)

### Diskusjon

Vi fant at kvinnene som fulgte Tromsømodellen (n=392) hadde gjennomsnittlig 10,0 kontroller i svangerskapet, hvorav av 8,4 var hos jordmor og fastlege i

anbefaler åtte til ni kontroller for friske gravide kvinner til og med uke 40, det samme gjør Tromsømodellen. Verdens helseorganisasjon anbefaler en demedikalisering av svangerskaps- og fødselsomsorgen i den vestlige verden, og har dokumentert at fire kontroller er tilstrekkelig (8). Medikalisering defineres som u hensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell (9). At vi i Tromsø kommune hadde gjennomsnittlig 9,8 svangerskapskontroller

**TABELL 2:** Fordeling av svangerskapskontrollene og totalt antall kontroller hos kvinner hvor fastlegen var tilknyttet Tromsømodellen og hos kvinner hvor fastlegen tilhørte et legesenter som ikke var med i ordningen

	Tromsømodellen (n=392) Gjennomsnitt (SD)	Privat legekantor (n=17) Gjennomsnitt (SD)	p-verdi
Kontroller hos jordmor	5,1 (1,8); spredning 0-10	8,6 (1,8); spredning 5-12	0,001
Kontroller hos fastlegen	3,3 (2,2); spredning 0-15	1,2 (1,3); spredning 0-6	<0,001
Kontroller i poliklinikk <sup>1</sup>	1,6 (1,0); spredning 1-7	1,4 (0,7); spredning 1-3	0,33
Totalt antall kontroller i svangerskapet	10,0 (2,6); spredning 5-31	11,2 (2,3); spredning 7-17	0,06

<sup>1</sup>Inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18

intensjon om valgfrihet, kontinuitet, tverrfaglighet og sømløse overganger (7). Det er en omsorgsmodell som er rettet mot brukernes etterspørsel om kontinuitet, tilgjengelighet og valgfrihet (12,13). Dagens anbefalinger sier ikke noe om hvordan svangerskapskontrollene skal fordeles mellom jordmor og lege, men legger vekt på at kvinnen skal ha mulighet til å velge (4). Jordmødrene utførte de fleste svangerskapskontrollene i primærhelsetjenesten. Dette er i tråd med tidligere anbefalinger for svangerskapsomsorgen (3).

Vår erfaring er at modellen har gitt et bedre tverrfaglig samarbeid omkring de gravide, og at dette bidrar til en god svangerskapsomsorg med

jordmor har trolig sikret god forankring i begge yrkesgrupper. Vi mener også at tjenesten har en mer tydelig profil utad enn tidligere. Vi vet ikke hvor

” Noen jordmødre hevdet at en tverrfaglig modell ikke åpnet for den valgfriheten kvinnene skal ha.

bedre kontinuitet i pasientforløpet fra kommunen og inn til fødeavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge. At svangerskapsomsorgen koordineres av en fastlege og en

fornøyde kvinnene er med Tromsømodellen, og vi vet heller ikke om modellen påvirker svangerskapsutfallene. Det ville vært interessant å vite, men var ikke studiens hensikt. Etter at

**TABELL 3:** Fordeling av svangerskapskontrollene og totalt antall kontroller hos førstegangs- og flergangsfødende

	Førstegangsfødende (n=208) Gjennomsnitt (SD)	Flergangsfødende (n=201) Gjennomsnitt (SD)	p-verdi
Kontroller hos jordmor	5,4 (1,8); spredning 0-12	5,1 (2,1); spredning 0-10	0,12
Kontroller hos fastlegen	3,2 (2,1); spredning 0-11	3,2 (2,3); spredning 0-15	1,00
Kontroller i poliklinikk <sup>1</sup>	1,6 (1,0); spredning 1-5	1,6 (1,0); spredning 1-7	1,00
Totalt antall kontroller i svangerskapet	10,2 (2,3); spredning 5-18	9,9 (2,9); spredning 5-31	0,25

<sup>1</sup>Inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18

**TABELL 4:** Fordeling av svangerskapskontrollene og totalt antall kontroller hos 391<sup>1</sup>kvinner som ble vurdert som henholdsvis lavrisikofødende (gruppe 1) og som risikofødende (gruppe 2) ved innleggelsen i fødeavdelingen

	Gruppe 1 (n=262) Gjennomsnitt (SD)	Gruppe 2 (n=129) Gjennomsnitt (SD)	p-verdi
Kontroller hos jordmor	5,4 (1,8); spredning 0-10	5,0 (2,3); spredning 0-12	0,06
Kontroller hos fastlegen	3,1 (0,9); spredning 0-12	3,6 (2,6); spredning 0-15	0,03
Kontroller i poliklinikk <sup>2</sup>	1,4 (0,7); spredning 0-5	2,0 (1,3); spredning 1-7	<0,001
Totalt antall kontroller i svangerskapet	9,8 (2,1); spredning 5-17	10,6 (3,4); spredning 5-31	<0,01

<sup>1</sup>18 kvinner mangler data om seleksjon. <sup>2</sup>Inkludert rutinemessig ultralydundersøkelse i uke 18

Tromsømodellen ble etablert i 2005 viser UNN sine virksomhetstall at det er blitt omkring tusen færre henvisninger årlig av gravide til fødepoliklinikken. Vi tror at nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen og etableringen av samarbeidet mellom Fødeavdelingen UNN og Tromsø kommune i 2005 er en medvirkende årsak til dette.

Ved å samle jordmødre fra sykehuset som jobber med differensiert fødselsomsorg inn i et jordmørsenter, blir det lettere å møte kravene rundt en differensiert omsorg og seleksjon slik myndighetene ønsker (13-17). I 2009 fikk Jordmørsenteret og Tromsømodellen Samhand-

lingsprisen fra Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin for dette arbeidet (18). Forankringen opp til ledelsesnivå har vært avgjørende for dette samarbeidet. Det har vært stor villighet både i kommunen og på UNN for å få til dette. Vår erfaring er at Tromsømodellen har ført til et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det har i liten grad vært profesjonsstrid, men noen fastleger hadde negative forventninger i og med at Tromsømodellen kunne føre til mindre samarbeid med jordmor ettersom alle jordmødrene flyttet til Jordmørsenteret. Noen jordmødre hevdet at en tverr-

flaglig modell ikke åpnet for den valgfriheten kvinnene skal ha.

Resultatene i denne studien viser at leger og jordmødre er lojale til nasjonale anbefalinger og Tromsømodellen. Vi mener at antallet kontroller er på et akseptabelt nivå og lavere enn i 1996 og 2000 i Norge. Antall svangerskapskontroller i Tromsø følger nasjonale anbefalinger og er lavere enn rapportert i Norge i 1996 og 2000. Tromsømodellen har ført til et bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om svangerskapsomsorgen. Jordmødrene utførte 62 prosent av svangerskapskontrollene i Tromsø kommune.

#### LITTERATUR

1. **Backe B.** Svangerskapsomsorgen i Norge – mange unødvendige kontroller. Tidsskr Nor Legeforen 2002;122:1989–92.
2. **Backe B.** Overutilization of antenatal care in Norway. Scand J Public Health 2001;29:129–32.
3. **Norges offentlige utredninger: Perinatal omsorg i Norge.** NOU 1984:17. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
4. **Helsedirektoratet.** Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet 2005.
5. **Sosial- og helsedepartementet.** Lov om helsetjenesten i kommunen. Ot.prp.nr 60 (1993-94) og Innst. O nr. 65 (1993/94). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1994.
6. **Statistisk sentralbyrå.** Årstabeller ssb.no/emner/02/barn (Nedlastet 01.03.2012).
7. **Universitetssykehuset Nord-Norge og Tromsø kommune.** Svangerskapsomsorgen – et samarbeidsprosjekt mellom Tromsø kommune og UNN Tromsø: UNN/Tromsø kommune, 2005.

8. **Chalmers B, Mangiaterra V, Portet R.** WHO principles for perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202–7.
9. **Thomson A.** Is there evidence for the medicalisation of maternity care? MIDIRS 2000; 10: 416–20.
10. **Stapleton H, Kirkham M, Thomas G.** Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. BMJ 2002;324:639–43
11. **Solberg B.** Informerte valg – viktig også for norske gravide. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1346–8.
12. **Statens helsetilsyn.** Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselomsorgen. IK-2691.Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
13. **Helse- og omsorgsdepartementet.** En gledelig begivenhet. St.meld.nr. 12 (2008-2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
14. **Helsedirektoratet.** Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo, Helsedirektoratet, 2010.
15. **Helse- og omsorgsdepartementet.**

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

16. **Statens forvaltningstjeneste.** Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. (NOU 2005:3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2005.
17. **Innst. S. nr. 300 (2000-2001).** Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap. Det kongelige Sosial- og helsedepartementet, 2001.
18. **Jordmørsenteret får samhandlingsprisen 2009.** www.tromso.kommune.no/jordmørsenteret-faar-samhandlingsprisen-2009.4666526-110070.html (Nedlastet 22.03.12).



# Kontinuitet er viktig i svangerskapsomsorgen

> Bedre tverrfaglig samarbeid i svangerskapsomsorgen kan gi færre svangerskapskontroller og redusere uhensiktsmessige inngrep.

Foto: Erik M. Sundt



**Hege-Maria Aas**

Jordmor, Barne- og familieenheten, Asker kommune.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Tidligere studier har vist at man gjør for mange svangerskapskontroller i Norge, og at nasjonale retningslinjer ikke blir fulgt. Tromsø kommune omorganiserte svangerskapsomsorgen i 1995, da de gikk inn i et samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge og kjøpte jordmortjenester derfra. Jordmødre ansatt på sykehuset utførte svangerskapsomsorg i kommunal regi i samarbeid med byens fastleger.

Formålet med studien var å evaluere hvilken effekt omorganiseringen hadde på antall kontroller som ble gitt, fordelingen mellom jordmor, lege og spesialisthelsetjenesten, om fødende med risiko fikk behandling på riktig nivå og om antallet kontroller var i tråd med de nasjonale anbefalinger. Erfaringer fra praksis tilsier at det er viktig for den gravide og hennes familie at det er en kontinuitet på individnivå gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Siden svangerskapsomsorgen i hovedsak skjer i kommunehelsetjenesten, mens fødsler er spesialisthelsetjenestens ansvar, kan

det være en utfordring å ivareta kontinuiteten. Kvinner velger om de vil gå til jordmor, fastlege eller gynekolog for svangerskapskontroll. De fleste velger en kombinert løsning med jordmor og fastlege. Erfaring tilsier at disse tjenestene ikke alltid er godt koordinert, noe som kan føre til hyppigere kontroller enn det som er anbefalt i nasjonale retningslinjer.

Forekomst av «livsstilssykdommer» som fedme, diabetes, psykiske lidelser og rus er et økende samfunnsproblem også blant kvinner i fertil alder. Nasjonalt er det ønsket bedre differensiering og seleksjon i fødselsomsorgen for å møte denne utfordringen. Organiseringen i Tromsømodellen førte til bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om svangerskapsomsorgen. Uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og helsepersonell er uheldig både for samfunnet og for den gravide. Studien viser at antall svangerskapskontroller var i tråd med nasjonale retningslinjer. Jordmødrene utførte 62 prosent av kontrollene og legene og jord-

mødrene var lojale overfor anbefalingene som er gitt. Jordmødrene og legene opplevde bedre tverrfaglig samarbeid, bedre kontinuitet i pasientforløpet fra kommunen og inn til fødeavdelingen, bedre profil utad og færre henvisninger årlig til fødepoliklinikken.

I samhandlingsreformen er det lagt opp til at kommunene skal gi et helhetlig tilbud til innbyggerne sine. Studien sier ingen ting om det tverrfaglige samarbeidet innad i kommunen, som for eksempel samarbeid mellom jordmor og helseøster eller jordmortjenesten og andre kommunale tjenester, som er viktig for tidlig intervensjon i forhold til barnet. Det ville også vært interessant å vite hvor fornøyde kvinnene er med modellen som er beskrevet i studiet.

Studien er relevant for fagfolk i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten fordi det viser at organisering kan ha betydning for å utnytte ressurser, samhandling og kontinuitet i omsorgen.

Les artikkelen på side 342





Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Foreldre til små barn med omfattende funksjonsnedsettelse hevder i flere evalueringer at møtet med de andre foreldrene er det viktigste utbyttet av faglige gruppetilbud.

**Hensikt:** Målet med artikkelen er å formidle kunnskap om hvilke opplevelser og erfaringer foreldre til barn med funksjonsnedsettelse har ved å være til stede i foreldredrevne grupper,

samt hvilke betydninger det kan ha for dem.

**Metode:** Studien har et kvalitativt utforskende design. Det ble gjennomført dybdeintervju med ti foreldre som deltok i foreldregrupper ved et lærings- og mestringsenter.

**Resultater:** Resultatene i studien viser at foreldrene opplever gruppa som et fristed, der de kan identifisere seg med hverandre og der de møter en særegen forståelse. I gruppa oppfordrer de hverandre til å møte omgivelsene offensivt.

**Konklusjon:** Studien indikerer at foreldrenes følelse av stigma er utgangspunktet for deres erfaringer i gruppen. På den ene siden er gruppa et fristed der de kan slappe av, der de ikke føler seg stigmatisert. På den annen side er deltakelse i gruppa en vei ut av stigma.

## ENGLISH SUMMARY

### Parenting groups when the child has major disabilities

**Background:** Parents of young children with comprehensive disabilities argue in different evaluation that meeting with other parents is the most important outcome of support group.

**Objective:** The purpose of this article is to advance knowledge about the experiences parents of children with disabilities encounter, by being present in the parent-run groups, and

the impact these experiences have on them.

**Method:** The study has a qualitative exploratory design. We had interviews with ten parents who participated in parent groups at a learning and activity centre.

**Results:** The results of the study show that parents experience the group as a sanctuary where they can identify with each other and where they experience a special way of

understanding. In the group, they encourage each other to aggressively encounter the environment.

**Conclusion:** The study indicates that parents' sense of stigma contributes to the experience of the group. On one side, a group is a sanctuary where they can relax and do not feel stigmatized. On the other hand, participation in the group is a way out of stigma.

**Key Words:** Parents, disabilities, groups, stigma, qualitative methods.

## FORSTÅELSE I SÆRKLASSE:

# >> Foreldregrupper når barnet har store funksjonsnedsettelse

Forfattere: Bente Berg og Anita Strøm

### NØKKELORD

- Barn
- Familie
- Funksjonshemming
- Kvalitativ studie

### INNLEDNING OG BAKGRUNN

Å få et barn med funksjonsnedsettelse er en kritisk hendelse i foreldres liv. De står overfor store praktiske, sosiale og psykologiske utfordringer (1-4). Svært få kjenner andre foreldre i liknende situasjon og foreldrene føler seg annerledes og ensomme (5,6). Foreldrenes evne og mulighet til å håndtere situasjonen er av stor betydning for familiens velvære, inkludert barnets spesielle behov. Likevel har helsearbeidere i liten grad fokusert på foreldrenes psykologiske og sosiale behov (7).

Ved et Lærings- og mestrings-senter (LMS) i Helse Sør-Øst, satses det på å gi gruppebasert opplæring til foreldre som har barn med ulike diagnoser. Både i kursevalueringer og i en evalueringstudie av et tilbud for nybakte foreldre til barn med funksjonsnedsettelse, gir foreldrene tydelig uttrykk for at de faglige foredragene er bra, men at det viktigste er å treffe andre foreldre (8). For å imøtekomme foreldrenes ønske om å treffe andre foreldre som også har barn med funksjonsnedsettelse, gis det tilbud om tilrettede selvdrevne grupper. Målet

med foreldregrupper er at deltakelse i fellesskapet med andre setter i gang endringsprosesser slik at hver enkelt familie får mulighet til å finne sin egen vei. Gruppene bygger på kunnskap om betydningen av å dele erfaringer og være modeller for hverandre (9). Hver gruppe består av cirka ti foreldre der barna er på samme alder og har ulike syndromer, nevrologiske skader eller sykdommer. Foreldrene møtes uten barn, på kveldstid en gang i måneden. Tilbudet har stor etterspørsel og enkelte har deltatt siden oppstart i 2004.

Enkelte studier av betydningen av å treffe andre foreldre i grupper har fokusert på hvilken betydning gruppedeltakelsen har for barnet (10,11). Studier av foreldrenes møte med andre foreldre i grupper, har fokusert på hva foreldrene får ut av gruppetilbudet og mindre på hva som skjer i gruppen. Studiene viser at foreldrene får mer kontroll over livene sine (12), føler mindre stress, utvikler nye mestringsstrategier (13), utvikler kunnskap og ferdigheter samt opplever at de får følelsesmessig støtte og føler seg mindre ensomme (14). En norsk studie av selvhjelpsgrupper viser at mødrene til barn med funksjonsnedsettelse ble styrket i sin rolle som mor i møtet med hjelpeapparatet. Enkelte av mødrene rapporterte om økt selvtillit og mindre opplevd stigma (15).

Helsedirektoratet ga i 2009 midler til studien «Treffe de andre

og hverandre». Studien hadde to problemstillinger; hvilke utfordringer foreldre til barn med funksjonsnedsettelse har i møte med sosiale nettverk og hvilke erfaringer foreldrene har fra foreldregrupper. Artikkelen forholder seg til siste problemstilling. Hensikten med artikkelen er å formidle kunnskap om hvilke opplevelser og erfaringer foreldre til barn med funksjonsnedsettelse har ved å være til stede i foreldregrupper, samt hvilken betydning det kan ha for dem.

### DESIGN, METODE OG UTVALG

Studien har et kvalitativt utforskende design. Det ble gjennomført halvannen times dybdeintervju med hver forelder i utvalget. Intervjuguiden hadde tre temaer: Erfaringer omkring gruppeoppstart, opplevelse av å være til stede i gruppen, og hvor-

#### Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser hvordan foreldre til barn med omfattende funksjonsnedsettelse erfarte å delta i grupper med andre foreldre i samme situasjon.

#### Mer om forfatterne:

Bente Berg er cand.sociol. og rådgiver ved Lærings- og mestrings-senter for barn, unge og deres familier, OUS. Anita Strøm har PhD i sykepleievitenskap og er 1.-amanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole. Kontakt: uxbebb2@ous-hf.no.

dan det å delta eventuelt innvirket på hverdagen. Foreldre som hadde deltatt i foreldregruppe i minst ett år og vært på minst ett møte siste halvår, kunne inkluderes. 21 foreldre fylte inklusjonskriteriene og ble satt på en liste i tilfeldig rekkefølge. Lederen ved LMS forespurte hver annen forelder på listen. Åtte mødre og to fedre samtykket til intervju. Barna deres var mellom tre og åtte år og hadde betydelige funksjonsnedsettelse. To av barna hadde eldre søsken, mens de resterende var enten enebarn eller de hadde nylig fått en søster eller bror. Tre foreldre ble intervjuet i eget hjem, de andre ved sykehuset. Intervjuene fant sted medio 2010, ble tatt opp på lydfil og fortløpende transkribert uten gjentakelser, usammenhengende sekvenser eller lyder. Forskeren som intervjuet hadde tidligere tilrettelagt gruppene. Foreldrene kjente til henne og hennes erfaringer som mor til barn med funksjonsnedsettelse. Dette kan ha bidratt til at foreldrene følte seg trygge på å fortelle.

### ANALYSE

Det ble gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse der målet var å analysere intervjupersonenes erfaringer, i lojalitet til deres egen versjon av historien (16). Første steg i analysen var å lese grundig igjennom det enkelte intervju for å få et helhetsinntrykk. Temaer som fristed og praktisk utbytte ble tydelig. Neste trinn i analysen var en systematisk gjennomgang av det enkelte intervju for å identifisere meningsbærende elementer. Utsagn eller «tekstbiter» fra hvert intervju, som ga kunnskap om problemstillingen, ble identifisert. Inspirert av Graneheim og Lundman (17) ble meningsbærende elementene satt inn i første kolonne i en matrise med fem kolonner. I kolonne to ble meningsinnholdet

i «tekstbiter» fortettet (manifest mening) og i kolonne tre ble en mulig underliggende mening nedtegnet (latent mening). I kolonne fire og fem fikk utsagnene en kode og et tema. Neste trinn var å sette sammen alle utsagnene i de forskjellige intervjuene i en matrise der de ble sortert etter kode og tema. Etter analyse av samle-matrisen ble temaene tydeligere. Temaet forståelse ble analysert fram. Siste trinn i analysen var å syntetisere koder og temaer til funn og identifisere sitater som representerte gode illustrasjoner. For å utsette materialet for ulike blikk har medforsker, i tråd med Malteruds (16) anbefaling, lest rådata og medvirket i utviklingen av analysen.

### ETIKK

Foreldrene ble skriftlig informert om hensikt og frivillighet og undertegnet skriftlig samtykkeerklæring. Intervjuene er anonymisert og behandlet konfidensielt. Data ble lagret etter gjeldende retningslinjer. Studien ble godkjent i Regional etisk komité og av personvernombud ved gjeldende universitetssykehus. Det ble etablert en referansegruppe ved studiestart. Vi var klar over at kjennskap til intervjuer kunne oppleves som en plikt til samtykke. Konkret erfarte vi at flere foreldre, enn de vi hadde inkludert, gjerne ville vært med i studien.

### FUNN

Den følgende presentasjonen viser analysens tematiske funn: Noen å identifisere seg med, et fristed, en spesiell forståelse og å reise seg i møte med omgivelsene.

### IDENTIFIKASJON

Å takke ja til tilbud om foreldregruppe kan oppleves som et vanskelig valg. Mange fortalte at de før første treff i foreldregruppen

hadde bekymret seg over hvem de andre foreldrene var. De fleste hadde vært veldig spent på om de ville komme overens med de andre, eller om de hadde noe som helst til felles med dem. Flere hadde lurt på om de andre foreldrene var litt rare.

Ingen av foreldrene hadde venner som hadde barn med funksjonsnedsettelse. Enkelte hadde aldri tidligere truffet en familie i liknende situasjon. Når foreldrene først hadde tatt steget for å starte i gruppa, fortalte de om et positivt første møte. En mor brukte benevnelsen «ekstremt positivt». Å finne ut at de selv ikke var «de eneste i verden» som hadde fått et barn med funksjonsnedsettelse ble opplevd som positivt. Å se at det var «normale mennesker» som var i samme situasjon som dem selv, og at de andre foreldrene var ressurssterke ble også poengtert. En mor sa: «Det er herlig å sitte i foreldregruppa å se på disse jentene som er fantastiske folk, oppegående folk, de har bare hatt utrolig uflaks.» Den samme moren fortsatte: «Så hadde nok jeg en litt kjip innstilling fra jobben min, der tror man jo ofte at funksjonshemmede barn har blitt det fordi de har rare foreldre.»

Å oppdage at det er mange som har de samme utfordringene, at de andre foreldrene er ressurssterke og at de håndterer situasjonen, gir foreldrene noen de kan identifisere seg med. En mor sa: «Du ser at det er mennesker du kan identifisere deg med, som du føler at du har noe til felles med, som også har fått store utfordringer.»

### ET FRISTED

Foreldrene opplever gruppa som en oase der de kan slappe av, senke skuldrene og være seg selv. I samtale med de andre kan foreldrene fortelle om barna sine uten at de,

som en mor sa: «føler at vi klager og kjaser og maser».

I gruppa blir det å være mor eller far til et barn med funksjonsnedsettelse alminnelig. En fortalte at i gruppa blir temaer som gåstoler, epileptiske anfall og handikapskilt i bilen helt normale. Foreldrene opplever det som befriende at de i dette forumet kan fleipe og tulle om andre menneskers uvitenhet, dumme spørsmål eller tilbakemeldinger. Enkelte betegnet det som galgenhumor. En mor fortalte: «I denne gruppa kan vi jo fleipe om det så mye vi bare vil! Hvis vi hadde fleipet med noen andre om det samme, så hadde de lurt på hvordan i alle dager vi kan fleipe om sånt.»

Ved å ha fått et annerledes barn, føler foreldrene at de selv blir annerledes. Sammen med de andre foreldrene blir følelsen av annerledeshet borte. En mor sa: «Det føles veldig som et fristed når vi møtes ..., når vi møter andre så føler jeg at det er sønnen min som definerer meg, men når jeg kommer inn der så ..., den definisjonen har alle sammen, så der føler jeg at ..., da blir det lagt til side, fordi det har, jo alle, så man får liksom mer vært seg selv, alle vet hvordan ting er på en måte.»

### EN SPESIELL FORSTÅELSE

Det ble poengtert at en viktig side ved å delta i gruppa var å møte andre foreldre med den samme forståelsen. En mor sa: «Det viktigste er å møte noen som fullt ut forstår hverdagen med et funksjonshemmet barn.»

Flere hevdet at ingen andre som ikke har opplevd det samme som dem kan ha den forståelsen. Å ha denne forståelsen handler om å ha kjent på sorgen, på smerten, på frustrasjonen over å ha fått et annerledes barn. Forståelsen dreier seg også om å ha kjent på følelsen av selv å være annerledes. En

mor sa at alle foreldrene har følt hvordan det er «å falle utenfor det normale». Eller som en annen mor sa: «Alle i gruppa vet hvor nedverdiggende det kan være.»

Mange av foreldrene mente at de som har forståelsen møter verden på en annen måte. De hevder at de får et annet syn på livet, de blir mer tolerante og de utvikler en større empati. En mor sa: «Jeg tror jeg har vokst litt og fått noen flere kilo i ryggsekken, så jeg har lært å forstå, ikke minst sorg og den type ting.»

En viktig side av den felles forståelsen, er at foreldrene vet at disse barna er like mye verdt som andre barn og at de er like glad i dem som andre foreldre er i sine friske barn. En mor fortalte at foreldrene ser barnet bak funksjonshemmingen. En annen mor sa: «De har de samme følelsene og behovene som andre barn, det

### Å REISE SEG I MØTE MED OMGIVELSENE

Samtalene i gruppa dreier seg mye om utfordringer i hjelpeapparatet. Det er lite hjelp å få av gamle venner og familie om hvordan det skal håndteres. Foreldrene får kunnskap om hjelpemidler og rettigheter. De lærer hvordan kommunen, helsetjenesten og Nav er organisert, og de får kunnskap om hvordan de skal gå fram og hvilke argumenter de skal benytte. Alle hadde eksempler på praktisk utbytte av gruppa. En far fortalte: «Jeg har alltid noen ting jeg må ordne opp i etter møtene, fordi jeg har fått noen ideer.»

Foreldrene hjelper hverandre med «å stå på krava» og de er flinke til å følge hverandre opp i de prosessene de står i. Å vite at de har de andre foreldrene i ryggen oppleves som en god støtte. En mor beskrev de andre foreldrene

” I denne gruppa kan vi jo fleipe om det så mye vi bare vil!

er det ikke alle andre som forstår. Det er veldig ok å komme hit for her forstår de, for oss så er disse barna veldig verdifulle, kanskje mer ..., i samfunnet er de ikke så verdifulle.»

I møter med foreldrene som har den felles forståelsen, møter de noen som «fullt ut» forstår den hverdagen de står i. Enkelte beskriver det som en intuitiv forståelse dem imellom. Mange hevdet at de ikke trenger å forklare så mye og at de får relevant respons på det de har å fortelle. Å få støtte av foreldrene i gruppen betyr noe helt annet enn støtte fra andre. Foreldrene har stor respekt og tillit til de andre foreldrene som har denne forståelsen. Flere hevdet at samtalen i gruppa blir på et annet nivå enn samtaler med andre.

som en «heiagjeng» som hjelper henne framover. Foreldrene kommer i en offensiv posisjon til hjelpeapparatet, som en far sa: «ikke med lua i hånda». De andre foreldrene støtter også familiens utfordringer med uformelle nettverk. En mor illustrerte dette: «Når jeg vet at andre (i gruppa) synes de samme tingene er vanskelig, så er det lettere å ta opp den tingen med noen. Da vet jeg at det er ikke bare meg som føler det sånn, det er ikke meg som er sær og sår, det er flere som står bak mine meninger.»

### DISKUSJON

Alle foreldrene forteller om hvordan deltakelse i gruppen har hatt praktisk betydning. Samtlige hevder også at gruppa gir noe mer, noe viktig som det er vanskelig å sette ord på. Funnene beteg-

ner erfaringene i gruppen som et fristed, der de møter forståelse og kan identifisere seg med hverandre, og der de oppfordrer hverandre til å møte omgivelsene offensivt. I denne diskusjonen relaterer vi det som skjer i gruppen og hva det betyr, til begrepet stigma og en form for «avstigmatisering». Dessuten ser vi nærmere på det som uttrykkes som en særegen forståelse.

Goffmans (18) teori om stigma viser at annerledeshet hos individet ofte resulterer i negative reaksjoner

om hvordan man forholder seg til andre. Samvær med sine egne kan representere en trygg arena, der man kan være åpen og avslappet og der man blir akseptert som like normal som alle andre (18). Funnene i studien indikerer at foreldrene, i tråd med Goffman, opplever gruppa som et fristed der de kan senke skuldrene og slappe av. Følelsen av annerledeshet blir borte og foreldrene kan være seg selv. Stigmatiserte benytter strategier med en kryptende og defensiv holdning i møter med sine omgi-

egne man møter forståelse. Ens egne vet hva det vil si å leve med et stigma. I tråd med Goffman (18) hevder Read (6) i sin studie av mødre til barn med funksjonsnedsettelse at mødrene endrer holdninger gjennom sitt kjennskap til barnet. Hun hevder at det er nærliggende å tro at mødrene har like negative oppfatninger av funksjonshemming som andre, før de selv har opplevd å få et barn med funksjonsnedsettelse. Gjennom involvering i barnet oppdager mor at hun og barnet tilhører en

## ” Det viktigste er å møte noen som fullt ut forstår hverdagen med et funksjonshemmet barn.

fra andre, og dermed får negative konsekvenser for individet. Foreldre som får et barn med funksjonsnedsettelse føler at barnets stigma smitter over på dem selv. De opplever seg selv som annerledes og stigmatisert (5,19,20). Dette kan bidra til å forstå betydningen av foreldrenes erfaringer fra å delta i gruppen. Goffman (18) hevder at de som lever med et stigma har en tendens til å søke sammen i grupper, der det eneste kriteriet for å delta i gruppen er deres felles stigma. Barnets funksjonsnedsettelse er eneste kriterium for å delta i gruppene. Før første møtet var alle foreldrene spente på hvem de andre foreldrene var. Møtet ble betegnet som ekstremt positivt ved at de oppdaget at det var flere som var i tilsvarende situasjon samt at de andre foreldrene ikke var spesielle. Den stigmatiserte kan oppleve det som et vendepunkt for selvoppfatningen når hun oppdager at de andre likner ganske alminnelige mennesker (18). Foreldrene fortalte at de i gruppa møtte noen som dem selv, som de kunne identifisere seg med. Den stigmatiserte befinner seg på en komplisert sosial arena med stadige diskusjoner og valg

velser (18). Foreldrene opplever at det som skjer i gruppen gjør at de har de andre foreldrene i ryggen. De oppfordrer hverandre til å være offensive i møte med hjelpeapparat og familiens uformelle nettverk, og ikke stå med lua i hånden som en person som er bærer av et stigma. De erfaringene foreldrene gjør ved gruppedeltakelse, kan forstås som å bety en reduksjon av stigma eller «avstigmatisering» for egen del.

Et framtreddende funn var foreldrenes opplevelse av en særegen forståelse. Fay (21) hevder at man ikke nødvendigvis forstår en annen ved å ha felles erfaringer. Han hevder at hvordan mennesker erfarer en hendelse er individuelt og avhengig av faktorer som kjønn, klasse, utdanning og religion. Foreldrene har ulik bakgrunn, samt at barna har forskjellig alder og ulike funksjonsnedsettelse som gir svært forskjellige utfordringer for foreldrene. Hva kan den felles, særegne, betydningsfulle forståelsen være? Forståelsen synes å være knyttet til følelser av nedverdiggelse og annerledeshet. Goffman (18) hevder, til forskjell fra Fay (21), at det er blant sine

marginal gruppe. Foreldrene lærer noe som andre ikke vet. Read hevder at mødrene endrer sine holdninger generelt, en endring som er irreversibel. Foreldrene hevder at funksjonshemmete ikke er verdifulle i samfunnet, men at de vet at de er like verdifulle som andre. Ut fra dette tolker vi foreldrenes beskrivelser av betydningen av å møte andre med «forståelsen» som at de møter andre foreldre som har endret sine holdninger til personer med funksjonsnedsettelse. Dette er kanskje en betydningsfull grunn til at gruppa oppleves som et fristed. Å være trygg på de andres holdninger og ha felles holdninger, er muligens det som gjør at de i dette forumet kan fleipe og le omkring barnet og familiesituasjonen.

Becker (22) hevder at det i avvikergrupper utvikles en felles kultur, med et felles perspektiv på hvordan verden er og på hvordan man skal håndtere den. Foreldrene snakker ikke bare om at de forstår hverandre, men om at de har forståelsen. Forståelsen handler om at de som har opplevd å få et barn med funksjonsnedsettelse har utviklet sin empati, har

en intuitiv forståelse av hverandre og møter verden på en annen måte. Andre som ikke har opplevd det samme, kan ikke ha forståelsen. Foreldrenes fortellinger om forståelsen kan være uttrykk for en felles kultur. Becker hevder videre at et menneske som er stemplet som annerledes, vil kunne føle seg fri når han oppfatter den konvensjonelle oppfattelsen som uopplyst, og erstatter dem med den «innsideoppfattelsen» som er ervervet gjennom fellesskap med noen som er i tilsvarende situasjon. I foreldregruppa etableres det en «innsideoppfattelse», der foreldrene har en særegen forståelse og de andre defineres som uopplyste. I tråd med Becker kan foreldrenes «innsideoppfattelse» bidra til frigjøring. Det kan se ut som om den tydelige opplevelsen av et møte med, og deltakelse i, en særegen forståelse,

også er et uttrykk for en «avstigmatisering».

### KONKLUSJON

Studien indikerer at foreldrenes følelse av stigma er utgangspunkt for deres erfaringer i gruppen. På den ene siden er gruppa et fristed der de kan identifisere seg med hverandre og der de ikke trenger å bekymre seg for at de møter negative holdninger til barna. På den annen side er deltakelse i gruppa en vei ut av stigma ved å hjelpe hverandre til å møte omgivelsene offensivt og ved å etablere en felleskultur der bare de som har opplevd å få et barn med funksjonsnedsettelser kan ha denne forståelsen, og der andre defineres som uvitende.

### STUDIENS BEGRENSNINGER

Studien gir kunnskap om de erfaringer ti foreldre som har valgt å

delta i foreldregruppe gjør seg. En foreldregruppe er neppe et tilbud som passer alle. Hadde målet vært å få fram et mer nyansert syn på gruppetilbudet burde også foreldre som hadde takket nei til tilbudet eller sluttet vært inkludert i studien.

### PRAKTISKE IMPLIKASJONER

Vi håper at kunnskap om gruppe-medlemmenes erfaringer kan inspirere helsepersonell som er i kontakt med aktuelle familier, enten til å etablere grupper eller å vise foreldrene vei til eksisterende grupper.

Takk til foreldrene som åpent lot oss få del i deres erfaringer, til Helseledelse og til referansegruppens medlemmer: Jens Grøgaard, Nina Aarhus Smeby, Una Stenberg og Liv-Grethe Kristoffersen Rajka.

### REFERANSER

1. Ingstad B, Sommerschild H. Familien med det funksjonshemmede barnet. Oslo, Tanum Norli, 1983.
2. Lundeby H, Tøssebro J. Livstøp i familier med funksjonshemmede barn. I Tøssebro, Jan (red.). Funksjonshemming – politikk, hverdagsliv og arbeidsliv, 2009.
3. Murphy N A, Christian B, Chaplin D A, Young P C. The health of caregivers for children with disabilities: Caregivers perspectives. Child: Care Health and Development, 2007; 33:180–87.
4. Rappane Olsen B. Med barnet i hverdagen. Omsorgserfaringer til barn med cerebral parese. Høgskolen i Oslo, 2001;4.
5. Berg B, Strøm A. Et annerledes og ensomt foreldreskap. En kvalitativ studie av foreldre til små barn som har funksjonsnedsettelser og deres utfordringer i møte med sine uformelle sosiale nettverk. Fontene forskning, 2012; 1:56–68.
6. Read, J. Disability, the Family and Society. Listening to mothers. Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 2000.
7. Haugstvedt K T S, Graff-Iversen S, Khan Bukholm I R, Haugli L, Hallberg U. Processes of enhanced self-understanding during a counselling programme for parents of children with disabilities. Scandinavian Journal of Caring Science, 2012;1–9.

8. Berg B. Annerledes barselgruppe. Sykepleien, 2010; 13:54–6.
9. Lorig K R, Holman H R. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. The Society of Behavioral Medicine, 2003; 26:1–7.
10. Samit C, Nasch K, Meyers J. The Parents Group: A Therapeutic Tool. The journal of contemporary Social Work. Family Service Association of America, 1980.
11. Carter I. Positiv and Negativ Experiences of Parent Involved in online Self-Help Groups for Autism. Journal of Developmental Disabilities, 2009; 15: 44–52.
12. Gitterman A, Shulman L. Mutual aid groups, vulnerable and resilient populations, and the life cycle. New York: Columbia University Press, 2005.
13. Mandell D S, Saltzer M S. Who joins support groups among parents of children with autism? Autisme, 2007;11:111–22.
14. Law M, King S, Stewart D, King G. The Perceived Effects of Parent-Led Support Groups for Parents of Children with Disabilities. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 2001; 21: 29–48.
15. Kvamme I, Eklund Nilsen AC. Hjelper selvhjelp? En prosessevaluering av prosjektet. Selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende arbeid. Agderforskning, 2011;1.

16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2. utgave, Oslo, Universitetsforlaget, 2003.
17. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today, 2004; 24: 105–12.
18. Goffman E. Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity. London, Penguin, 1963.
19. Green S E. "What do you mean "whats wrong with her?": Stigma and the life of families of children with disabilities. Social Science & Medicine, 2003; 57:1361–74.
20. Koro-Ljungberg M, Busising R. The Management of Courtesy Stigma in the Lives of Families With Teenagers With ADHD. Journal of Family Issues, 2009; 30:1175–1200.
21. Brian F. Contemporary Philosophy of Social Science. A multicultural approach, Oxford, Cambridge, Massachusetts: Blackwell, 1996.
22. Becker H S. Outsiders. The free press, 1963.

Les kommentaren på side 356 >>

# Vi må vite hva foreldrene trenger

► Det er forsket lite på hvilke tjenestetilbud foreldre til barn med funksjonsnedsettelse ønsker og trenger.

Foto: Valerie Kubens



**Bjørn Lerdal**

Psykologspesialist og leder av barnehabiliteringstjenesten ved Sørlandet sykehus.

Helsemyndighetene anslår at nærmere 10 prosent av alle barn i løpet av oppveksten har en form for funksjonsvansker som gjør at de på et tidspunkt har behov for habiliteringsbistand fra fagfolk i det kommunale hjelpeapparatet, ofte også fra fagpersoner i spesialisthelsetjenesten.

Foreldrene er de som betyr mest for barna og som kjenner dem best. For oss som arbeider i hjelpeapparatet, er møtet med foreldrene ofte avgjørende for vår mulighet til å hjelpe barna. Som fagperson erfarer man at hver familie er unik og forskjellig fra andre familier. Tjenester med høy kvalitet er individualiserte tjenester som tar utgangspunkt i det enkelte barn og dets familie. Fagfolk i hjelpeapparatet trenger derfor foreldre til barn med funksjonsnedsettelse som er tydelige og offensive med henhold til hva de ønsker hjelp til for sitt barn og sin familie, og som ønsker å ta aktivt del

i beslutninger som gjelder sitt barn.

Berg og Strøm viser i sin forskning at tilrettelagte, selvdrevne foreldregrupper til foreldre med barn med store funksjonsnedsettelse kan være et nyttig forum. Her kan de støtte og utfordre hverandre til å møte oss i hjelpeapparatet med en mer offensiv og mestrende holdning. Det er store mangler i vårt hjelpeapparat når det gjelder å ivareta de forskjellige familiemedlemmenes psykososiale behov og bistå dem i deres mestringsprosess når et av barna har en funksjonsnedsettelse. Berg og Strøms forskningsresultater bør inspirere flere offentlige tjenester til å etablere foreldregrupper hvor erfaringsutveksling har en sentral plass. Ledere i hjelpeapparatet bør vurdere om selvdrevne foreldregrupper kan være nyttige og kostnadseffektive tiltak for foreldre som ønsker og finner seg til rette i denne formen for LMS-gruppe.

I Norge har det vært lite systematisk forskning på effekten av lærings- og mestringsstilbud til foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse. Som klinikere opplever man stor variasjon mellom foreldre til barn med funksjonsnedsettelse i hva de ønsker og trenger av tjenestetilbud. Forskning på området er i stor grad gjennomført utenfor de skandinaviske landene, og ofte utenfor Europa. Vi kan imidlertid ikke ta for gitt at forskningsresultater fra andre familiekulturer og helt andre velferdssystem har samme relevans for oss som arbeider i det norske hjelpeapparatet. Berg og Strøms forskning bør derfor stimulere til mer forskning på hvordan ansatte i det norske hjelpeapparatet kan støtte opp om foreldres mestringsprosess på en nyttig og effektiv måte.

Les artikkelen på side 350





## 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](mailto:forskning@sykepleien.no).

Følg veiledning for utforming av sammendrag av doktorgrader som du finner på våre nettsider [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).



## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Delirium forekommer hos 20–80 prosent av intensivpasientene og er assosiert med økt dødelighet, lengre sykehusopphold og langtidsplager for pasienten. Tilstanden blir ofte oversett, til tross for at det finnes kunnskapsbaserte anbefalinger om systematisk vurdering med valide verktøy.

**Hensikter:** Hensiktene med kvalitetsforbedringsprosjektet var (i) å kartlegge hvordan sykepleiere dokumenterte observasjoner av kognitive status, (ii) å vurdere om praksis var i tråd med anbefalinger, og (iii) iverksette eventuelle tiltak for å bedre praksis.

**Metode:** Vi gjennomførte en klinisk audit av sykepleiedokumentasjonen til 47 intensivpasienter i løpet av tre måneder om bruk av Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Sykepleierapportene om 18 tilfældige pasienter fra utvalget ble undersøkt for alternativ vurdering av delirium. Alle sykepleierne fikk undervisning i CAM-ICU. Deretter målte vi i hvilken grad CAM-ICU ble utført i en periode på 15 uker.

**Resultat:** Vi fant at CAM-ICU ikke var brukt på noen av pasientene (n=47). Sykepleierapporter om 18

av de 47 pasientene viste usystematisk og utilstrekkelig tilnærming til delirium. Et fåtall sykepleienotat (4,3 prosent) inneholdt en komplett vurdering i tråd med anbefalingene. Etter endringstiltak økte komplett vurdering til 27,5 prosent av tilfellene. Delirium ble identifisert hos flere pasienter etter iverksetting av tiltak, fra 23,4 prosent til 52,9 prosent.

**Konklusjon:** Klinisk audit avdekket praksis i utakt med kunnskapsbaserte anbefalinger. Enkle tiltak førte til at flere pasienter ble systematisk vurdert for delirium.

## ENGLISH SUMMARY

### Evidence-based assessment of delirium in intensive care

**Background:** Delirium occurs in 20–80% of patients in intensive care, and is associated with increased mortality, increased hospital stay and long-term problems for the patient. Still, the condition is often overlooked in the intensive care, even though there are evidence-based guidelines recommending that critically ill patients be systematically assessed for delirium.

**Objectives:** The objectives of this quality improvement project were to (i) investigate nursing notes of observations related to cognitive status, (ii) assess whether practice was according to recommendations,

and (iii) to make necessary changes to improve practice.

**Method:** An audit was performed on the notes of 47 consecutive patients during a three-month period according to a pre-set criterion. Additionally, we randomly picked 18 of these cases for further investigation of the nursing documentation. After providing an educational session, we conducted a re-audit during 15 consecutive weeks.

**Results:** Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) was not documented as applied to any patients during the study period (n=47). The nursing notes for 18 of these cases showed that delirium was unsystematically

and subjectively assessed. Only 4.3% of the nursing notes contained a complete delirium assessment, according to the recommendations. After the educational session, the frequency of complete assessments increased to 27.5%. Furthermore, we found an increase in recognition of delirium from 23.4% to 52.9% of the patients.

**Conclusion:** A clinical audit uncovered a practice that was inadequate when compared to evidence-based recommendations. An educational session improved practice and more patients were systematically assessed for delirium.

**Keywords:** Delirium, clinical audit, intensive care unit, quality improvement, CAM-ICU.

# » Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpatienten

Forfattere: **Britt Sjøbø**,  
**Birgitte Graverholt** og **Gro Jamtvedt**

## NØKKELORD

- Intensiv
- Kvalitet
- Pasient
- Sykehus

## INTRODUKSJON

Delirium er rapportert å forekomme hos 20–80 prosent av pasienter som ligger på intensivavdelingen, avhengig av underliggende sykdomstilstand og vurderingsmetode (1). Tilstanden beskrives som forstyrret bevissthet karakterisert av akutt innsettende og varierende grad av svekket evne til rasjonell tanke og oppfatning av det som skjer. Dette kan vise seg som varierende bevissthet, konsentrasjonsvansker, hukommelsessvikt, desorientering, språkvansker og hallusinasjoner (1). Symptomene er lett gjenkjennelig hos den motorisk urolige og forvirrede pasienten, men kan overses når pasienten er rolig og tilsynelatende samarbeidende (2). Konsekvensene av delirium hos intensivpatienten er betydelige i form av økt dødelighet, økt liggetid på respirator og i sykehus, og langtidsplager som angst og konsentrasjons-

vansker for pasienten (3–6). Det er derfor et stort problem at delirium ikke blir oppdaget hos denne pasientgruppen (2,7–10).

Sykepleiere har en viktig rolle i diagnostisering av delirium fordi de er hos intensivpatienten hele tiden og slik kan fange opp endringene som er karakteristiske for utviklingen av delirium (11). Forskning har imidlertid vist at sykepleieres observasjoner av deliriums kliniske uttrykk ofte ikke er strukturerte og detaljerte nok til at diagnosen kan stilles. Dette gjelder spesielt for intensivpatienter som har redusert eller manglende evne til å kommunisere verbalt (2,7,9,12).

Fleire studier har sammenliknet verktøy som kan avdekke delirium hos intensivpatienten (8,13,14). Disse har vist at Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) er en sensitiv og spesifikk metode som egner seg godt til å systematisk vurdere utvikling av delirium hos intensivpatienten. CAM-ICU kartlegger intensivpatientens kognitive status gjennom vurdering av fire sentrale kjennetegn for delirium:

1. Akutt innsettende endring eller variasjon i mental status
2. Uoppmerksomhet
3. Uorganisert tankegang
4. Endret bevissthet

For at intensivpatienten skal få diagnosen delirium ved akutt sykdom må kjennetegn en og to, i tillegg til tre eller fire, være positive (15, 16).

I en norsk intensivavdeling er CAM-ICU integrert i avdelingens prosedyre (17), men man erkjenner at verktøyet ikke blir brukt systematisk i praksis. Målet med dette kvalitetsforbedringsprosjektet er å sikre at sykepleierne bruker CAM-ICU, slik at intensivpasi-

**Hva tilfører artikkelen:** Artikkelen funn antyder at antallet intensivpatienter som får delirium kan reduseres gjennom enkle sykepleietiltak som systematiske sjekklister og vurderingsverktøy.

### Mer om forfatterne:

Britt Sjøbø er intensivsykepleier med mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag og jobber ved Intensivmedisinsk Seksjon, Haukeland universitetssjukehus. Birgitte Graverholt er intensivsykepleier og PhD-kandidat ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Gro Jamtvedt er professor og prosjektleder ved Senter for Kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen og avdelingsdirektør ved Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Kontakt: brit.sjobo@helse-bergen.no.

enter som utvikler delirium blir oppdaget og kan få behandling for dette. Gjennom et kvalitetsforbedringsprosjekt ønsket vi derfor (i) å kartlegge hvordan sykepleiere dokumenterte observasjoner av intensivpasientens kognitive status, (ii) å vurdere om denne praksis var i tråd med kunnskapsbaserte

ved systematisk kartlegging av praksis, vurdering av denne opp mot tydelige kriterier som er anbefalinger fra forskning, og implementering av endringstiltak hvis dette er nødvendig. En klinisk audit på et avgrenset og veldefinert område er en trinnvis prosess (Se figur 1) (18,19).

ble gjennomført høsten 2010 i en generell intensivavdeling med plass til ti pasienter ved et norsk universitetssykehus. For å kartlegge praksis inkluderte vi journaler fra alle pasienter som ble innlagt i intensivavdelingen i en periode på 12 uker. Eksklusjonskriterier var: Psykisk utviklingshemming, alder under 12 år, demens, bruk av vanedannende rusmidler, schizofreni eller annen psykisk sykdom, ikke norskspråklig, intensivopphold kortere enn 24 timer, vedvarende koma eller som døde under intensivoppholdet.

## ” Konsekvensen av delirium hos intensivpasienten er betydelig.

anbefalinger, og (iii) iverksette tiltak for å bedre praksis dersom det var nødvendig.

### METODE

Klinisk audit er en kvalitetsforbedringsmetode som har til hensikt å vurdere om praksis stemmer overens med kunnskapsbaserte anbefalinger på et bestemt område (18). Dette skjer

Som tema er delirium egnet for bruk av audit som kvalitetsforbedringsmetode fordi forekomst av delirium er stor, tilstanden er ressurskrevende å håndtere, og konsekvensene for pasienten og kostnaden for samfunnet er betydelig (18,19).

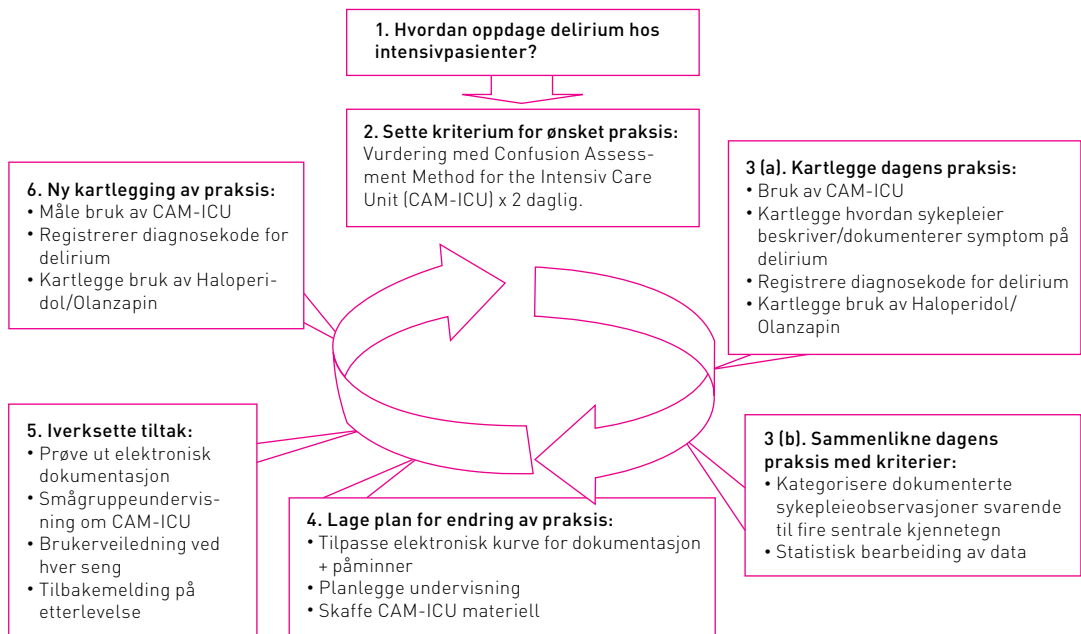
### Setting

Kvalitetsforbedringsprosjektet

### Kriterier

Praksis ble målt på eksplisitte kriterier, eller målbare og relevante utsagn fra forskning som sier noe om hvordan praksis bør være. Praksis ble evaluert opp mot en standard, som beskriver

**FIGUR 1:** Modell for klinisk audit med relevante aktiviteter:



ønskelig nivå for etterlevelse av prosedyre (18). I klinisk audit bør både prosess og resultat måles (18).

Som grunnlag for kriterium søkte vi etter retningslinjer i Guidelines International Network (GIN) og på nettsidene til store organisasjoner innen intensivmedisin og psykiatri. Vi fant flere aktuelle som ble kritisk vurdert (20). Basert på dette valgte vi å bruke retningslinjen «Delirium: diagnosis, prevention and management» (11). Standard ble satt på bakgrunn av det andre studier har vist at det er mulig å oppnå (21–24). Følgende kriterium og standard ble formulert for prosjektet:

### Kartlegging av praksis

Elektronisk pasientkurve og pasientjournalenes sykepleienotater ble undersøkt for dokumentasjon av bruk av CAM-ICU. Fordi symptomer på delirium kan avdekkes på andre måter enn å bruke CAM-ICU, og siden det var forventet lav etterlevelse av CAM-ICU ved oppstart av prosjektet, ble 18 tilfeldige journaler trukket ut for en sekundær gjennomgang av sykepleiedokumentasjonen. I disse ble sykepleienotatens beskrivelse av kognitiv status undersøkt. Vi så etter beskrivelser av de fire kjennetegnene for delirium i sykepleienotatene (15,16) og avgjorde om disse

var adressert. En hjelpetabell med beskrivelser av de ulike kjennetegnene ble brukt i dette arbeidet (2,12) og data ble samlet i et eget hjelpeskjema. (Se figur 2.)

For å kvalitetssikre denne prosessen ble et mindre og tilfeldig antall av sykepleienotatene uavhengig analysert av to sykepleiere. Videre ble det undersøkt om observasjonene førte til at helsepersonell erkjente diagnosen, enten i form av diagnosekode og/eller bruk av medikamentene Haloperidol/Olanzapin, som kun blir brukt ved delirium i den aktuelle avdelingen.

### Sammenlikning

Data for dokumentert CAM-ICU-skår, medikamentell behandling og diagnosekode er kategoriske data og ble beskrevet med tall (n) og andel (%). Sykepleiedokumentasjonen, som ble undersøkt sekundært, ble kategorisert til de fire kjennetegnene for delirium

**Kriterium:** Vurdering med CAM-ICU morgen og kveld hos alle pasienter med bevissthetsnivå svarende til Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) -3 til +4 (11).

**Standard:** CAM-ICU skal utføres i 95 prosent av mulige vurderingstidspunkt (21–24).

**FIGUR 2:** Hjelpetabell med eksempler for kategorisering av beskrivelser i sykepleiedokumentasjon (2, 2).

<b>Kjennetegn 1:</b> Endret mental status fra habituell tilstand, akutt innsettende/varierende forløp.	<b>Kjennetegn 2:</b> Uoppmerksomhet.	<b>Kjennetegn 3:</b> Manglende organisering av tankene.	<b>Kjennetegn 4:</b> Endret bevissthetsnivå.
Dokumentasjon på pårørendes beskrivelse om habituell mental status.	Husker ikke informasjon. Blir lett distraheret, klarer ikke holde fokus, lar seg lett avlede.	Desorientert. Mumlende/usammenhengende tale. Inadekvat adferd; plukker på ledninger/bandasjer/vil ut av sengen.	Skåringsverdi for bevissthetsnivå (RASS) på vurderingstidspunktet.
Beskrivelser om variasjoner i mental status gjennom døgnet, f. eks. plutselige endringer, eller refleksjon rundt varierende skåringsverdier for bevissthetsnivå (RASS) siste 24 timer.	Rastløs i sengen. Lukker øynene/sovner midt i samtalen. Passiv/initiativløs. Holder ikke blikkontakt/flakkende blikk.	Følger ikke oppfordring. Hallusinasjoner.	
<b>Normalitet:</b> stabil, habituell tilstand gjennom døgnet.	<b>Normalitet:</b> konsentrert, rolig, alert.	<b>Normalitet:</b> Tydelig/sammenhengende tale. Orientert.	<b>Normalitet:</b> Våken, i sin vanlige bevissthetstilstand.

RASS: Richmond Agitation and Sedation Scale.

og omkodet til ukentlig andel komplette deliriumvurderinger. Dette ble brukt som baselinemåling for å sammenlikne dagens praksis med ønsket kriterium.

### Endringstiltak

Personalet i avdelingen disku-

erfaringer fra lignende forbedringsprosjekt på samme problemområde (21–24).

I løpet av fire uker fikk alle sykepleierne (n=66) undervisning i små grupper (to til sju deltakere) om verktøyet CAM-ICU. Diskusjon rundt pasientkasus var inkludert i

bruk av CAM-ICU ble tilgjengelig ved hver seng (27) og personalet fikk tilbakemelding på etterlevelse av prosedyre i form av veggplakat en måned etter iverksettelse av tiltak (28, 29).

### Kartlegging av ny praksis

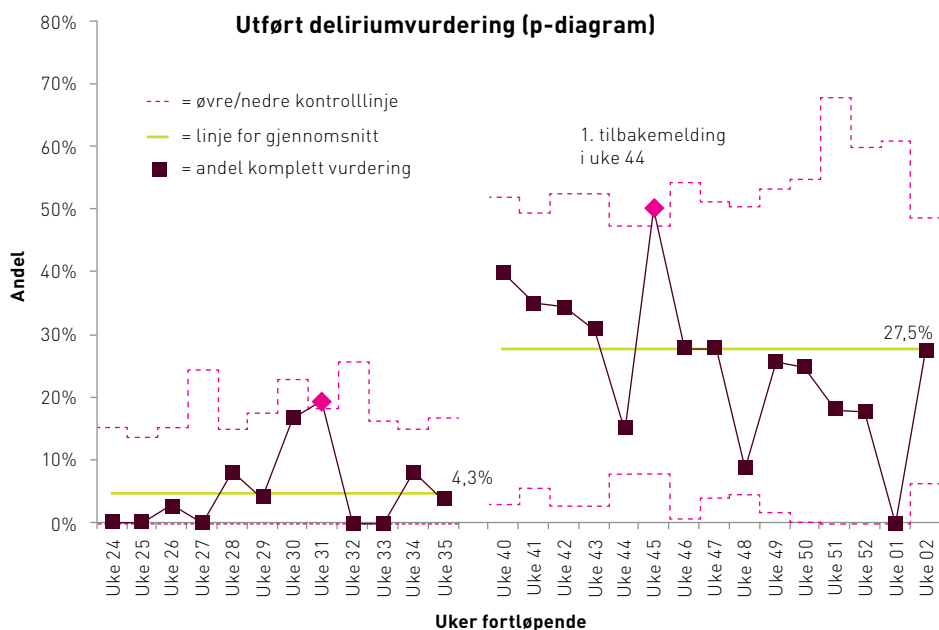
Etter fire uker med iverksettelse av endringstiltak ble praksis fulgt i 15 påfølgende uker i en ny kartlegging av bruk av CAM-ICU. Statistisk prosesskontroll, en form for tidsserieanalyse, ble brukt for å overvåke endringsprosessen. Dette er en anerkjent metode som kan brukes ved små datamengder for å undersøke om en endring blir en forbedring og for å kunne forstå variasjon i prosessen (30). Et prosentdiagram viser prosessens endring i

” Sykepleiere har fokus på delirium, men mangler kunnskap om vurderingsverktøy.

terte årsaker til at CAM-ICU ikke ble utført og vi søkte etter forskning som kunne informere endringsprosessen. Systematiske oversikter viste at bestemte kunnskapsbaserte tiltak kan forbedre praksis (25–29). I tillegg brukte vi

dette (25). Den elektroniske pasientkurven ble tilrettelagt for dokumentasjon og påminnelse dersom CAM-ICU ikke ble utført, i tillegg til at resultatet av CAM-ICU ble linket til aktuelle arbeidsdokument for legene (26). En veiledning for

FIGUR 3: Ukentlig andel dokumenterte komplette vurderinger, før og etter endring innført i ukene 36–39.



Hvert målepunkt er antall utførte vurderinger dividert på antall vurderinger som skulle vært utført. Grønn linje viser gjennomsnittlig andel utførte vurderinger i perioden før og etter endringer. Øvre og nedre kontrollgrense er  $\pm 3$  standardavvik av ukentlig andel utførte vurderinger.

prosjektperioden, hvor ukentlig andel gjennomførte deliriumvurderinger ble brukt som måleenhet, altså antall utførte deliriumvurderinger dividert på antallet vurderinger som skulle vært utført (figur 3). Kontrollgrensene i diagrammet viser grensene for området hvor framtidige målinger kan forventes å ligge hvis ikke endringer blir iverksatt.

For å vite sikkert at de to utvalgene var sammenliknbare ble demografiske variabler undersøkt, i tillegg til diagnose-spesifikk kode for delirium ved akutt sykdom (32) og eventuell medikamentell behandling for delirium (resultatkriterium). Kategoriske data, som kjønn, innleggelsesårsak, forekomst av delirium, diagnosekode og medikamentbruk blir beskrevet med tall (n) og andel (%). Kontinuerlige data som alder, liggetider og skåringsverdier for organsvikt og mortalitetsrisiko er beskrevet med median, interkvartiler (Q25-Q75) og range.

Demografiske variabler og forekomst av delirium før og etter endring ble, avhengig av dataenes målenivå, analysert med t-test, Mann Whitneys rangsumtest, Fishers eksakte test og kji-kvadrat for uavhengige grupper (33). På alle tester ble det satt signifikansnivå 0,05.

Dataprogrammet Quality Improvement Macros 2011 ble brukt i analysearbeidet.

### **Etikk**

Prosjektet ble framlagt Regional Etisk Komité (REK) Vest, hvor det ble klassifisert som kvalitetsforbedringsprosjekt. Tillatelse til å gjennomføre prosjektet og opprette egen database ble gitt av Personvernombudet ved det lokale helseforetaket.

## **RESULTAT**

### **Sammenlikning av praksis mot kriterium**

Vi fant at CAM-ICU ikke var dokumentert brukt på noen av pasientene i en tolvukers periode (n=47), slik avdelingsprosedyren sier (prosesskriterium). Av disse hadde 11 (23,4 prosent, 95 prosent konfidensintervall: 10,7–36,2) likevel fått diagnosen delirium, bestemt av diagnosekode satt av lege og/eller bruk av Haloperidol eller Olanzapin (resultatkriterium). Langt flere fikk medikamentell behandling (n=10) enn diagnosekode for delirium (n=3).

Av de 47 pasientjournalene ble 18 pasientjournaler (372 sykepleienotat) undersøkt videre for å se hvordan sykepleierne dokumenterte observasjoner relatert til kognitiv tilstand, som et alternativ til en CAM-ICU-skår. Sykepleienotatene (n =

fra perioden før endringer, der komplett deliriumvurdering var dokumentert i gjennomsnittlig 4,3 prosent av sykepleienotatene.

Statistisk overvåkning av praksisendring, ukentlig bruk av CAM-ICU, viste likevel en nivåendring i ønsket retning (figur 3).

Av de 51 pasientene hadde 27 (52,9 prosent, 95 prosent konfidensintervall: 38,3–67,5) delirium basert på diagnosekode, medikamentell behandling eller positiv CAM-ICU vurdering, en tydelig forskjell ( $p = 0,02$ ) fra forrige måling. Av pasientene med delirium hadde 21 (77,8 prosent), fått medikamentell behandling og 9 (33,3 prosent) fått diagnosekode, noe som var uendret fra før.

Pasientgruppene før og etter at endringstiltak var like (tabell 1), også når det gjaldt årsaker

## **” CAM-ICU må anses som et supplement til totalvurderingen av pasienten.**

372) fordelte seg jevnt over ukene med en median på 15 notat per pasient (Q25-Q75: 9-25, range: 4-55). Av alle sykepleienotatene inneholdt 16 (4,3 prosent) komplett vurdering av alle kjennetegnene, mens kjennetegn 1, 2, 3 og 4 var beskrevet i henholdsvis 100 prosent, 8,1 prosent, 43,4 prosent og 25,7 prosent av notatene.

### **Ny kartlegging av praksis**

Det var i alt 51 pasienter som ble inkludert i kartlegging av praksis etter endringstiltak. Her fant vi at CAM-ICU ble utført i gjennomsnittlig 27,5 prosent av de forutbestemte vurderingstidspunktene i kriteriet, eller i 122 av de 443 vurderingstidspunktene. Dette var en forbedring

til innleggelse, bortsett fra andel pasienter med infeksjoner, som var større i den siste (tabell 2).

## **DISKUSJON**

Til tross for at delirium er en vanlig og svært alvorlig tilstand hos intensivpasienter, fant vi ikke dokumentert at noen av pasientene som var innlagt i avdelingen i en tremåneders periode (n= 47) ble vurdert med CAM-ICU-skår, selv om dette var en del av avdelingens prosedyre. I stedet skjedde vurdering på sykepleieres subjektive grunnlag, noe som ved nærmere ettersyn i sykepleienotatene var utilstrekkelig: Bare et fåtall av notatene inneholdt en komplett vurdering av kjennetegnene for delirium. Ved å iverksette enkle

tiltak oppnådde vi en prosentvis god forbedring av praksis, men prosessen var ustabil over tid. Delirium ble oppdaget hos flere pasienter etter at enkle tiltak ble iverksatt, men andelen

vurderer om intensivpasienter har delirium. Gjennom å både kartlegge dokumentert bruk av CAM-ICU, men også undersøke sykepleienotatene, som sier noe om alternativ vurdering der-

periodene før og etter endrings-tiltakene viste at sykepleiere arbeidet med samme type pasienter under begge periodene. Dette underbygger at prosessforbedringen som ble vist ikke var et resultat av ulike pasientgrupper.

## ” Delirium ble oppdaget hos flere pasienter etter at enkle tiltak ble iverksatt.

pasienter som fikk medikamentell behandling og diagnosekode for delirium var uendret.

### Styrker og svakheter

Fordi konsekvensen av audit kan være at praksis bør endres, må man stole på at auditresultatet avspeiler reell praksis (34). Denne metoden krever at aspekter av praksis kvantifiseres; i dette tilfelle hvordan sykepleiere

som CAM-ICU ikke var brukt, mener vi at målingene gir et valid bilde av hvordan sykepleier adresserer delirium i avdelingen.

Studien er gjennomført som et kvalitetsforbedringsprosjekt og er ikke styrketestet med tanke på generaliserbarhet. Resultatene må derfor tolkes i lokal kontekst.

Sammenlikning av demografiske data ved pasientgruppene i

De observerte gevinstene; økt etterlevelse av prosedyre og økt antall pasienter som ble systematisk vurdert for delirium; kan være et resultat av at praksis blir studert. Det er likevel ikke en garanti for at slik endret praksis blir opprettholdt. Det er derfor mulig at prosessene og resultatene kan svekkes over tid.

### Andre studier

Tidligere forskning har vist at implementering av CAM-ICU ikke kan forventes å skje passivt

**TABELL 1:** Pasientkarakteristika for utvalgene før og etter endring.

Karakteristika	Før endring	Etter endring	
Antall pasienter (n)	47	51	
Kjønn:			
Menn / kvinner % (n)	53,2 (25) / 46,8 (22)	64,7 (33) / 35,3 (18)	$\chi^2 = 1,342$ (p = 0,25)
Alder år median (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> )	61 (28-71,5)	63 (46-72,5)	z-skår: 1,459 (p = 0,14)
Alder range	13-93	17-84	
SAPS II median (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> )	43 (33 - 51)	46 (33 - 55)*	z-skår: 0,759 (p = 0,45)
SAPS II range	10-69	19-85 *	
Max SOFA median (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> )	7 (5 - 10)	7 (4 - 10)	z-skår: 0,909 (p = 0,36)
Max SOFA range	1 - 18	1 - 16	
Respiratordøgn			
Median (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> )	2,17 (0,28 - 6,46)	2,96 (0,76 - 8,09)	t = -0,019 (p = 0,99)
Liggedøgn intensivavd. median (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> )	5,25 (2,86 - 9,78)	4,44 (2,17 - 10,34)	z-skår: 1,230 (p = 0,22)
Liggedøgn sykehus			
Median (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> )	33 (20 - 69,5)	27 (13,5 - 62,5)	t = 0,653 (p = 0,52)

\*) Mangler data for to pasienter.

Kategoriske data: Kji-kvadrat ( $\chi^2$ ), ordinale data: Mann Whitney rangsumtest (z), kontinuerlige data: t-test (t). Q25-Q75 = 25 - 75 persentil, SOFA: Sequential Organ Failure Assessment score, SAPS II: Simplified Acute Physiology Score II.



og uten at sykepleiere støttes i prosessen. Devlin (35) fant at en tredel av sykepleierne i en intensivavdeling aldri fikk opplæring i hvordan vurderingsverktøy for delirium skal brukes, selv om det var forventet at de brukte det. Samtidig er det kjent at CAM-ICU krever både undervisning og trening for at vurderingene skal gjøres riktig (21–24). Det er dermed urimelig å forvente at sykepleiere skal ta vurderingsverktøyet i bruk uten opplæring. Det var derfor ikke overraskende at vår første kartlegging viste at CAM-ICU ikke ble brukt i avdelingen, til tross for at dette var bestemt gjennom eksisterende prosedyreverk.

Selv om CAM-ICU altså ikke ble dokumentert brukt, viste sykepleiernotatene at pasientene likevel ble vurdert for symptom på delirium. Tilnærmingen var imidlertid usystematisk og preget av subjektive vurderinger. Også dette er et bilde av

praksis som stemmer med tidligere forskning; sykepleiere bruker metoder som nevrologisk undersøkelse, observasjon og samtale med pasienten for å vurdere om pasienten har delirium (2,7,35,36). Både våre funn og disse tidligere studiene viser at sykepleiere vektlegger orienteringsevne, avvikende atferd, bevissthet, pupiller, agitasjon og evne til å følge oppfordring. Dette viser at sykepleiere har fokus på delirium, men mangler kunnskap om vurderingsverktøy som kan fremme en systematisk og mer

(kjennetegn 4) vurderes og skåres regelmessig, men vi fant ingenting som tydet på at sykepleiere koplet dette til vurdering av delirium. Andre studier har vist det samme (3), noe som tyder på generelt mangelfull kunnskap om hvordan de to henger sammen. Uoppmerksomhet (kjennetegn 2) var også lite omtalt i sykepleierrapportene. Dette kjennetegnet er en forutsetning for å vurdere om pasienten har delirium, men er krevende å vurdere skjønnsmessig. Også pasientens evne til å organisere tankene (kjennetegn

” CAM-ICU var vanskeligere å implementere enn forventet.

presis tilnærming til tilstanden.

Vår gransking av sykepleierdokumentasjonen viste liten refleksjon rundt de viktige fire kjennetegnene for delirium. Mental status (kjennetegn 1) og endring i bevissthetsnivå

3) var sjelden beskrevet. I en stor studie av sykepleieres deliriumvurderinger hos 797 eldre sykehuspasienter fant Inouye (2) også sparsomme beskrivelser av de sentrale kjennetegnene for delirium. Uoppmerksomhet ble beskrevet i 15 prosent av tilfellene der dette tegnet var til stede, uorganisert tankegang ble fanget opp i 26 prosent av tilfellene og endret bevissthetsnivå i 15 prosent av tilfellene. Milisen (12) fant i en liknende kartlegging at endret bevissthetsnivå ikke var dokumentert i det hele. Disse studiene viser at sykepleieres subjektive tilnærming er for upresis til å oppdage delirium. Å vurdere om en intensivpasient makter å holde konsentrasjonen og orientere seg i situasjonen krever en systematisk tilnærming, noe verktøyet CAM-ICU kan bidra til.

Overvåkning av prosess er ikke nok for å få til endring, men kan være nyttig for å holde fokus i forbedringsprosessen (30). Faren for å falle tilbake til «gamle synder» er altså stor

**TABELL 2:** Årsaker til intensivoppholdet.

Årsak til ICU-innleggelse	før endring 47(n)	etter endring 51(n)	
Isolert hodeskade	3	2	P = 0,67
Multitraume m/hodeskade	2	1	P = 0,61
Multitraume u/hodeskade	4	1	P = 0,19
Infeksjon/sepsis	6	16	P = 0,03*
Resp.svikt	15	13	P = 0,48*
Sirk.svikt	5	2	P = 0,26
Resp.svikt + sirk.svikt	3	5	P = 0,72
Multiorgan svikt	1	1	P = 1,0
Nevrologisk svikt	5	4	P = 0,73
Gastrointestinal svikt	1	5	P = 0,21
Planlagt opr.	1	1	P = 1,0
Nyresvikt	1	0	P = 0,48

Fishers eksakte test \*Kji-kvadrat test, 1 df.

dersom ikke oppfølgingstiltak iverksettes (22). Ny kartlegging av praksis viste en prosentvis forbedring på etterlevelse av prosedyre, men vi oppnådde ikke den standarden som vi satte til kriteriet. Forskning viser at implementering av CAM-ICU er ressurskrevende (21–24). Vi hadde få ressurser satt av til dette endringsarbeidet og den ønskete standard var kanskje for ambisiøs i en slik setting. Prosessen var ustabil, med målepunkt som svingte rundt gjennomsnittslinjen. Noen uker ble det utført så få vurderinger med CAM-ICU at praksis liknet tiden før tiltak (figur 2). Også spesiell variasjon i ønsket retning pekte seg ut; for eksempel ble det gitt feedback til personale i uke 44. Pun (22) fant at oppfølging av prosess i forbindelse med innføring av vurderingsverktøy for delirium er viktig; etterlevelse av prosedyre falt når regelmessig feedback uteble ett år etter implementeringen. Dette understreker at kvalitetsarbeid er krevende og at betydningen

når diagnostiseringsverktøyene blir bedre (38). Selv om vi oppdaget flere med delirium, var andelen av disse som fikk diagnosekode og/eller behandling uendret fra tidligere ( $p = 0,65$ ). Dette forbedringsprosjektet hadde imidlertid ikke som mål å endre praksis på disse områdene, men vi valgte å måle disse variablene, fordi det har stor betydning for pasientene og sier noe om vekselvirkning mellom sykepleiers observasjoner og legers tiltak.

### Resultatets betydning

Manglende bruk av CAM-ICU og sjekklister for øvrig kan handle om en opplevelse av å nedvurdere verdien av sykepleiers erfaring og kliniske skjønn. Hensikten med å implementere CAM-ICU, en kunnskapsbasert «sjekklister», er ganske riktig å redusere sykepleiers ensidige bruk av subjektive og skjønnsmessige vurderinger, fordi dette har vist seg utilstrekkelig og kan gå ut over pasientens sikkerhet. Skjønn kan være spesielt viktig dersom

supplement til totalvurderingen av pasienten, hvor langt flere hensyn spiller inn.

En viktig årsak til den relativt svake forbedringen av praksis var trolig mangel på ressurser til å følge opp implementeringsplanen som forelå. Flere har vist at systematisk implementering med forpliktende plan for opptrapping av tiltak kan gi gode resultater (21–24). Uformelle tilbakemeldinger viste at CAM-ICU var vanskeligere å implementere enn forventet, særlig på pasienter med hodeskade og dyp sedering. Dette framkom også i studien til Devlin (40), som i tillegg fant at behovet for veiledning var stort ved implementering av et systematisk vurderingsverktøy for delirium. Praktisk øving med CAM-ICU i ulike pasientsituasjoner synes derfor nødvendig for å skape trygghet og mestring blant sykepleiere. Ressursbruk som skal støtte en implementeringsprosess blir ofte glemt eller nedprioritert, slik det også ble i dette prosjektet. De foreslåtte tiltakene som skulle imøtekomme forventede utfordringer, slik som akademisering (41) og aktivisering av «superbrukere» (42), uteble fordi driften ikke tillot det. Grol og Wensing (43) hevder at mennesker beveger seg i ulikt tempo fra en endringsfase til neste, og at tiltakene må tilpasses i forhold til dette. Individets egne forventninger til prestasjon avhenger slik av faktiske muligheter til å prestere det som forventes, og negative erfaringer knyttet til dårlig mestring kan hindre endring i ønsket retning (44). Manglende følelse av mestring knyttet til CAM-ICU kan derfor føre til at sykepleiere avstår fra å bruke den uten

## ” Delirium hos intensivpasienten er vanskelig å identifisere.

av oppfølgingstiltak ikke må undervurderes.

Det er et kjent fenomen at måling av prosess i seg selv kan gi bedre resultat (37), noe vi også fant: Sykepleierne dokumenterte ikke bruk av CAM-ICU så ofte som de skulle, men delirium ble identifisert hos flere pasienter etter tiltak ( $p = 0,002$ ). Utvalgene vi sammenliknet var imidlertid små, slik at resultatet kan handle om tilfeldig variasjon. En økning i forekomst er likevel forventet

verktøy eller regler mangler for et område av praksis, eller når generelle regler anvendes på enkeltmennesket (39). Når det gjelder delirium hos intensivpasienten har CAM-ICU vist seg å være et godt verktøy som fanger opp denne alvorlige tilstanden, mens bruk av bare skjønn, eller erfaringsbasert kunnskap har vist seg upresist og utgjør en vilkårlig praksis som ikke er til det beste for pasienten (4, 9–12). Vi understreker likevel at CAM-ICU må anses som et

tilstrekkelig veiledning, øvelse og oppmuntring.

### Konklusjon

Delirium hos intensivpasienten er vanskelig å identifisere og en vurdering basert på sykepleieres subjektive grunnlag er ikke tilstrekkelig. En forutsetning for god pasientbehandling er korrekte observasjoner og dokumentasjon av disse, og derfor bør alle intensivavdelinger implementere et systematisk vurderingsverktøy for delirium i sin praksis. Utfordringene knyttet til å endre praksis må imidlertid ikke under-

vurderes. Tilrettelegging, blant annet med praktisk trening for alle og «superbrukere» som kan

Studien ble gjennomført som et mastergradsprosjekt ved Mastergrad i kunnskapsba-



### Tett oppfølging av forbedringsprosessen kan skape mer varige resultater.

veilede i hverdagen, kan være tiltak som bidrar til en effektiv implementering. Tett oppfølging av forbedringsprosessen kan skape mer varige resultater. Dette bør erkjennes i planleggingsfasen med å avsette nødvendige ressurser til implementering og monitorering av prosess.

sert praksis i helsefag, Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen.

Takk til Norsk Sykepleierforbund og Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe for Intensivsykepleiere for økonomisk støtte i studietiden.

### REFERANSER

1. Morandi A, Jackson J, Ely EW. Delirium in the Intensive Care Unit. *Int Rev Psychiatry*. 2009;2:43–58.
2. Inouye S, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: a comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med*. 2001;161:2467–73.
3. Ely EW, Gautam S, Margolin R, Francis J, May L, Speroff T et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med*. 2001;27:1892–900.
4. Lin SM, Liu CY, Wang CH, Lin HC, Huang CD, Huang PY, Fang, et al. The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*. 2004;32:2254–9.
5. Jackson JC, Gordon SM, Hart RP, Hopkins RO, Ely EW. The association between delirium and cognitive decline: A review of the empirical literature. *Neuropsychol Rev*. 2004;14:87–98.
6. Griffiths RD, Jones C. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2007;20:124–9.
7. Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes JH. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med*. 2009;35:1276–80.

8. van Eijk MM, van Marum RJ, Klijn IAM, de Wit, N, Kesecioglu J, Slooter AJC. Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. *Crit Care Med*. 2009;37:1881–5.
9. Steis MR, Fick DM. Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *J Gerontol Nurs*. 2008;34:40–8.
10. Pun BT, Ely EW. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest*. 2007;132:624–36.
11. NHS/National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) [Internett]. Clinical Guideline 103. Delirium: diagnosis, prevention and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010. Tilgjengelig fra: <http://guidance.nice.org.uk/CG103> (Nedlastet 10.10.2010).
12. Milisen K, Foreman MD, Wouters B, Driesen R, Gooderis J, Abraham IL et al. Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture. *J Gerontol Nurs*. 2002;28:23–9.
13. Plaschke K, von Haken R, Scholz M, Engelhardt R, Brobeil A, Martin E et al. Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Scoring Checklist (ICDSC) for delirium in the critical care patients gives high agreement rate(s).

- Intensive care med. 2008;34:431–36.
14. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L. A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in the intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients. *Critical Care* [Elektronisk artikkel]. 2008; 12. Tilgjengelig fra: <http://ccforum.com/content/12/1/R16> (10.04.2009).
15. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L et al. Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286:2703–10.
16. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29:1370–7.
17. Flaatten H. Metodebok: Seksjon for intensivmedisin, Kirurgisk serviceklinikk. Bergen: Haukeland Universitets-sykehus, 2009.
18. National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). Principles for best practice in clinical audit. Oxon:

Radcliffe Medical Press Ltd., 2002.

19. **Seddon M, Buchanan J.** Quality improvement in New Zealand health-care. Part 3: achieving effective care through clinical audit. *Journal of the New Zealand Medical Association* [Elektronisk artikkel]. 2006;119:1239. Tilgjengelig fra: <http://nzma.org.nz/journal/119-1239/2108/> [23.05.2010].

20. **Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.** Sjekklister for kvalitetsvurdering av retningslinje. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%BBy/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler>. 2031. cms [Nedlastet 30.03.2010].

21. **van den Boogaard M, Pickkers P, van der Hoeven H, Roodbol G, van Achterberg T, Schoonhoven L.** Implementation of a delirium assessment tool in the ICU can influence haloperidol use. *Crit Care* [Elektronisk artikkel]. 2009;13:17 s.] Tilgjengelig fra: <http://ccforum.com/content/13/4/R131> [04.10.2009].

22. **Pun BT, Gordon SM, Peterson JF, Shintani AK, Jackson JC, Foss J et al.** Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. *Crit Care Med*. 2005;33:1199-205.

23. **Page VJ, Navarange S, Gama S, McAuley DF.** Routine delirium monitoring in a UK critical care unit. *Crit Care* [Elektronisk artikkel]. 2009;13:6 s.] Tilgjengelig fra: <http://ccforum.com/content/13/1/R16> [04.04.2009].

24. **Riekerk B, Pen EJ, Hofhuis JGM, Rommes JH, Schultz MJ, Spronk PE.** Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25:242-9.

25. **Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F et al.** Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Elektronisk artikkel]. 2009. CD003030. DOI:10.1002/14651858.CD003030.pub2:[113 s.]. Tilgjengelig fra: [http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003030/pdf\\_fs.html](http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003030/pdf_fs.html) [18.01.2009].

26. **Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J.** The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Elektronisk artikkel]. 2009. CD001096. DOI:10.1002/14651858.CD001096.pub2. Tilgjengelig fra: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001096/frame.html> [Nedlastet 14.04.2011].

27. **Farmer AP, Légaré F, Turcot L,**

**Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, Wolf F.** Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Elektronisk artikkel]. 2008. CD004398. DOI: 10.1002/14651858.CD004398.pub2: [36 s.]. Tilgjengelig fra: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004398/frame.html> [Nedlastet 18.04.2009].

28. **Jamtvedt G, Young J, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD.** Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Elektronisk artikkel]. 2006. CD000259. DOI:10.1002/14651858.CD000259. pub2: [113 s.]. Tilgjengelig fra: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000259/frame.html> [Nedlastet 18.04.2009].

29. **Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M.** Using audit and feedback to health professionals to improve the safety of health care. København, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies [Elektronisk artikkel]. 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/2010/using-audit-and-feedback-to-health-professionals-to-improve-the-quality-and-safety-of-health-care> [13.09.2010].

30. **Carey RG, Lloyd RC.** Measuring quality improvement in healthcare. A guide to statistical process control applications. Milwaukee: American Society for Quality, 2001.

32. **Helsedirektoratet / Diagnosekodeverk ICD-10** [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet: 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx> [Nedlastet 20.02.2012].

33. **Altman DG.** Practical statistics for medical research. Boca Rota: Chapman & Hall, 1999.

34. **Bion JF.** Approaches to improving the reliability and safety of patient care. I: Chiche J-D, Moreno R, Putensen C, Rhodes A, red. Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co; 2009. s. 487-95.

35. **Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C et al.** Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions. *Am J Crit Care*. 2008;17:555-65.

36. **Flagg B, Cox L, McDowell S, Mwose JM, Buelow JM.** Nursing iden-

tification of delirium. *Clin Nurse Spec*. 2010;24:260-6.

37. **Pronovost A, Rubenfeldt GD.** Quality in critical care. I: Chiche J-D, Moreno R, Putensen C, Rhodes A, red. Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co; 2009. s. 127-39.

38. **Donabedian A.** The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8.

39. **Grimen H.** Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. I: Grimen H, Terum LI, red. Evidensbasert profesjonsutøvelse. Oslo, Abstrakt forlag, 2009:191-221.

40. **Devlin JW, Marquis F, Riker RR, Robbins T, Garpestad E, Fong JJ et al.** Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Crit Care* [Elektronisk artikkel]. 2008; 12: [6 s.]. Tilgjengelig fra: <http://ccforum.com/content/12/1/R19> [12.05.2009].

41. **O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT et al.** Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Elektronisk artikkel]. 2007. CD000409. DOI: 10.1002/14651858.CD000409.pub2: [81 s.]. Tilgjengelig fra: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000409/frame.html> [Nedlastet 08.05.2010].

42. **Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J et al.** Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Elektronisk artikkel]. 2007. CD000125. DOI: 10.1002/14651858.CD000125.pub3: [70 s.]. Tilgjengelig fra: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000125/frame.html> [25.04.2011].

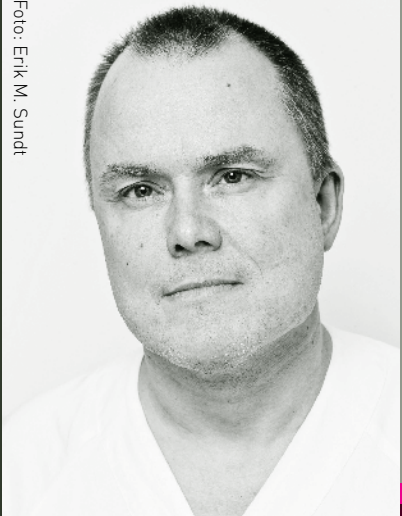
43. **Grol RPTM, Bosch MC, Hulscher MEJL, Eccles MP, Wensing M.** Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q*. 2007; 85: 93-138.

44. **Borbasi S, Jackson D, Lockwood C.** Undertaking a clinical audit. I: Courtney M, McCutcheon H, red. Using evidence to guide nursing practice. Chatswood: Churchill Livingstone / Elsevier; 2010. s. 113-31.

# Vi trenger brukbare prosedyrer

› Alt for ofte innføres det nye prosedyrer i klinikken som ikke blir etterfulgt.

Foto: Erik M. Sundt



**Stein Johansen**  
Intensivsykepleier, OUS,  
Rikshospitalet.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Sjøbø og medforfattere har gjort et spennende kvalitetsforbedringsprosjekt rundt bruken av CAM ICU, et verktøy for å kunne diagnostisere delir. Prosjektet ble gjennomført ved en intensivavdeling som sier at de har innført CAM ICU, samtidig som «alle vet» at denne avdelingen i praksis faktisk ikke bruker verktøyet.

Hensikten med prosjektet var å kartlegge hvordan sykepleiere dokumenterer observasjoner av kognitiv status og samtidig finne ut om denne dokumentasjonen var i tråd med gjeldende anbefalinger. I tillegg var hensikten å sette i gang tiltak for å forbedre praksisen dersom det var nødvendig. Og praksisforbedring? Ja, det var det i sannhet behov for.

I min mangeårige praksis som intensivsykepleier har jeg dessverre nokså ofte støtt på det samme fenomenet. En prosedyre blir innført i klinikken – men i praksis brukes den ikke. Hvordan kan vi unngå slikt?

Det er selvsagt nyttig når dette prosjektet gir oss empiri på å eta-

blerte prosedyrer ikke følges. Men hva som er enda mer interessant og nyttig, er at prosjektet viser oss at det finnes gode måter å innføre nye prosedyrer på – måter som gjør at vi får større samsvar mellom liv og lære. Det er til å bli klok av.

Når det konkret gjelder CAM ICU som verktøy, er min kliniske erfaring som intensivsykepleier at det kan være utfordringer knyttet til dette verktøyet. Eksempelvis er det ikke alltid like lett å etablere god kontakt med pasienten for å få til et samarbeid. Klemmer pasienten kontinuerlig i hånden bare fordi han trenger en hånd å holde i? Forstår han ikke instruksjonene? Er han uten mulighet til å spørre fordi han er intubert/tracheotomert? Utfordringene kan være mange. Men poenget her er at en klinikk må ha en god tverrfaglig prosess i forkant av det å innføre en prosedyre. Og når prosedyren vel er innført, så må den systematisk brukes.

Prosjektet avdekker at vi dessverre trenger å bli minnet på det som burde vært nokså innlysende:

Når personalgruppen blir godt informert om hensikten med og viktigheten av en ny prosedyre. – Ja, så øker bruken av prosedyren. Det samme skjer i en kultur preget av samarbeid, tillit og anerkjennelse. Godt går det også når det er etablert en tverrfaglig forståelse for å innføre den nye prosedyren og når konsekvensene av den nye prosedyren er godt kjent for alle. En god personellkontinuitet rundt en pasient øker også bruken av den nye prosedyren.

Etter mange år som intensivsykepleier er det min erfaring at mange vedtatte prosedyrer ikke følges opp i klinikken. La oss håpe at kunnskapen ifra dette prosjektet kan bli omsatt i praksis mange steder. For; bruker vi gode prosedyrer når vi skal ta i bruk nye prosedyrer, så ender vi opp med å bruke de prosedyrene vi har sagt vi skal bruke. Og det er da brukbart!

Les artikkelen på side 358





Illustrasjonsfoto: Lena Knutti

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Basale smittevern-rutiner er grunnleggende for forebygging og kontroll av sykehusinfeksjoner. Arbeidstøy er en del av de basale smittevernrutinene. Helsetjenesten har utarbeidet retningslinjer for bruk av arbeidstøy, som inkluderer bruk av smykker, ringer, piercing, samt bestemmelser om negler, hår og skjegg.

**Hensikt:** Å undersøke om retningslinjene for bruk av arbeidstøy har

kunnskapsmessig forankring i forskning om hygiene og smittevern.

**Metode:** Litteraturstudie. Søkene ble gjort i 2011 i følgende databaser: Medline, ProQuest og Science Direct, samt håndzoek i Journal of Hospital Infection.

**Resultat:** Resultatet indikerer at det er vesentlig at hender og armledd holdes fri for smykker, og at negler

er kortklippede. Kunstige negler tillates ikke. Daglig skifte av arbeidstøy er av betydning, da arbeidstøyet raskt kontamineres med mikroorganismer. I vårt materiale fant vi ikke begrunnelser av hygienisk eller smittevernmessig art for at halssmykker, øredobber og piercing ikke skal benyttes.

**Konklusjon:** Retningslinjene for arbeidstøy er bare delvis forankret i forskning om smittevern og hygiene.

## ENGLISH SUMMARY

**Are the guidelines for health care services' uniforms based upon research?**

**Background:** Basal infection control procedures are essential for the prevention and control of hospital infections. Hospital uniforms are a part of basic infection control procedures. The health care services have published guidelines for the use of clothing, which includes jewellery, rings, piercing, and which includes regulations concerning fingernails, hair, and beards.

**Objective:** To investigate whether the guidelines for uniforms are based upon research on hygiene and infection control.

**Methods:** Literature study. The searches were done in 2011 in the following databases: Medline, ProQuest, Science Direct and searches in Journal of Hospital Infection.

**Results:** The results indicate that it is essential that hands/wrists are kept free of jewellery and that fingernails are cut short. Artificial nails are not

permitted. Daily changing of uniforms is important, as work clothes are quickly contaminated with microorganisms. In our study, we found no reasoning for the prohibition of necklaces, earrings, or piercings, from a hygienic/infection control perspective.

**Conclusion:** The guidelines for work uniforms are only partly grounded in research on infection control and hygiene.

**Key words:** Work wear, uniforms, hygiene, infection control.

# »» Er retningslinjer for arbeidsantrekk i helsetjenesten forskningbaserte?

Forfattere: Solveig Breivik,  
Annie Karlsen, Tove Larssen

## NØKKELORD

- Litteraturstudie
- Hygiene
- Smitte

## INNLEDNING

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke om retningslinjene for arbeidsantrekk i helsetjenesten har kunnskapsmessig forankring i forskning på hygiene og smittevern. De fleste sykehus har en uniformsinstruks som er begrunnet i basale smittevernrutiner. Uniformsreglementene omtaler mer enn bekledning. De beskriver også forhold knyttet til smykker, ringer, piercing, negler, hår og skjegg.

Sykepleierutdanningen ved Universitetet i Nordland forholder seg til Helse Nords reglement. I klinikklaboratoriet presenteres studentene for arbeidsantrekkreglementet. Ifølge reglementet skal alle smykker, ringer, piercinger og ørepynt fjernes. Arbeidstøyet skal skiftes daglig, og alltid ved tilsvling. Langt hår skal være samlet, og skjegg skal være velstelt og rent. Negler skal være kortklippte og kunstige negler og neglelakk tillates ikke. I praksisstudier opplever

studentene imidlertid at enkelte helsearbeidere har både ørepynt, smykker og ringer, uten at noen tilsynelatende bryr seg om det. Er det kanskje ikke så nøye likevel?

I Helse Nords begrunnelse for arbeidsantrekkreglementet er det referert til «Forskrift om næringsmiddelhygiene» (1). Det eneste vi finner der som omhandler personell er at det skal være høy grad av personlig hygiene, og at de ansatte skal ha rene klær. En annen referanse er «Guideline for Prevention of Surgical Site Infection» (2). Her omtales generelle hygieniske forordninger relatert til operative inngrep. Referansene ga ikke tilfredsstillende begrunnelse for retningslinjene. Vi ønsket derfor å se nærmere på kunnskapsgrunlaget for arbeidsantrekk i helsetjenesten, eksemplifisert med Helse Nords retningslinjer. Problemstillingen er som følger: Er retningslinjene for arbeidsantrekk i helsetjenesten basert på forskning om hygiene og smittevern?

## METODE

Gjennom en litteraturstudie søkte vi å få en oversikt over tilgjengelig kunnskap som kunne gi svar på problemstillingen. Høsten 2011 gjennomførte vi et systematisk søk etter forskningsartikler i

databasene Medline, ProQuest og Science Direct. Vi brukte søkeordene infection control/nosokomial infection/hospital-acquired infection kombinert med body piercing, earrings, necklace, jewellery, working clothes, uniform, hair, facial hair.

Følgende inkluderingskriterier ble benyttet:

- Engelskspråklige artikler
- Publiseringstidspunkt 2005–2011
- Tittel/abstrakt må inneholde søkeordene

Elektroniske søk ble supplert med håndøk i «Journal of Hospital Infection» for den samme tidsperioden. Videre fant vi artikler

### Hva tilfører artikkelen:

Undersøkelsen viser at retningslinjer for arbeidsantrekk i helsetjenesten med tanke på hygiene, bare er delvis forskningbaserte.

### Mer om forfatterne:

Solveig Breivik er intensivsykepleier med hovedfag i helsefag. Annie Karlsen er sykepleier med hovedfag i praktisk kunnskap. Tove Larssen er operasjonssykepleier med mastergrad i praktisk kunnskap. Alle tre er ansatt som universitetslektorer ved Universitetet i Nordland. Kontakt: solveig.breivik@uin.no

via litteraturlistene i artiklene og via «snowball sampling» (3). Dette gjaldt også noen nasjonale og internasjonale retningslinjer og smittevern.

Ettersom reglementet for arbeidsantrekk består av flere deler, gjorde vi det første søket hver for oss, innenfor hvert vårt område. Områdene var hals-smykker/øredobber/arbeidstøy, piercing, smykker på hendene/negler/skjegg/hår. Første seleksjon ble gjort på bakgrunn av titler og abstrakter. Etter å ha lest abstraktene, leste vi relevante artikler i fulltekst. Videre gjorde vi en kritisk vurdering av om litteraturen var relevant, om vi hadde identifisert artikler med en studiedesign som kunne besvare spørsmålet og til sist om litteraturen hadde høy nok kvalitet. Deretter foretok vi

tet og ba om en uttalelse i forhold til dette.

## RESULTAT

13 artikler ble inkludert i studien. Av disse er fem oversiktsartikler og åtte er enkeltstudier med ulik kvantitativ design. Tabell 1 viser en oversikt over inkluderte studier, studiedesign, størrelse og resultater. Vi fant åtte nasjonale og internasjonale retningslinjer og forskrifter om smittevern (4-7,14,15, 24, 25) som ble inkludert. Hensikten med å inkludere retningslinjer i studien var å se hvilke bestemmelser og begrunnelser disse hadde knyttet til arbeidsantrekk. Retningslinjene har utfyllende referanselister og man har også beskrevet hvordan artikkelsøkene ble utført (6). Folkehelseinstituttet anbefalte en video om

En enkeltstudie med kvantitativ design ble inkludert (9). En svakhet med denne er at kontrollgruppen er relativt liten. De resterende hadde ikke relevant fokus eller var ikke forskningsbaserte.

Søk på hår/skjegg ga 89 treff. Disse omhandlet personell på operasjonsavdelinger og hårfjerning hos pasienter i forhold til prosedyrer og operasjoner. Tre artikler ble lest i fulltekst, men ekskludert fordi de omhandlet personell på operasjonsavdelinger.

Håndsoket i *Journal of Hospital Infection* ga 21 relevante treff. Av disse ble to oversiktsartikler (10, 12) og to enkeltstudier inkludert. Den ene var en kohortstudie med 255 deltakere og bruk av kontrollgruppe (11). Den andre var en spørreundersøkelse hvor 155 av 173 spørreskjemaer ble besvart (13). De resterende oppfylte ikke inkluderingskriteriene.

Litteraturlistene i datamaterialet ble gjennomgått og her fant vi to retningslinjer som ble inkludert (14, 15), samt en enkeltstudie med cross sectional design uten kontrollgruppe. Deltakerantall var 149 (16). Via henvisning til relevante artikler ble ytterligere tre artikler inkludert; en oversiktsartikkel (17), en randomisert kontrollstudie med 100 deltakere (18) og en studie som bygger på spørreundersøkelse på 13 sykehus og systematiske søk (19).

Fagernes har i sitt doktorgradsarbeid to enkeltstudier som omhandler fingerringe, og disse ble inkludert (21,22). Begge er gjennomført med kvantitativ design og bruk av kontrollgrupper. Totalt var det 434 deltakere i disse. En studie med cross-sectional design ble også inkludert (23). Denne studien inkluderer 465 deltakere og er en av de største studiene på dette området. Siden studien ikke hadde randomisering,

” Det anbefales sterkt at fingerringe og smykker i relasjon til hendene ikke brukes.

endelig inkludering/ekskludering. For å bli inkludert måtte artiklene belyse mulig eller manglende sammenheng mellom helsepersonells arbeidsantrekk og infeksjoner hos pasienter. Artikler som ikke omhandlet arbeidsantrekk i somatiske sykehus ble ekskludert. Arbeidsantrekk i spesialavdelinger som operasjonsavdelinger ble ekskludert.

I forhold til smykker/ringe på hendene, negler/neglelakk valgte vi i hovedsak å benytte World Health Organizations (WHO) retningslinjer for håndhygiene (4). Dokumentet munner ut i anbefalinger bygget på konsensus. Rettleder til forskrift om smittevern i helsetjenesten er et overordnet nasjonalt dokument (5). Fordi rettlederen til forskriften ikke nevner noe om smykker, piercing eller øredobber tok vi kontakt med Folkehelseinstitut-

tehandhygiene fra New England *Journal of Medicine* (20). Tabell 2 viser en oversikt over inkluderte retningslinjer, forskrifter og video.

Søk knyttet til øreringe og halssmykker ga 118 treff. 13 var potensielt relevante og ble gjennomgått i fulltekst, men ingen av disse omhandlet øreringe og halssmykker knyttet til smittevern. De øvrige artiklene dreide seg om håndhygiene og smykker knyttet til hendene. Søket ga treff på en evidensbasert retningslinje som ble inkludert i studien (6). Retningslinjen bygger på systematiske søk. Søk knyttet til piercing ga 84 treff. Ingen var direkte relevante i forhold til vår problemstilling, men vi fant en overvåkningsrapport og en systematisk oversiktsartikkel som belyser hvorfor piercing kan være forbudt (7,8). Vi fikk 87 treff på uniform/arbeidsantrekk. Av disse var fire potensielt relevante.



**TABELL 1:** Inkluderte studier (alfabetisk ordnet)

Forfatter/ref.nr.	Metode	Størrelse	Resultater
Burden M et al. 2011 (18)	Prospektivt randomisert kontroll studie. Vanskelig å generalisere funnene ut fra kun en avdeling.	100 deltakere fra en medisinsk sykehusavdeling.	Bakteriell kontaminasjon av nyvaskete uniformer etter få timers bruk.
Curtis L T. 2008 (10)	Systematisk oversiktsartikkel. Mangelfull beskrivelse av metode.	160 artikler er inkludert i studien.	Smitteforebyggende tiltak relatert til helsepersonell; uniformer, fingerringe og kunstige fingernegler omtales.
Dorwarth S D et al. 2010 (19)	Systematisk oversiktsartikkel, samt survey for å undersøke innhold og begrunnelse for uniformsreglement.	28 referanser. Uniformsreglement i 13 sykehus.	Institusjonenes reglement angående bruk av smykker, øreringer og piercing hadde ikke begrunnelser knyttet til bestemmelsene.
Fagernes M et al. 2007 (21)	Kvantitativ design. Kontrollgrupper. Bakteriekulturer hvor mikroorganismer ble identifisert.	234 deltakere hvorav 121 bar enkel ring og 113 ikke hadde ring.	Ingen forskjell på totalt bakterieantall på hender med og uten ring, men forholdsvis flere enterobakterier hos bærer av ring.
Fagernes M, Lingaas E. 2011 (22)	Kvantitativ design. Kontrollgrupper.	200 deltakere hvorav 100 bar ring på en hånd, og ingen ring på den andre hånden. 100 deltakere uten ring.	Et signifikant høyere bakterieantall ved bruk av ring, sammenlignet med kontrollgruppen uten ring.
Fagernes M, Lingaas E. 2011 (23)	Cross-sectional design.	465 deltakere.	Konkluderer med at helsearbeidere ikke skal bruke ringe og klokke på hender/håndledd. Neglelakk medfører ikke økt bakterieforekomst.
Halliwell C, Nayda R. 2011 (17)	Systematisk oversiktsartikkel.	41 referanser.	Uniformer er en mulig smittekilde, men det er vanskelig å dokumentere smitteoverføring.
Hennequin-Hoenderdos, Slot, Van der Weijden. 2011 (8)	Systematisk oversiktsartikkel.	Gjennomgang av 83 rapporter som beskriver komplikasjoner i forhold til oral piercing.	Oral piercing medfører risiko for tannkjøttbetennelse, moderate til alvorlige infeksjoner, blødning og ødem.
Jears AR et al. 2010 (11)	To kohortstudier. Sammenligning av grupper med og uten armbåndsur. Kontrollgruppe.	En gruppe på 100 deltakere, en gruppe med 155 deltakere.	Bruk av armbåndsur fører til økt bakteriell kontaminasjon av håndledd, men ikke hender. Kontaminasjon av hender økte ved manipulering av armbåndsuret.
Mears A et al. 2009 (13)	Spørreundersøkelse /survey. Kvantitativ metode. Statistiske analyser.	155 av 173 spørreskjema ble besvart.	Forbud mot ringe, smykker, øreringer og piercing er ikke beskrevet blant effektive intervensjoner mot sykehusinfeksjoner.
Treacle et al. 2009 (16)	Spørreundersøkelse + bakteriologiske prøver av arbeidstøy brukt under legevisitt. Cross sectional design. Mangler kontrollgruppe.	149 deltagere.	Konkluderer med at hvite frakker kan være en kilde til bakterieoverføring.
Wiener – Well Y et al. 2011 (9)	Kvantitativ metode. Bakterieprøver av uniformer + spørreundersøkelse. Kontrollgruppen er forholdsvis liten.	135 leger og sykepleiere er inkludert i studien. 238 prøver ble tatt av uniformene.	Potensielt patogene bakterier ble identifisert på minst ett sted på uniformen i 63 prosent av tilfellene. Studien gir ikke svar på om bakteriene forårsaker infeksjon hos pasientene.
Wilson J A et al. 2007 (12)	Systematisk oversiktsartikkel.	24 studier inkludert.	Arbeidstøy er kontaminert med bakterier fra bæreren av uniformen, fra omgivelser og pasienter. Det er ikke eksisterende evidens for at bakterier overføres fra uniformen og forårsaker infeksjon hos pasienten.

ble bakterieprøver tatt på randomiserte dager.

Vi har et begrenset antall artikler med i denne framstillingen, noe som muligens skyldes at vi har søkt etter nyere forskning. Når vi studerer referanselister til artikler og retningslinjer, ser vi at det er brukt henvisninger til litteratur som ligger noe tilbake i tid. Dette kan tolkes som at det er gjort lite forskning på området i nyere tid. Siden vi etterspør effekt av ulike smitteverntiltak, hadde det vært ønskelig med randomiserte kon-

hendene hos dem som brukte armbåndsur. Ved manipulering av armbåndsuret, ble også hendene kontaminert. I Fagernes (23) forskning vises det til en tredobling av bakterier på hendene hos dem som bærer klokke, sammenliknet med kontrollgruppen. I motsetning til WHO som opererer med neglelengde mindre enn 5 mm (4), viser Fagernes (23) økt forekomst av bakterier ved neglelengde over 2 mm. «WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care» beskriver en kon-

tet baserer seg på undersøkelser av 284 helsearbeidere, hvor det er tatt bakterieprøver av frakkene. Både Halliwell & Nayda (17) og Wilson et al. (12) konkluderer i sine oversiktsartikler med at uniformer er kontaminert med mikroorganismer. Dersom klærne ikke blir skiftet daglig, er arbeidstøyet kontaminert med mikroorganismer allerede når det tas på. Spesielt er det mange bakterier ved lommer, ermer og på abdominalområdet (17). Arbeidstøyet inneholder mikroorganismer fra bærerens normalflora, i tillegg til potensielt patogene bakterier. Ved bakteriedyrking er det funnet *Staphylococcus aureus* og MRSA (9). Selv om arbeidstøy er kontaminert med bakterier, kan man ikke konkludere med at arbeidstøy er en infeksjonskilde (9, 12, 17). En arbeidsgruppe nedsatt av det engelske helsedepartementet konkluderer med at arbeidstøy ikke utgjør en signifikant risiko for å spre infeksjoner, men at det er god praksis å skifte daglig (14). Både Wiener-Well et al (9) og Mears et al. (13) påpeker at det er gjort få relevante studier, og metodisk er det vanskelig å kvantifisere risikoen. Mange variabler spiller inn, og det er vanskelig å undersøke hvor mikroorganismene kommer fra. Engelske og svenske retningslinjer (6,14,15) har en bestemmelse om at arbeidstøy skal ha korte ermer. Hensikten er å unngå at ermene kontamineres, samt gi mulighet for korrekt håndhygiene.

## ” Oppfliset neglelakk er grobunn for bakterievekst.

trollstudier for å få et presist svar på problemstillingen. Siden vi fikk treff på kun en randomisert studie, har vi også inkludert ikke-randomiserte studier med og uten kontrollgrupper, i tillegg til oversiktsartikler og kunnskapsbaserte retningslinjer. Nedenfor presenteres funnene i tre hovedområder.

### ARMBÅNDSUR OG NEGLER

En oversiktsartikkel om ikke-farmakologiske intervensjoner for å forebygge sykehusinfeksjoner viser at det er økt oppvekst av mikroorganismer på ringer og under kunstige negler (10). Fagernes (21,22) har forsket på smitterisiko knyttet til håndhygiene blant helsearbeidere, og funnene viser en økning av bakterier på hendene ved bruk av ring. Det framkommer imidlertid ingen signifikant sammenheng, mellom bruk av ringer og bakterieoverføring mellom personer ved kortvarig kontakt via tørre hender. Det ble ikke målt økt bakterieforekomst ved bruk av neglelakk (23). Jeans et al. (11) sammenliknet helsepersonellgrupper med og uten armbåndsur (N=255), og fant økt bakteriell forekomst ved håndledet, men ikke på

sensus om at helsepersonell i klinisk arbeid ikke skal ha kunstige negler, og at naturlige negler skal holdes korte (=5 mm lange). Det anbefales sterkt at fingerringe og smykker i relasjon til hendene ikke brukes. Forskning peker på at nylagt, hel neglelakk ikke øker bakterieforekomsten, mens oppfliset neglelakk er grobunn for bakterievekst. WHO gir ingen råd angående neglelakk (4). Andre retningslinjer anmoder også om ikke å bruke ringer og kunstige negler, samt at neglene skal være korte (6, 14, 25).

### ARBEIDSTØY

Arbeidstøy blir forurenset med mikroorganismer gjennom direkte kontakt med pasienten og/eller via forurenset materiell og utstyr. Burden (18) viser gjennom en randomisert kontrollstudie at nyvaskete uniformer blir bakterielt kontaminerte etter få timers bruk. Undersøkelsen er utført med 100 deltakere på en medisinsk avdeling, og det er derfor vanskelig å generalisere ut fra et så lite utvalg. To andre studier viser imidlertid også bakteriell kontaminasjon av arbeidstøyet (9,16). Dette resulta-

### SMYKKER OG PIERCING

Vi fant ingen studier som beskriver smitteoverføring fra øredobber, halssmykker og piercing. I forhold til begrepet piercing forholder vi oss til synlig piercing. Hull til vanlige øredobber, regnes ikke inn i begrepet. Studier som beskriver infeksjonsforebygging

**TABELL 2:** Inkluderte retningslinjer, forskrifter og video

Utgiver /år/ referanse i tekst	Inkluderte retningslinjer/forskrifter/video
Folkehelseinstituttet 2006 (5)	Retningslinje til forskrift om smittevern i helsetjenesten.
Folkehelseinstituttet 2010 (24)	Basale smittevernrutiner i helsetjenesten. Smittevernhåndboka, oppslagsverk for helsepersonell.
Folkehelseinstituttet 2004 (25)	Nasjonal veileder for håndhygiene.
Department of Health, England 2007 (14)	Uniforms and workwear. An evidence base for developing local policy.
Longtin Y, Sax H, Allegranzi B, Schneider F, Pittet D : New England Journal of Medicine 2011 (20)	Hand hygiene. Videos in clinical medicine.
Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper P, Jones SR, McDougall C, Wilcox MH. 2007 (6)	National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NSH Hospitals in England.
Sosialstyrelsen i Sverige 2006 (15)	Att forebygga vårdrelaterade infektioner. Et kunnskapsgrunnlag.
World Health Organization (WHO) 2009 (4)	Guidelines on Hand hygiene in health Care. First Global Patient Safety Challenge. «Clean Care is Safer Care.
Worp J et al 2006 (7)	Tattooing, permanent makeup and piercing in Amsterdam; Guidelines, legislation and monitoring. Eurosurveillance - Europe's Journal on Infectious epidemiology, prevention and control.

nevner ikke fjerning av øredobber, smykker og piercing som infeksjonsforebyggende tiltak (10,13). Siden vi ikke fant forskning på dette området, så vi på om de ulike retningslinjene omhandlet øredobber, halssmykker og piercing. Verken norske retningslinjer/forskrifter eller Folkehelseinstituttets webside omtaler dette (5, 24). Svenske retningslinjer tillater bruk av smykker og ørepynt dersom de ikke kommer i konflikt med arbeidet: «Halssmycken, örhängen och andra smycken i piercade hål kan bäras om de inte hänger ner i arbetsfältet eller hindrar användningen av skyddsutrustning. Piercing kan utgöra en risk för indirekt kontaktsmitta via händerna om

hålet är infekterat, men utgör ingen påvisad smittrisk om hålet är läkt, oavsett var det sitter» (15:76). Engelske retningslinjer påpeker at det er dårlig praksis å overdrive bruken av smykker og piercing. Dersom man bruker øreringer, skal de være små (14). I tilbakemeldingen fra Folkehelseinstituttet står det: «Når det gjelder øvrige smykker (ikke tilknyttet hendene) har vi ikke mye dokumentasjon på at det faktisk utgjør en infeksjonsrisiko. Så sant de ikke kommer i konflikt med stell av pasienter, så som hengende kjeder, armbånd, dinglende øredobber, utgjør de en begrenset risiko. Risikoen for å bære andre smykker knyttes til at helsearbeiderens hender hyp-

pig berører smykkene og at håndhygiene ikke blir utført etter hver berøring. Smykkene er kontaminert med de mikroorganismene helsearbeideren eksponeres for i sitt arbeid. Igjen blir det hendene som er vektor for kryssmitte. Når det gjelder piercing har det vært publisert en del studier. Sånn sett utgjør piercing samme risiko som andre smykker. Det er imidlertid dokumentert at det er en økt kolonisering av patogene mikroorganismer rundt innstikkstedet til piercing». WHO's retningslinjer for håndhygiene kan tolkes som at halssmykker kan benyttes. Det står: «A simpel and practical solution allowing effective hand hygiene is for health-care workers to wear their ring(s) around their neck on a chain as a pendant» (4:133). Videoen om håndhygiene fra New England Journal of Medicine viser også hvordan pleieren tar giftingen av, og henger den i halskjedet (20). Dorwarth et al. (19) undersøkte praksis knyttet til piercing og ørepynt i 13 sykehus. Alle sykehusene tillot små øresmykker, noen satte en grense på to øredobber per øre, noen tillot en liten piercing i nesa, andre ikke. Ingen av sykehusene hadde begrunnelser for sine reglementer på dette område. Resultatet bygger på en liten regional studie, men indikerer at det ikke er forskningsbaserte begrunnelser for reglementene. Forskning om piercing omhandler oftest helse risikoen for den som piercer seg. Selv under hygienisk korrekte forhold, innebærer piercing alltid en viss infeksjonsfare. Foruten lokale infeksjoner, er blødning og ødem vanlige komplikasjoner. Det antydes at cirka 10–30 prosent får slike komplikasjoner. Ved anleggelse av piercing kan blodbårne sykdommer som hepatitt og HIV overføres. Dette

settes i sammenheng med dårlig hygienisk standard under anleggelsen (7,8).

## DISKUSJON

Datamaterialet tyder på at retningslinjene for arbeidsantrekk bygger på en kombinasjon av forskning, en allmenn oppfatning av hva som er fornuftig og faglig konsensus. Begrepene god og dårlig praksis benyttes også (14). Vi oppfatter disse begrepene som diffuse. Forskningen er mangelfull, og den er heller ikke entydig. Dette er kanskje en årsak til at det i overordnede retningslinjer oftest står anbefalinger i stedet for påbud/forbud.

Det er forsket mye på håndhygiene, og det hersker stor enighet i fagmiljøene om at ringer og håndsmykker ikke bør benyttes. Negler skal være korte, og det tillates ikke kunstige negler. Når det gjelder neglelakk viser

Det er vanskelig å finne forskning som beviser smitteoverføring (9,12,17). Vi fant ikke artikler som beskrev graden av risiko for at kontaminert arbeidstøy påfører pasienter infeksjoner. Det er likevel sannsynlig, ut ifra anerkjent kunnskap, at det utgjør en risiko. Arbeidstøy kommer i direkte kontakt med pasienter og utstyr, og blir dermed kontaminert. Arbeidstøyet er mest kontaminert på abdominalområdet (15,17) og dette samsvarer med det området som oftest kommer i berøring med pasienten i forbindelse med stell og utførelse av ulike prosedyrer. I tillegg til dette berøres arbeidstøyet med «urene» hender, noe som medfører økt forekomst av mikroorganismer. Når helsearbeiderens arbeidstøy kan bli kontaminert med mikroorganismer fra pasienten, så kan mikroorganismene også overføres andre veien, til pasienten. Dette kan medføre en

Argumentet mot å bruke små smykker er at helsepersonell berører disse, og at smittestoffer overføres til hendene og videre til pasienten. Ved korrekt utført håndhygiene er dette uproblematisk. Har dette forbudet en annen forklaring enn hygiene? Går vi tilbake i sykepleiens historie finner vi de samme reglene. I gamle draktreglementer står det at smykker ikke må bæres til uniform (26). Samtidig som det var forbud mot smykker, kunne man bære metallemblem til uniformen. Det kan derfor se ut til at forbudet handlet mer om korrekt påkledning enn om hygiene.

Vi finner ingen holdepunkter for å hevde at en vel etablert piercing er en potensiell smitekilde fra pleier til pasient. Det er derfor vanskelig å begrunne at piercingsmykker må fjernes ut fra et hygienisk synspunkt. Det vil i så fall kreve ny forskning. Det som imidlertid framkommer, er at å anlegge en piercing gir en viss grad av risiko for egen helse. Det kan derfor være et dårlig signal til pasientene at helsepersonell har piercing. Denne kjensgjerningen kan være en begrunnelse for å ha et forbud i retningslinjene. Dette handler også om estetikk og profesjonalitet. På en del arbeidsplasser er det formålstjenlig å forby bruk av alle typer smykker begrunnet i andre forhold enn hygiene. Det kan være arbeidsplasser der pasienter kan gripe fatt i smykker og påføre pleieren skade.

Arbeidstakere skal følge de retningslinjer som til en hver tid gjelder på arbeidsplassen. Når vi erfarer at mange helsearbeidere ikke alltid følger retningslinjer for arbeidsantrekk, så kan det være hensiktsmessig å se nærmere på disse. Det er viktig å gi gode begrunnelser for et forbud dersom man ønsker at bestemmelsene

## ” Uniformer er kontaminert med mikroorganismer.

forskning at nylagt hel neglelakk ikke medfører økt oppvekst av mikroorganismer. Derimot øker antall mikroorganismer hvis neglelakk er oppfliset. Grenseoppgangen mellom hel og oppfliset neglelakk er diffus, og det virker derfor faglig fornuftig å forby bruk av neglelakk. Det er med hendene vi berører pasientene, og hendene utgjør derfor en risiko for kontaktsmitte. Uniformsreglementets forbud mot ringer og kunstige negler er på dette området i tråd med Verdens helseorganisasjons retningslinjer for håndhygiene (4).

Funnene viser at arbeidstøy raskt blir kontaminert av mikroorganismer. Både bærerens normalflora og mer patogene mikroorganismer er representert.

økt risiko for infeksjoner, spesielt hos pasienter med nedsatt immunforsvar.

Når det gjelder ørepynt og halssmykker fant vi ikke forskning som begrunner forbudet i retningslinjene. Det viktigste funnet er at øredobber og smykker stort sett ikke er nevnt i noen større arbeider som gjelder smittevern. Det kan tolkes som at smykker og øredobber ikke medfører smitterisiko. Om det er oppvekst av mikroorganismer på et lite halskjede, så gjenstår det å forklare hvordan disse overføres til pasienten. Når det derimot gjelder lange smykker, hengende øredobber og langt hår eller skjegg kan alle disse tingene komme i berøring med pasienten, og dermed utgjøre en risiko for kontaktsmitte.

skal etterleves. Reglementet er like gjeldende om det begrunnes i profesjonalitet, estetikk eller hygiene. For å redusere sykehusinfeksjoner er det viktigst å ha fokus på håndhygiene og arbeidstøy. Her bør det være absolutte krav til etterlevelse. Når det gjelder hals-smykker, ørepynt og piercing, er vi tilbøyelig til å mene at et forbud bør begrunnes i andre forhold enn smittevern.

#### REFERANSER

1. Fiskeri- og kystdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseavdelingen. Forskrift om næringsmiddelhygiene (næringsmiddelhygieneforskriften). FOR 2010 - 02 - 19 - 316 nr. 2073/2005.
2. US Department of Health and Human Services. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection. 1999.
3. Aveyard H. Doing a literature review in health and Social care. A practical guide. London: Open University Press, 2011
4. WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health care. First Global Patient Safety challenger. «Clean Care is Safer care». Geneva. 2009.
5. Folkehelseinstituttet. Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta. Oslo. 2006.
6. Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper P, Jones SR, McDougall C, Wilcox MH. National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NSH Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection* 2007; 65:1-59.
7. Worp J, Boonstra A, Coutinho RA, Van den Hoek, JAR. Tattooing, permanent makeup and piercing in Amsterdam; Guidelines, legislation and monitoring. *Eurosurveillance -Europe's journal on infectious epidemiology, prevention and control* 2006;11:34-6.
8. Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. Complications of oral and peri-oral piercings: a summary of case reporters. *International Journal of Dental Hygiene* 2011; 9:101-9.
9. Wiener-Well Y, Galuty M, Rudensky B, Schlesinger Y, Attias D, Yinnon A. Nursing and physician attire as possible source of nosokomial infections. *American Journal Infection Control* 2011; 39:555-9.
10. Curtis LT. Prevention of hospital-acquired infections: review of non-pharmacological interventions. *Journal of Hospital Infection* 2008;69:204-19.

#### KONKLUSJON

Sykehusinfeksjoner er et stort problem i helsetjenesten. Det fører til unødvendige lidelser for pasienten, forlenget sykehusopphold, reinnleggelser og økonomiske merkostnader. Det er derfor viktig for tjenesten å ha solide rutiner i forhold til smittevern. Retningslinjer for arbeidsantrekk er en del av disse rutinene. Når vi har søkt etter begrunnelser for de ulike

bestemmelsene i retningslinjene, er hovedfunnet at det ikke ligger like robust forskning knyttet til hygiene/smittevern bak alle bestemmelsene. Funnene våre tyder på at smykker og ringer knyttet til hendene, og rutiner for skifting av arbeidstøy er begrunnet i hygiene og smittevern. Derimot finner vi ikke forskning som begrunner forbudet mot små øreringer, hals-smykker og piercing.

11. Jeans A, Moore J, Nicol C, Bates C, Read R. Wristwatch use and hospital-acquired infection. *Journal and Hospital Infection* 2010;74:16-21.
12. Wilson J, Loveday H, Hoffmann P, Pratt R. Uniform: an evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England). *Journal of Hospital Infection* 2007;66:301-07.
13. Mears A, White A, Cookson B, Devine M, Sedgwick, Phillips E, Jenkins H, Bardsley M. Healthcare-associated infection in acute hospitals: which interventions are effective? *Journal of Hospital Infection* 2009;71:307 - 13.
14. Department of health England. Uniforms and workwear. An evidence base for developing local policy. The Stationary Office, London. 2007.
15. Sosialstyrelsen i Sverige. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Stockholm. 2006.
16. Treacle A, Thom K, Furuno J, Strauss S, Harris A, Perencevich E. Bacterial contamination of health care workers white coats. *American Journal of Infection Control* 2009; 37:101-5.
17. Halliwell, C, Nayda, R. Nurses uniforms - The missing link in breaking the chain of hospital acquired infection? *Healthcare Infection* 2011;16:24-28.
18. Burden M, Cervantes L, Weed D, Keniston A, Price C, Albert R. Newly Cleaned Physician Uniforms and Infrequently Washed White Coats Have Similar Rates and Bacterial Contamination After an 8-Hour Workday: A randomized Controlled Trial. *Journal of Hospital Medicine* 2011;6:177-82.
19. Dorwart S, Kuntz S, Armstrong M. Developing a Nursing Personell Policy to Address Body Art Using an Evidence-Based Model. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2010;41:540-6.
20. Longtin Y, Sax H, Allegranzi B, Sch-

- neider F, Pittet D. Hand hygiene. Videos in clinical medicine. *N Engl J Med* 2011;364. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm0903599>.
21. Fagernes M, Lingaas E, Bjørk P. Impact of a Single Plain Finger Ring on the Bacterial Load on the Hands of Healthcare Workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28:1191-95.
22. Fagernes M, Lingaas E. Impact and Finger Rings on Transmission of Bacteria During Hand Contact. I: Ph.d. Mellom vilje og viten - en studie om smitterisiko, atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerring blant helsearbeidere, Universitetet i Oslo 2011.
23. Fagernes M, Lingaas, E. Factors interfering with the microflora om hands. A regression analysis of samples from 465 healthcare workers. I: Ph.d. Mellom vilje og viten - en studie om smitterisiko, atferd og holdninger knyttet til bruk av fingerring blant helsearbeidere, Universitetet i Oslo. 2011.
24. Folkehelseinstituttet. Basale smittevernrutiner i helsetjenesten. Smittevernboka, oppslagsverk for helsepersonell. Publisert: 19.02.2010, oppdatert: 13.04.2010. Tilgjengelig fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&rg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:82615::1:6043:9:::0:0#eHandbook826156](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&rg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:82615::1:6043:9:::0:0#eHandbook826156)
25. Folkehelseinstituttet. Nasjonal veileder for håndhygiene. Oslo. 2004
26. Fause Å, Micalsen A. Et tag i kamp for livet. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, Bergen. 2002.

Les kommentaren på side 378 >>

# Svært ulik praksis for smykkebruk

› Vi som jobber med smittevern ser daglig at påbud om smittevern brytes.

Foto: Stig Weston



**Jorunn Eid**  
Hygieneesykepleier Fagavdelingen, smittevernenheten SiV.

Artikkelen tar for seg arbeidsanstrekk i spesialisthelsetjenesten og i hvilken grad retningslinjer eller instruks for dette er basert på kunnskap om smittevern og hygiene. Hygiene, smittevern og forebygging av infeksjoner er områder sykepleiere alltid har vært opptatt av fordi vi ikke ønsker å påføre pasienter helsetjenesteassosierte infeksjoner.

At arbeidstøy blir kontaminert av mikroorganismer, både fra den som har på seg tøyet og via kontakt med inventar eller pasienter, er kjent og dokumentert. Men som artikkelen sier, finnes det lite både ny og eldre forskning på om mikroorganismer på arbeidstøy faktisk overføres og kan forårsake infeksjoner hos pasienter.

Reglementet eller instruks for arbeidstøy diskuteres ofte i seksjoner og avdelinger fordi reglementet også omhandler restriksjoner eller forbud mot bruk av smykker som brukes til arbeidstøyet. Ikke bare ringer, men ørepynt, armbåndsurr, synlig piercing og halssmykker. Det er svært ulik praksis i etterlevelse av forbud og restriksjoner

når det gjelder bruk av smykker.

Når studenter følger reglementet og kommer smykkefri ut i praksis, vil de mange steder møte pleiepersonell som bærer smykker. Som hygieneesykepleier opplever jeg den samme frustrasjonen som studentene og møter ofte argumenter som at vi må framskaffe mer forskning om emnet. Det finnes lite eller ingen forskning som omhandler ørepynt, halssmykker og piercing og det er derfor motstand mot å ta disse av.

Artikkelen har flere referanser fra nyere forskning når det gjelder fingerringe. Blant annet fører ringer på fingrene til økt gram-mengde av negative bakterier på hendene, og bruk av armbåndsurr til at håndhygiene ikke gjennomføres korrekt.

Styret i Helse Sørøst har fattet et vedtak om at vi skal være smykkefrie. Ved Sentralsykehuset i Vestfold har direktøren bestemt at sykehusets instruks for arbeidsanstrekk skal følges. Ansatte skal ikke bære noen smykker til hvitt eller grønt arbeidstøy. Dessverre ser vi som arbeider med infeksjonskon-

troll og smittevern daglig at påbudet ikke blir fulgt.

Alle institusjoner er pålagt via smittevernloven og Forskrift om smittevern i helsetjenesten 2005, å utarbeide et infeksjonskontrollprogram. Skriftlige retningslinjer for arbeidstøy skal forankres i dette programmet. Helsepersonell er pålagt å bruke særskilt arbeidstøy ved pasientrettet arbeid. Dette er forankret forskjellig fra helseforetak til helseforetak og av og til ulikt innenfor institusjoner i samme helseforetak. En retningslinje slik jeg forstår det, er mer overordnet og åpen for mulighet for vurdering enn en instruks eller prosedyre.

Hvis målet vårt er å unngå å påføre pasienter infeksjoner under sykehusoppholdet er kanskje ikke det kritiske punkt mangel på kunnskaper, men mangel på etterlevelse og praktisering av kunnskaper vi har tilegnet oss gjennom praksis.

Les artikkelen på side 370





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.

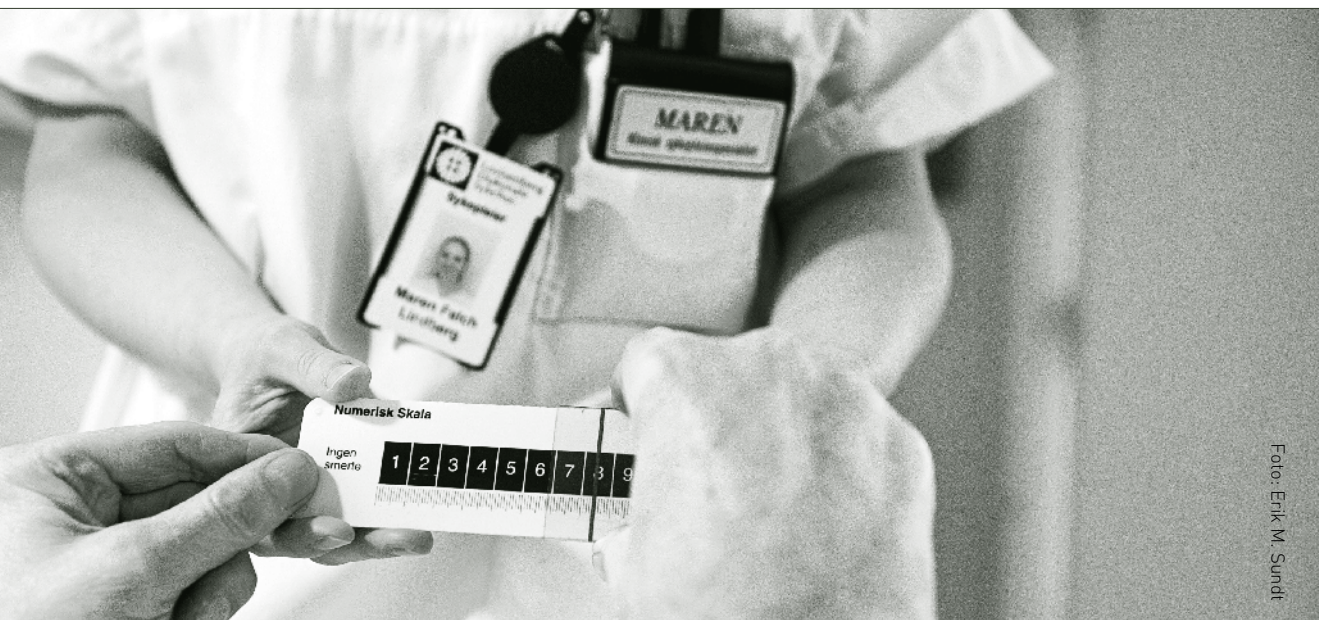


Foto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Konseptet Joint Care, et akselerert behandlingsforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi, ble for få år siden implementert ved enkelte norske helseforetak. Akselererte pasientforløp inkluderer behandlingsmetoder hvor preoperativ informasjon, teamarbeid, pasientdeltakelse og effektiv smertelindring skal bidra til at pasienten raskt gjenvinner normale funksjoner etter kirurgi. Tidligere studier viser en medisinsk og kostnadsbesparende nytte av denne behandlingsformen, men samhandlingen mellom sykepleiere og pasienter i den postoperative perioden har ikke vært beskrevet.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å kartlegge hvordan sykepleierne samhandler med pasientene om den postoperative smertebehandlingen ved Joint Care.

**Metode:** Studien har et kvalitativt beskrivende design med semistrukturerte dybdeintervjuer. Fem sykepleiere fra ortopedisk sengepost ved et av landets helseforetak deltok i studien. Det ble gjort en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet.

**Resultater:** Studien viser at pasientene er tidlig mobilisert etter hofte- og kneprotesekirurgi, men at mange rapporterer sterke smerter ved

mobilisering andre postoperative dag. Eldre pasienter viser ofte en passiv kommunikasjonsform i smerterapporteringen. Sykepleierne er usikre på om pasientene har tilstrekkelig kunnskap om bruk av «numeric rating scale» som smertekartleggingsverktøy.

**Konklusjon:** Ved implementering av akselererte pasientforløp kreves det ikke bare omorganisering av prosedyrer og rutiner. Det bør også legges vekt på at kunnskap og holdninger knyttet til smertebehandling hos helsepersonell og pasienter får anledning til å endres, slik at optimal smertebehandling blir mulig.

## ENGLISH SUMMARY

### How can nurses promote patient involvement in post-operative pain management?

**Background:** Norwegian hospitals have recently implemented Joint Care: accelerated patient care related to hip and knee arthroplasty. Joint Care includes preoperative education, teamwork, patient participation and effective pain management. The objective is to re-establish normal functions after surgery. Previous studies show a positive medical and cost-effective benefit. However, more knowledge is needed regarding the interaction between patients and nurses in the early postoperative period.

**Objective:** The purpose of this study is to describe nurses' experiences with Joint Care, and how nurses cooperate with patients on postoperative pain management.

**Design and methods:** The study has a qualitative descriptive design with five semi-structured interviews of nurses. Data-analysis used principles from descriptive qualitative methods.

**Results:** Patients are mobilized early after surgery, but several experienced severe pain at mobilization on the second postoperative day. Patients usually use a passive form of communication, and this study indi-

cates that nurses and patients have different assumptions about using the "numeric rate scale" as a pain-assessment tool.

**Conclusion:** The implementation of accelerated patient care requires not only a reorganization of procedures and routines. Action should ensure that incorporated perceptions and role pattern of health personnel and patients would change and hopefully improve patients' postoperative pain management.

**Keywords:** Qualitative study, surgery, postoperative pain, patient-nurse relationship.



## AKSELERERTE PASIENTFORLØP

# >> Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?

Forfattere: Aud Karin Hjelpdahl  
Sjøveian og Marit Leegaard

### NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Kirurgi
- Smerte
- Sykepleier-pasientforhold
- Spesialisthelsetjenesten

### INNLEDNING

For pasienter med osteoartritt er protesekirurgi en anerkjent behandlingsmetode hvor målet er smertelindring, bedret funksjonsevne og livskvalitet (1). Inngrepet medfører sterke postoperative smerter, og opptreningen krever optimal smertebehandling (2,3).

Konseptet Joint Care er siden 2008 blitt implementert ved tre norske helseforetak. Dette innebærer et akselerert pasientforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi, hvor hensikten er å fremme effektivitet og kvalitet i alle ledd av behandlingsskjeden (4,5). Målet er å begrense den kirurgiske stressrespons, fremme tidlig mobilisering og gjenvinne normale kroppsfunksjoner. Behandling innebærer multimodale smertebehandlingsmetoder, tidlig peroralt inntak av ernæring og analgetika, og minimal bruk av katetre og dren (6,7). Tett samarbeid mellom kirurger, anestesipersonell, sykepleiere og fysioterapeuter har stor betydning

for optimal smertebehandling (8). Pasientens ressurser og rolle som deltaker i behandlingen er også sentral. Dette framheves gjennom preoperativ undervisning, fokus på gruppedynamikk mellom pasientene, og et kortvarig sykehusopphold (5).

### BAKGRUNN

Et systematisk litteratursøk viste at forskning etter år 2000 innen akselererte pasientforløp, beskriver nye kirurgiske metoder, smertebehandlingsregimer, rehabilitering, kort hospitalisering, kostnadsreduksjon, samt den helsemessige gevinsten av behandlingen (9,10). Danske studier viser at akselererte pasientforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi har gitt positive økonomiske og helse-relaterte resultater (11,12, 13), og gjennomsnittlig liggetid i sykehus er redusert fra 8,8 til 4,3 dager (14). Det er ikke funnet studier som belyser hvordan sykepleiere og pasienter samhandler om smertebehandlingen ved akselererte pasientforløp, og det er derfor tatt utgangspunkt i andre studier som peker på sentrale utfordringer ved postoperativ smertebehandling. En oversiktsartikkel (15) framhever at barrierer for effektiv smertebehandling kan ligge i oppfatninger og holdninger hos pasienter og sykepleiere,

samt i sykepleiernes strukturering av arbeidstiden. Forskning viser også at mange sykepleiere og leger har manglende kunnskaper om konsekvensene av inadekvat smertebehandling (8). Fokus er blitt rettet mot å styrke sykepleiernes og pasientenes kunnskaper (15), og en godt evaluert intervensjon er planlagte preoperative undervisningsprogram ved elektiv kirurgi (7,16).

Denne studien bygger på sykepleierens erfaringer fra et av landets helseforetak ett år etter at Joint Care ble implementert. Pasientgruppen i Joint Care-programmet har et alderspenn fra 45–80 år. Sammen med pårørende deltar pasientene på en felles forberedelsesdag, hvor de får undervisning

### Hva tilfører artikkelen?

Studien belyser at akselererte pasientforløp ved protesekirurgi krever en aktiv kunnskapsoverføring fra sykepleier til pasient.

### Mer om forfatterne:

Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian er sykepleier med master i klinisk sykepleievitenskap og høgskolelektor ved institutt for helsefag, Høgskolen i Telemark. Marit Leegaard er anestesisykepleier, PhD og 1.-amanuensis ved institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus. Kontaktperson: aud.sjoveian@hit.no.

av sykepleier, ortoped og fysioterapeut. Sykepleier informerer om forventet postoperativ smerte og om bruk av «numeric rate scale» (NRS) som smertekartleggingsverktøy. På en skala fra 0–10, hvor 0 = ingen smerte og 10 = verst tenkelige smerte, angir pasienten et tall enten muntlig eller skriftlig, og målet er at NRS ikke overstiger 3 i hvile (17-19). Skalaen er et hjelpemiddel i dialogen mellom sykepleier og pasient, og angir pasientens subjektive smertenivå.

Behandling med «local infiltration analgesi» (LIA) medfører at pasientene kan mobiliseres operasjonsdagen (20). Via et kateter inn i operasjonsområdet gir sykepleieren påfyll av lokala-

nalgetika til faste tider. Kateteret seponeres om morgenen første postoperative dag. Oversikt over smertebehandlingsprotokollen er vist i tabell 1.

To til tre pasienter følger hverandre gjennom oppholdet og fungerer som støttespillere for hverandre. Pasientene utskrives fjerde postoperative dag, og videre opptrening foregår på et opptreningscenter eller med fysioterapi i hjemmekommunen.

I denne studien er begrepet pasientmedvirkning sentralt, da pasientene har rett til å delta i beslutninger vedrørende egen helse og behandling (21). Pasientmedvirkning bygger på autonomiprinsippet, og forutsetter at tilpasset

informasjon er gitt, at pasienten har samtykkekompetanse, kan uttrykke konsistente valg og er fri fra ytre press (22,23).

En studie (24) framhever at pasientmedvirkning består av følgende forhold: en etablert relasjon mellom sykepleier og pasient, overgivelse av makt og kontroll, delt informasjon og kunnskap, og en aktiv pasientdeltakelse i både intellektuelle og fysiske aktiviteter.

Hensikten med denne studien er å kartlegge hvordan sykepleierne samhandler med pasientene om den postoperative smertebehandlingen ved Joint Care, og videre belyse hvordan pasientmedvirkning kan fremmes.

**TABELL 1:** Utdrag fra smertebehandlingprotokollen for Joint Care (NN-helseforetak mai 2010).

<b>Preoperativt</b>	Kvelden før kl 20.00: Buprenorfin plaster 5 mcg/t og paracetamol 1 g per os. Operasjonsdagen: Paracetamol 1 g per os og ibuprofen 400 mg per os.
<b>Peroperativt</b>	Spinalanestesi : Fentanyl/ bupivacain. Lokalanaestesi (LIA): Ropivakain/adrenalin (cold therapy).
<b>Operasjonsdagen</b>	Smerteregimet kontinueres med buprenorfin plaster, paracetamol per os og ibuprofen per os. Eventuelt: Oksykodon 5 mg per os og/eller Ketobemidon 2,5–5 mg iv. Påfyll av ropivakain/adrenalin i LIA-kateter 4 timer etter operasjon.
<b>Videre forløp</b>	Samme behandling som operasjonsdagen. Kl.08.00: påfyll av ropivakain/adrenalin i LIA-kateter, deretter seponeres kateteret. Eventuelt oppstart av oksykodon depot per os.
<b>Adjuvant behandling</b>	Isposer (cold therapy) legges på det opererte området etter trening med fysioterapi og ellers ved behov. Hensikten er å kjøle ned og dempe hevelse.

**TABELL 2:** Intervjuguide

- Hvordan vil du beskrive pasientenes smerte- og aktivitetsnivå ved Joint Care?
- Hvilke intervensjoner/tiltak iverksettes for å lindre smerte?
- Hvordan kartlegger du pasientens smerteopplevelse?
- Hvordan vil du beskrive pasientenes deltakelse i sin egen smertebehandling?
- Hvordan erfarer du at smerteopplevelsen påvirker pasientens funksjonsnivå og/eller andre områder?
- Hvordan erfarer du sammenhengen mellom pasientens smerteopplevelse/smertehåndtering og f. eks: preoperativ informasjon, sammensetning av pasientgrupper, fysiske omgivelser, tidsramme/behandlingsforløp? Andre forhold?
- Hvordan erfarer du sammenhengen mellom pasientens smerteopplevelse/smertehåndtering og f.eks: alder, kjønn, sosial bakgrunn, kunnskapsnivå, helsetilstand, tidligere smerteerfaring ?
- Er det andre forhold du ønsker å utdype?

Med samhandling forstår vi en mellommenneskelig relasjon hvor dialog og felles forståelse av målet er sentralt (25). I denne studien vil postoperative rutiner være retningsgivende for samhandlingen. Dette leder til følgende forsknings spørsmål:

1. Hvordan erfarer sykepleierne rutine for smertebehandling og mobilisering?

2. Hvordan erfarer sykepleieren samhandlingen med pasienten?

## METODE

Studien fulgte et kvalitativt beskrivende design (26) med semistrukturerte dybdeintervjuer (27,28). I samarbeid med enhetsleder for ortopedisk sengepost ble det gjort et strategisk utvalg av informanter. Fem sykepleiere ble invitert og svarte ja til å delta. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene på sykepleiernes arbeidssted. I intervju situasjonen kom sykepleiernes beskrivelse og forståelse av egen praksis til uttrykk (28). Intervjuguiden er vist i tabell 2. Førsteforfatter bekreftet utsagnene gjennom oppklarende spørsmål og kommentarer, og skrev notater etter hvert intervju i forhold til tid,

sted, stemning, forstyrrelser og kvaliteten på samtalen (29). Det ble brukt lydbandopptak, førsteforfatter transkriberte hvert intervju ordrett, og gjorde deretter en «spot-check» der et utdrag av transkriptet ble lest mens lydopptaket ble avspilt (30). (Se tabell 2.)

Førsteforfatter leste det samlede transkriptet flere ganger, og andreforfatter leste et utdrag. Forsknings spørsmålene og intervjuguiden dannet overskrifter for den videre grovsortering av data materialet. Alle sykepleierne ble sitert under hvert spørsmål, og ble merket med hvert sitt nummer og ulike tekstfarger. Meningsbærende enheter, de deler av teksten som gir innhold og sammenheng, ble merket med fet skrift. Det ble videre gjort en kondensering, en forkorting av teksten der unødige fyllord ble fjernet, samtidig som det sentrale innholdet ble bevart (31). Andreforfatter kontrollerte utdrag fra den kondenserte teksten og sammenliknet dette med transkriptet. Noen sitater ble stående i sin helhet for å kunne brukes som illustrasjoner på sykepleiernes erfaringer. De kondenserte meningsenheter ble gruppert under henholdsvis forskningsspørsmål 1 eller 2. Kjernen

i enhetene dannet utgangspunkt for beskrivende kategorier som gjenspeilet praksis (31). Det ble opprettet to kategorier under hvert forskningsspørsmål. Innholdet i kategoriene ble oppsummert, og den underliggende mening og røde tråd ble formulert som tema (31). Eksempler fra analysen er vist i tabell 3.

## ETISKE ASPEKTER

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning (32), og ivaretar krav til informert samtykke og konfidensialitet (33). Da det kun er tre helseforetak i Norge som praktiserer Joint Care, er det tatt særlig hensyn til anonymisering av informantene ved at sitater ikke er knyttet til ansiennitet eller funksjonsområder.

## FUNN

### Bakgrunn

Sykepleiere som deltok i studien hadde et ansiennitetsspenning fra halvannet til sju år ved den aktuelle sengeposten. Alle hadde regelmessig deltatt i postoperativ behandling ved Joint Care det siste året, og bidro med kliniske erfaringer. Tre av sykepleierne ivaretok også spesifikke ansvarsområder innen henholdsvis preoperativ informa-

**TABELL 3:** Fra forskningsspørsmål til tema

Forskningsspørsmål	Eks. kondenserte meningsenheter	Kategorier	Tema
Hvordan erfarer sykepleieren rutiner for smertebehandling og mobilisering?	Pasientene får lokal smertelindring gjennom et kateter. De fleste er oppe av sengen operasjonsdagen.	Rutiner 1. postoperative døgn	Inadekvat smertebehandling ved mobilisering
	Sykepleierne rekker ikke alltid å gi smertestillende før trening.	Rutiner 2.-4. postoperative døgn	2. postoperative dag
Hvordan erfarer sykepleieren samhandlingen med pasienten?	Pasientene er tilbakeholdne. Selv om pasientene har smerter under aktivitet må de ofte tilbys smertestillende.	Pasientens deltakelse i smertebehandling og mobilisering	Eldre pasienter er tilbakeholdne med å rapportere smerter
	Sykepleierne bruker tid på å forklare nivåene i skalaen for pasientene.	Bruk av NRS og verbale beskrivelser	

sjon ved Joint Care, postoperativ smertebehandling, og innen fagutviklingsarbeid. Utvalgets variasjon, både i ansiennitet og ansvarsområder, bidro til å framskaffe ulike perspektiver og dybdekunnskaper.

Operasjonsdagen og første postoperative dag hadde sykepleiere ansvar for Joint Care-pasientene, med tilsyn minst hver time. Fra andre postoperative dag kunne hjelpepleiere også ha pasientansvar, mens sykepleieren hadde ansvaret for medikamenthåndtering og andre sykepleieroppgaver.

### 1) Hvordan erfarer sykepleierne rutinene for smertebehandling og mobilisering?

Sykepleierne erfarte at de aller fleste pasientene fulgte opp-treningsprogrammet. De var uavhengige av hjelp til personlig hygiene og oppgående med krykker fjerde postoperative

pasientene stelle seg på badet før frokost første postoperative dag. Sykepleierne erfarte at dette var vanskelig å gjennomføre, da de ofte ikke rakk å gi påfyll i LIA-kateteret før morgenstellet. «De fleste pasientene er ikke så kvikke at de klarer å gå på badet før de har fått påfyll i LIA-kateteret, så da er det ofte at de setter seg på sengekanten med et vaskefat og får frokost på senga.»

LIA-kateteret ble seponert om morgenen første postoperative dag rett etter at påfyll av lokalanalgetika ble gitt. Sykepleierne fortalte at mange pasienter rapporterte økende smerter den påfølgende natt og dag, etter at effekten av lokalanalgetika hadde gått ut. Smertekartlegging viste ofte NRS-verdi på 6–7 i hvile, og sykepleierne beskrev dette som en «nedtur» for pasientene.

Noen av sykepleierne erfarte at smerte under trening ofte ble rapportert fra fysioterapeuten,

### 2) Hvordan erfarer sykepleieren samhandlingen med pasienten?

Sykepleierne fortalte at pasienter over 65 år ofte var tilbakeholdne med å rapportere smerter og be om smertestillende. «Noen ligger med synlige tegn på smerte ... de gråter og har det ordentlig vondt, mens andre er det ikke så lett å se det på ... så man må jo bare spørre hvordan de har det». Sykepleierne måtte ofte tilby analgetika og minne pasienten om å rapportere smerte. Ifølge en av sykepleierne var pasientens tilbakeholdenhet knyttet til en misoppfatning av at de ikke skulle be om mer enn de faste medikamentene.

En sykepleier beskrev pasientene slik: «De aller fleste sier: <jeg tar det du kommer med>, eller <bare jeg får noe, så er det samme hva>». Mange har hatt mye smerter i forkant og sier at <den vondten her den må jeg bare klare> ... for de vet at det blir til det bedre».

Sykepleierne framhevet samtidig at dersom pasientene ikke hadde ønskelig effekt av det gitte medikamentet, spesielt ved bruk av LIA-kateter, så var de tydelige på å rapportere dette. Noen av sykepleierne erfarte at de fleste pasientene var aktive og ba om smertestillende, spesielt før trening. De mente dette var en konsekvens av preoperativ undervisning, og trakk fram at pasientene kunne si: «De sa jo det at det kommer til å gjøre vondt ... OK, jeg spør etter mer smertestillende.» Pasientens kunnskap om at både bevegelse og rett hvilestilling fremmer smertelindring, samt at protesen ikke løsner ved belastning, ble også framhevet som sentralt.

Studien viste at NRS-målinger ble systematisk gjennomført ved påfyll i LIA-kateteret. I det videre forløp gjennomførte flere av syke-

” Noen ligger med synlige tegn på smerte ... de gråter og har det ordentlig vondt, mens andre er det ikke så lett å se det på.

dag. Et fåtall ble av ulike helsemessige årsaker overført til tradisjonelt behandlingsforløp postoperativt.

Fram til første postoperative dag erfarte sykepleierne at de på en effektiv og kontrollert måte kunne behandle pasientens smerte ved hjelp av LIA-kateter. Smerte ble registrert ved hjelp av NRS, hvor de fleste pasientene anga 0–1 i hvile og 3–5 i aktivitet. Om kvelden operasjonsdagen klarte de fleste pasienter å gå noen skritt eller stå ved senga, mens noen ventet til første postoperative dag på grunn av smerte, kvalme eller svimmelhet.

Ifølge retningslinjene skulle

og sykepleierne måtte gi ekstra smertestillende midt i treningsøkten. Andre erfarte at de ikke fikk beskjed før etter treningen. «Det er ikke alltid samsvar mellom det pasienten sier til oss og det som rapporteres på skjemaene hos fysioterapeuten. Der står det veldig ofte at pasienten har hatt sterke smerter, og så har vi en annen opplevelse fordi vi ikke har fått noen forespørsel, eller vi har ikke forstått at pasienten har vondt».

Sykepleierne hadde ikke klare rutiner for å gi smertestillende i hensiktsmessig tid før trening, og savnet bedre dialog med fysioterapeuten.

pleierne NRS-målinger kun ved behovsmedisinering. Flere av sykepleierne framhevet at de ofte var usikre på om pasienten forsto bruk av skalaen, og hvordan de skulle tolke pasientens angitte NRS-verdi. Enkelte erfarte at det var vanskelig å tro på pasientens smerteopplevelse hvis de anga NRS-verdi på mellom 6 og 8, og samtidig kunne sitte å lese, spise, le, snakke, gå i korridoren, eller ha normalt blodtrykk og puls. Andre sykepleiere poengterte at dialog omkring pasientens høye NRS-verdi var viktig, da noen kunne velge fysiske avledningsstrategier, mens andre pasienter ikke klarte å tenke på annet enn smerten. Ved NRS-verdier på mellom 8 og 10 oppfordret en av sykepleierne alltid pasienten til å beskrive smertens karakter i tillegg. Ved beskrivelser som «verking i såret», «stikkende smerter», «som om foten vrennes», eller «som å få en tykk kniv vridd rundt», vurderte sykepleieren at NRS-verdien samsvarte med smertens styrke. Slike beskrivelser tolket sykepleieren som sterkere smerte enn for eksempel «murring».

Flere av sykepleierne var enige om viktigheten av å forklare NRS-skalaen for pasientene: «Nå har du klart å spise mat, nå har du klart å gå til stua ... da tenker jeg at NRS er under 3. ... Det ser ikke ut som du trenger mer smertestillende ...?»... «Når NRS øker fra 3 til 4 er det vanskelig for deg å sitte i ro, og ved 5 er det ordentlig ubehagelig, ... da er du virkelig urolig»... «Når du er på 8 så har du egentlig lyst å være en helt annen plass enn ute å gå ..., da har du ikke lyst å bevege deg noe i det hele tatt».

Sykepleierne erfarte at spesielt eldre pasienter kunne ha problemer med å tallfeste sin smerteopplevelse, og ved sterke smerter

kunne pasientene bli ukonsentrerte. Sykepleierne framhevet at uansett alder så var det ikke lett for pasientene å angi et tall som sto i relasjon til «den verst tenkelige smerte». En av sykepleierne poengterte at selv om det kan være vanskelig å tolke de ulike NRS-nivåene pasienten angir, er skalaen et nyttig hjelpemiddel til å evaluere effekt av analgetika. Spesielt etter påfyll i LIA-kateteret erfarte sykepleierne at pasientene anga en lavere NRS-verdi.

## DISKUSJON

Sykepleierne framhevet at pasientene ble tidlig mobilisert og var aktive i treningen. Det ble framhevet at bruk av LIA-kateter ga god kontroll over smertebehandlingen. Etter overgang til peroral smertebehandling rapporterte ofte fysioterapeutene at pasientene hadde smerter under trening, samtidig som sykepleierne savnet bedre dialog med fysioterapeutene om smertebehandlingen. Sykepleierne beskrev pasientene generelt som aktive til å rapportere manglende effekt av analgetika, men mange eldre kunne være tilbakeholdne. NRS ble aktivt brukt i smertekartleggingen, men sykepleierne erfarte at pasientens kunnskaper om skalaen varierte.

## Smertebehandling og mobilisering

Sykepleierne erfarte at bruk av LIA-kateter bidro til at de fleste pasienter var oppe av sengen operasjonsdagen. Tidligere studier viser at LIA-kateteret har effekt på tidlig mobilisering etter hofte- og kneprotesekirurgi (34,35). Et av prinsippene ved Joint Care er å begrense bruk av smerte- og urinkatetre, og ved overgangen til perorale administrasjonsformer erfarte sykepleierne at pasientene ofte rapporterte sterke smerter.

Dette kan tyde på at LIA-kateteret ble seponert for tidlig, eller at sykepleierne hadde uklare rutiner for å forebygge smerter ved hjelp av perorale medikamenter.

Et av kriteriene for pasientmedvirkning er aktiv deltakelse i fysiske aktiviteter (24). Tidligere studier framhever at trening er avgjørende for leddets bevegelighet, og forebygger postoperative komplikasjoner etter protesekirurgi (2). Denne studien belyser at trening med fysioterapeut ofte ble avbrutt på grunn av smerter. Sykepleierne trakk fram at de ikke visste tidspunkt for trening, og dermed ikke rakk å gi smertestillende i forkant. Dette understreker viktigheten av et tett samarbeid mellom sykepleiere og fysioterapeuter, og at pasienten også inkluderes i planlegging av treningen. Hensikten med pasientens deltakelse i postoperativ smertebehandling er at pasienter og helsearbeidere skal jobbe sammen mot et ønsket resultat (36). Joint Care innebærer et intensivt mobiliseringsprogram, og dette forutsetter at treningsøkene er effektive.

## Den tilbakeholdne pasienten

Overgivelse av makt og kontroll inngår i kriteriene for pasientmedvirkning (24). I hvilken grad pasientene opplever dette viser ikke denne studien. Sykepleierne fortalte at pasientene hadde ansvar for å rapportere smerte og ble dermed gitt en viss kontroll, men samtidig forutsetter dette at pasienten vet hva som er et akseptabelt smertenivå og når de kan melde fra. Sykepleierne beskrev en mulig underrapportering av smerte hos eldre med langvarige smertetilstander, og at de måtte påminne pasienten å be om smertestillende. Tidligere forskning viser at ortopediske pasienter ofte har en baken-

forliggende smertehistorie som kan øke kompleksiteten i den postoperative smertebehandlingen (3). Generelt er hyperalgesi framtreddende etter langvarige smertetilstander, og innebærer økt smerteopplevelse ved ulike smertestimuli (37). En studie viser at eldre pasienter over 65 år opplever intensiteten i akutte smerter i like stor grad som yngre (38). Dette gir holdepunkter for at den eldre pasientgruppen i Joint Care kan ha sterke smerter selv om de ikke uttrykker den verbalt.

” De sa jo det at det kommer til å gjøre vondt  
... OK, jeg spør etter mer smertestillende.

Sammenhengen mellom alder og manglende smerterapportering kan forklares på bakgrunn av de eldres underdanige holdning til helsevesenet (39), og at pasienten knytter mening til den akutte smerten (37). Eldre forbinder ofte smerte med en naturlig del av alderdommen og er ofte skeptiske til bruk av medikamenter (40). Sykepleierens kunnskap om den eldres smertefysiologi og smerteuttrykk er sentralt for å forstå hvilke vurderinger og tiltak som bør iverksettes. En studie framhever at både motivasjon og adekvat smertebehandling er forutsetninger for å delta i et akselerert pasientforløp (41). Den preoperative informasjon som er gitt kan dermed ikke erstatte sykepleierens ansvar for å smertelindre pasienten, og spesielt med tanke på at eldre kan ha en passiv tilnærming.

#### Kunnskap om smertekartlegging

Pasientmedvirkning forutsetter delt informasjon og kunnskap mellom sykepleier og pasient (24), og tilpasset informasjon er en forutsetning for pasientens autonomi

(42). Tidligere studier viser at adekvat informasjon øker pasientens evne til å ta avgjørelser og valg på bakgrunn av kunnskap (7).

Studien viste at informasjon om bruk av NRS og om viktigheten av smerterapportering ble gitt preoperativt, men sykepleierne hadde ingen felles rutiner for hvordan de skulle gjenta eller oppklare denne informasjonen postoperativt.

En studie framhever at pasienter har ulike mestringsstrategier for hvor mye og hvor detaljert

informasjon de klarer å absorbere, og de kan sitte igjen med en helt annen forestilling enn det som er forventet (16). Dette viser betydningen av å gjenta informasjon postoperativt om hvordan og når pasienten skal rapportere smerte.

Tidligere forskning viser at aktuelle barrierer for effektiv smertebehandling ligger i misoppfatninger og holdninger hos både pasienter og sykepleiere (15). Dette samsvarer med denne studien som pekte på at misoppfatninger også hos sykepleieren, var en mulig barriere for effektiv smertebehandling. Når sykepleieren betvilte pasientens angitte NRS ble det trolig ikke tatt hensyn til de fysiologiske forandringene som følger den akutte smerte (43), og til de mestringsstrategier pasientene utvikler ved langvarige smertetilstander (40). Utdfordringer med å vurdere hva postoperative pasienter legger i en NRS-verdi på 6–8, og en usikkerhet om at pasienten forstår bruken av NRS, er også belyst i en nyere studie (44).

Studien viste også at sykepleierne la vekt på å forklare hvor-

dan skalaen kunne anvendes og tolkes, og brukte dialog og pasientens verbale beskrivelser som et supplement til NRS. Dette støttes av studier som påpeker at endimensionale smerteskalaer kun viser smertens intensitet og ikke dens opplevelsedimensjon (45,46). Sykepleierens skepsis til bruk av smertekartleggingsverktøy er beskrevet i en studie der bruk av NRS er beskrevet som subjektivt, upresist, vanskelige å relatere til andre, og at pasienter ikke vet hvordan de skal gradere smerten (47). For å fremme pasientmedvirkning er det derfor sentralt at sykepleier og pasient sammen avklarer en felles forståelse av hvordan smerten kan kartlegges (48).

#### Styrke og begrensning

Studien tar utgangspunkt i sykepleierens erfaringer. I hvilken grad dette representerer pasientens opplevelser er derfor usikkert. Data fra pasienter ville gitt et mer nyansert perspektiv på begrepet pasientmedvirkning. Studiens utvalg var lite, men intervjuene ga en dybdeforståelse av hvordan sykepleierne erfarte nye behandlingsmetoder.

#### KONKLUSJON

Studien belyser at akselererte pasientforløp ved protesekirurgi innebærer nye roller med krav til en aktiv kunnskapsoverføring fra sykepleier til pasient. For videre forskning anbefales kvalitative studier som kartlegger pasienters opplevelse av medvirkning ved akselererte pasientforløp, samt kvantitative studier som kartlegger sykepleierens erfaringer med å anvende smertekartleggingsverktøy.

En stor takk går til sykepleierne som deltok i studien, og til sykepleieleidelsen ved avdelingen.

## REFERANSER

1. **McHugh GA, Luker KA.** Influences on individuals with osteoarthritis in deciding to undergo a hip or knee joint replacement: A qualitative study. *Disabil Rehabil* 2009; 31:1257–66.
2. **Horlocker T.** Pain Management in Total Joint Arthroplasty: A Historical review. *Orthopedics* 2010;23:14–19
3. **Pasero C, & McCaffery M.** Orthopaedic Postoperative Pain Management. *J Perianesth Nurs*. 2007;22:160–74.
4. **Biomet.** Rapid recovery principles. <http://www.rapid-recovery.co.uk/healthcare-providers/Principle> [Nedlastet 17.10.12].
5. **Gordon D, Malhas A, Goubran A, Subramanian P, Messer C & Houlihan-Burne D.** Implementing the Rapid Recovery Program in primary hip and knee arthroplasty in a UK state run hospital. *EJOST* 2010;21:151–158.
6. **Berend, K, Lombardi, A J, & Mallory, T.** Rapid recovery protocol for peri-operative care of total hip and total knee. *Surg Technol Int*. 2004;13:239–247
7. **Walker, J.** What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *BJN* 2007;16:27–32.
8. **White, P F, & Kehlet, H.** Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues? *Anesthesiology* 2010;112:220–225.
9. **Kehlet, H, & Wilmore, D W.** Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann surg*. 2008;248:189–198.
10. **Antrobus, JD & Bryson, GL.** Enhanced recovery for arthroplasty: good for the patient or good for the hospital? *J Can. Anesth*. 2011;58:891–896.
11. **Husted, H, Solgaard, S, Hansen, T, Søballe, K, & Kehlet, H.** Care principles at four fast-track arthroplasty departments in Denmark. *Ugeskr Laeger* 2010;57:41–66.
12. **Larsen, K, Hansen, TB, & Søballe, K.** Hip arthroplasty patients benefit from accelerated perioperative care and rehabilitation: a quasi-experimental study of 98 patients. *Acta Orthop*. 2008;79:624–630.
13. **Larsen, K, Hvass, KE, Hansen, TB, Thomsen, PB, & Søballe, K.** Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty. A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:1–9.
14. **Husted, H, Holm, G, & Sonne-Holm, S.** Reduced length of hospital stay after total hip and knee arthroplasty without increased utilization of other resources. *Ugeskr Laeger* 2004;166: 3194–3197.
15. **Bell, L, & Duffy, A.** Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *BJN* 2009;18:153–156.
16. **Kruzik, N.** Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN J* 2009; 90:381–387.
17. **International Association for the study of pain.** <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12173> [Nedlastet 17.10.12]
18. **Noble, B, Clark, D, Meldrum, M, Have, HT, Seymour, J, Winslow, M, et al.** The measurement of pain, 1945–2000. *J Pain Symptom Manag* 2005;29:14–21.
19. **Breivik, H, Borchgrevink, PC, Allen, SM, Rosseland, LA, Romundstad, L, Hals, EKB, et al.** Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008;101:17–24.
20. **Kerr, DR, & Kohan, L.** Local infiltration analgesia: a technique for the control of acute postoperative pain following knee and hip surgery: a case study of 325 patients. *Acta Orthop* 2008; 79: 174–83.
21. **Lovdata.** Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> [Nedlastet 17.10.12]
22. **Slettebø, Å, & Nortvedt, P.** Etikk for helsefagene. Oslo: Gyldendal akademisk, 2006.
23. **Norsk Sykepleierforbund.** Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) [Nedlastet 17.10.12]
24. **Sahlsten, M J, Larsson, IE, Sjostrom, B, & Plos, K A.** (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum* 2008; 43: 2–11.
25. **Peplau, H.** *Interpersonal Relations in Nursing—A conceptual framework of Reference for Psychodynamic Nursing.* New York: Springer Publishing Company, 1991
26. **Sandelowski, M.** Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000; 23: 334–40.
27. **Kelly, S.** The Sage handbook of qualitative methods in health research. In R. ingwall R. De Vries & L. Bourgeault (Eds.), London: Sage, 2010: XXV.
28. **Kvale S, & Brinkmann, S.** Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzel, 2009.
29. **Fagermoen, MS.** Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning* 2005;7:40–54.
30. **MacLean, L, Meyer, M, & Estable, A.** Improving Accuracy and Transcripts in Qualitative Research. *Qual Health Res*. 2004;14:113–23.
31. **Graneheim, UH, & Lundman, B.** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2003;24: 105–12.
32. **Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester (NSD).** <http://www.nsd.uib.no/> [Nedlastet 17.10.12]
33. **Fontana, A, & Frey, J.** The Sage handbook of qualitative research. In: Densin, NK & Lincoln, S. (Eds.) Thousand Oaks, Calif.: Sage, 2005.
34. **Andersen, K, Bak, M, Christensen, B, Harazuk, J, Pedersen, N, & Søballe, K.** A randomized, controlled trial comparing local infiltration analgesia with epidural infusion for total knee arthroplasty. *Acta Orthop*. 2010; 81: 606–10.
35. **Sharma, V, Morgan, P, & Cheng, E.** Factors Influencing early Rehabilitation After THA. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467:1400–11.
36. **Haig, C.** Editorial: This might hurt ... a reflection on pain management in the 21st century. *J Clin Nurs*. 2008;17:1961–2
37. **Stubhaug, A, & Ljoså, T.** Hva er smerte? I: Rustøen, T & Wahl, AK. Ulike tekster om smerte. Fra nocicepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
38. **Prowse, M.** Postoperative pain in older people: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2007;16:84–97.
39. **Hansson, E, Fridlund, B, & Hallström, I.** Effects of a Quality Improvement Program in Acute Care Evaluated by Patients, Nurses, and Physicians. *Pain Manag Nurs*. 2006;7:93–108.
40. **Torvik, K, & Bjørø, K.** Smerte hos eldre. I: Rustøen, T & Wahl, AK. Ulike tekster om smerte. Fra nocicepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
41. **Ranawat, A, & Ranawat, C.** Pain Management and Accelerated Rehabilitation for Total Hip and Total Knee Arthroplasty. *J Arthroplasty* 2007; 22: 12–14.
42. **Pedersen, R, Hoffmann, B, Mangset, M.** Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007;127:1644–47
43. **McCaffery, M, & Beebe, A.** *Smertes: lærebok for helsepersonell.* Oslo: Gyldendal Norsk forlag, 2001.
44. **Leegaard M, Huseby Y, Berge AW, Rustøen T.** Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? *Sykepleien Forskning* 2011; 6: 254–261
45. **Rolfsson, H.** Fallpropar vid mätning av smärta. Visuella analogskalan som smärskattningsmetod ifrågasatt. *Läkartidningen* 2009;106:591–3.
46. **Gordon, DB, Dahl, JL, Miaskowski, C, McCarberg, B, Todd, KH, Paice, JA et al.** American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 1574–80.
47. **Young, J, Horton, F, & Davidhizar, R.** Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J Adv Nurs*. 2006;53:412–21
48. **Manias, E, Bucknall, T, & Botti, M.** Assessment of patient pain in the postoperative context. *West J Nurs Res*. 2004; 26: 751–69

# Utfordrende å forstå pasientens smerteopplevelse

> Ansvar for god smertelindring ligger hos helsepersonell.



**Anne Kristine Sørstrøm**

Sykepleier, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Kirurgisk avdeling Post 2, og mastergradsstudent på helsefagvitenskap

Studien til Sjøveian og Leegaard peker på flere viktige momenter ved det postoperative forløpet til Joint Care-konseptet. Resultatene viser at pasienten blir tidligere mobilisert etter hofte- og kneprotesekirurgi, men at mange pasienter rapporterer sterke smerter ved mobilisering andre postoperative dager. I tillegg belyser de utfordringer ved bruk av NRS, der flere av sykepleierne opplever at pasientene ikke har nok kunnskaper til å kunne benytte seg av dette verktøyet. Flere pasienter unnlater å be om ekstra smertestillende eller nøler med å si ifra ved sterke smerter.

Ett av hovedmålene med Joint Care er blant annet tidlig mobilisering, og da er det uhenksommessig om den postoperative fysioterapien skulle bli skadelidende. For å få en optimal postoperativ opptrening kreves det et godt samarbeid mellom sykepleier og fysioterapeut. Et eksempel jeg har positiv erfaring med, er å avtale treningstider

med fysioterapeut og pasient slik at man kan forebygge smerter ved å gi smertestillende i forkant. Her kan det også være nyttig å dokumentere hvilke medikament som er administrert og hvilken effekt dette har for å bedre videre oppfølging av pasienten. Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for optimal opptrening etter protesekirurgi. På vår avdeling har vi god erfaring med å spørre pasienter om NRS til faste tidspunkt, i tillegg til før trening og etter administrering av smertestillende. Da er det essensielt at pasienten forstår viktigheten av hvorfor vi «maser» om dette.

Jeg tror mange sykepleiere på ortopediske sengeposter vil kjenne seg igjen i problematikken uavhengig av deltakelse i Joint Care. Det er utfordrende å tolke og å forstå pasienters opplevelse av smerte og studien peker på et relevant problem. Pasientmedvirkning er helt klart en viktig del av rehabiliteringen og skal alltid være grunnlaget for

enhver relasjon mellom helsepersonell og pasient. Jobben vår er å veilede pasientene trygt gjennom den postoperative fasen med en akseptabel NRS-score. Dette gjør vi ved hjelp av effektiv og god smertelindring. Pasientene bør oppleve at rapportering av smerter er nødvendig og velkomment, samt at smertelindringen i den postoperative fasen er et lavterskeltilbud.

Jeg er enig med forfatterne i at det vil være interessant å se nærmere på pasientenes opplevelse av medvirkningen. Det kan kanskje bidra til at man kan skape en bedre forståelse sammen med pasienten av NRS som gjør bruken av denne enklere og mer konsistent. Vi vil nok ha forskjellige forutsetninger for å tolke smertene, men ansvaret for god smertelindring ligger etter min mening i størst grad hos helsepersonellet.

Les artikkelen på side 380







# Kunnskapstørst?

---

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

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

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

sykepleien

forskning



## HAR BIDRATT TIL MINDRE TVANG

› Ingelin Testads forskning har vist at bruk av tvang i pleien av demente kan reduseres.

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Jan Inge Haga**

Illustrasjonsfoto: **Colurbox**

Sykepleier Ingelin Testad er senterleder og postdoc-stipendiat ved Regionalt kompetansesenter eldremedisin og samhandling (SESAM). Hun er engasjert i forskning på eldre i et bredt perspektiv, og hennes doktoravhandling om agitasjon og bruk av tvang i demensomsorgen på sykehjem har fått gjennomslag i praksis.

### FÅ FORVENTNINGER

– Jeg er opptatt av at mennesker med demens skal ha et godt og verdig liv, understreker Testad.

– Omsorg til denne pasientgruppen er krevende, både for pasientene selv og for helsepersonell som skal pleie dem.

Testad tror at fordi eldre mennesker ikke lenger er produsenter i samfunnet, har man ikke lenger noen forventninger knyttet til dem.

Hvis eldreomsorg hadde hatt høyere status ville man hatt større forventninger både til pasientene og til dem som jobber i den, sier hun.

– Nå tenker mange at de er gamle og skal dø likevel. Men jeg mener tvert imot at måten vi behandler våre eldre på er en lakmestest på hvordan samfunnet fungerer.

### TRENGER FORSKNING

Hun mener et ressurssterkt land som Norge bør ligge langt framme når det gjelder eldreomsorg sammenliknet med land med færre ressurser.

– Riktignok er vi allerede kommet langt når det gjelder forskning på eldreomsorg, men vi kan og bør bli bedre, sier Testad.

Hun er forbauset over hvor lite penger som blir gitt til forskning på eldre.

– Eldrebølgen har bidratt til økt fokus og forskningsstøtte, men vi er ikke i mål. Vi trenger

flere forskere som kan hjelpe oss å løse de utfordringene som venter oss i denne sektoren. Uansett hva vi gjør vil vi ikke ha nok ansatte. Derfor må vi finne nye løsninger, og til dette trenger vi forskning, understreker Testad.

### STRUKTUR OG LEDELSE

I sin doktorgrad gjennomførte hun en spørreundersøkelse hvor 200 pasienter og 200 ansatte i demensomsorgen deltok. Hun fant at stresset hos helsepersonell i eldreomsorgen ikke skyldtes pasientene.

– Mange tror at stresset skyldes pasientenes atferd og det at de er en tung pasientgruppe, sier Testad.

– Men min undersøkelse viste at problemene var knyttet til struktur, ledelse og psykososiale faktorer.

Testad mener mye av årsaken til utfordringene i eldreomsorgen ligger i mangel på kompetanse.

– Vi må heve kompetansen



> **MINDRE TVANG:** Ingelin Testad er opptatt av at eldre med demens skal ha et godt og verdig liv - uten tvang.

blant helsepersonell. Demens medfører atferdsendring, og det er viktig at helsepersonell har kunnskap og forstår hva dette handler om, sier hun.

– Som et bidrag til kompetanseheving i eldreomsorgen har vi utlyst fire doktorgradsstipendiater ved SESAM. Tre av disse stipendene er gått til sykepleiere.

#### VEILEDNING VIKTIG

Et annet viktig funn i Testads doktoravhandling er at systematisk undervisning og veiledning av sykehjems-personell kan redusere urolig atferd og også bruken av tvang overfor personer med demens i sykehjem.

– Resultatet av en intervensjon med veiledning og undervisning viste at bruken av tvang overfor demente ble redusert med 50 prosent på sykehjemmene som deltok.

På Stokke undervisningssykehjem i Stavanger fikk Ingelin Testads forskning praktiske

” Måten vi behandler våre eldre på er en lakmestest på hvordan samfunnet fungerer.

konsekvenser. Rune Skjæveland er avdelingsleder for avdeling for rus. Personalet på hans avdeling fikk veiledning av Testad mens tilbudet framdeles befant seg i støpeskjeen.

#### UNNGÅR TVANG

– Våre pasienter er atypiske sykehjemspasienter, men et langt liv med rus har gitt dem store kognitive utfordringer, sier Skjæveland.

– Da Testad kom inn som veileder av personalet mens tilbudet var i etableringsfasen, var målet om å unngå tvang overfor disse pasientene en viktig forutsetning.

Veiledningen bidro til å bevisstgjøre personalet som ble utfordret på egne holdninger til pasientenes liv.

– Vi ble oppfordret til å konsentrere oss om pasientens egne

ønsker og behov. Hva er viktig for pasienten, hva ønsker han eller hun? Hva vi selv oppfatter som riktig og galt kommer i andre rekke, forteller han.

#### AUTONOMI

– Vår oppgave blir å støtte opp om pasientens autonomi, og i henhold til fylkeslegens definisjon er pasienten autonom så lenge han eller hun er ved bevissthet.

For å understreke pasientenes autonomi inngår personalet avtaler med dem.

– Utover det har vi få regler, slik at vi unngår konfrontasjon som igjen kan føre til tvang, sier Skjæveland.

– Verdighet og trygghet er nøkkelford for hvordan vi forholder oss til pasientene. Vi prøver å unngå paternalistiske holdninger og baserer oss på å understøtte pasientenes egne valg.

# - POLITIKERNE MÅ PRIORITERE

› Siri Tønnessen mener politikerne skyver ansvaret for å prioritere over på hjemmesykepleierne.

**Siri Tønnessen**

1965

**Utdanning:**  
Sykepleier, kandidat  
i sykepleievitenskap  
og PhD i etikk

Tekst: **Susanne Dietrichson**

Foto: **Erik M. Sundt**

Politikernes manglende vilje til å prioritere fører til systematisk forskjellsbehandling i hjemmesykepleien, ifølge Siri Tønnessen.

– Når hjemmesykepleierne tvinges til å prioritere blir det de sterkeste som får mest; de som roper høyest og som har mange og ressurssterke pårørende. De svakeste blir taperne.

Tønnessen tror tilbudet ville blitt bedre om man turte å prioritere på øverste politiske hold.

” ” Jeg mener politikerne undervurderer oss.

– Politikerne må bli tøffere til å prioritere, og sykepleierne må bli tydeligere på hva som er grunnleggende og forsvarlig sykepleie, understreker hun.

– Dette er det vi sykepleiere

som kan og vet mest om: Hvor grensen går for hva som er forsvarlig sykepleie og ikke.

## OM LIVETS SLUTT

Hun understreker at sykepleie handler om mer enn bare mat og drikke.

– Da jeg skrev hovedfag-soppgave om sykepleierens ivaretagelse av eksistensielle utfordringer ved livets slutt, fant jeg at mange sykepleiere ikke snakket om Gud når pasientene lå for døden. Det synes jeg er ille.

Siri Tønnessen har et engasjement ved Senter for medisinsk etikk på Universitetet i Oslo. I tillegg er hun nyansatt ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Vestfold, etter mange års virke i Nord-Norge. Det er her jeg møter henne, på Bakkenteigen utenfor Horten, på et kontor som bærer tydelig preg av å være nyinnflyttet.

– Jeg er opptatt av at vi skal gi våre gamle og sykeste enn verdig slutt på livet.

Som omsorgssjef i en kommune opplevde Tønnessen prio-

riteringene i sektoren som svært problematiske. En samtale om ressursmangelen i hjemmesykepleien utviklet seg til et doktorgradsstudium.

– Pasientene fikk ikke det de hadde krav på i henhold til forskrifter og definisjonen av god sykepleie.

## MANGELFULLT TILBUD

Tønnessen valgte å gjøre en kvalitativ undersøkelse, hvor hun intervjuet sykepleiere og pasienter i hjemmesykepleien.

– Jeg spurte sykepleierne om hvordan de prioriterte i jobben, hvordan de velger hvilke pasienter som får hva. Og så spurte jeg pasientene om hvordan de opplevde tjenestene, om de fikk det de hadde krav på. Til slutt diskuterte jeg resultatet av undersøkelsen opp mot det normative, altså gjeldende lover og regler og sykepleie.

Tønnessen fant blant annet at pasientenes psykososiale behov ikke ble ivarettatt.

– Stemmer hjemmesykeplei-



› **RESSURSMANGEL I HJEMMETJENESTEN:** Siri Tønnessen er opptatt av verdighet ved livets slutt.

ernes synspunkter overens med pasientenes oppfatninger?

– I første omgang uttrykker pasientene stort sett at de er fornøyde. Det viser også mange andre store undersøkelser av hjemmesykepleien, forteller Tønnessen.

– Men hvis man går litt videre, for eksempel ved dybdeintervjuer slik jeg gjorde, kommer det frem at tjenestene de får ikke er tilfredsstillende.

Som eksempel trekker Tønnessen fram at pasientene som regel ikke vet når hjemmesykepleieren kommer.

– Det kan bety at de må vente i flere timer før de får stå opp, noe som gjør det vanskelig å gjøre avtaler med venner og bekjente. Og det blir sjelden eller aldri tid til å ivareta pasientenes psykososiale behov.

#### **PRIORITERER IKKE**

Tønnessen fant også at tjenestene påvirkes av hvordan den enkelte hjemmesykepleieren fungerer i stressete situasjoner.

– Noen får til å gi det lille ekstra som pasientene trenger; sitter ned og prater litt eller holder dem med selskap mens de spiser. Men disse sykepleierne kutter gjerne ned på sin egen matpause eller kommer for sent til neste pasient, sier hun.

– I henhold til lovverket er det mangel på ressurser i hjemmesykepleien, konkluderer Tønnessen.

– Men hvor ligger feilen?

– Feilen ligger helt øverst oppe, på Stortingsnivå. Det handler om makt og bevilgninger, og om manglende prioriteringsvilje fra politikerhold, sier hun.

– Det er som om jeg skulle si til min sønn at pappa og jeg vil ha en trerettersmiddag med vin og gi ham 100 kroner. Det går jo ikke!

#### **KREVER FOR MYE**

Tønnessen mener stortingspolitikere begår den samme feilen når de stadig krever mer av kommunene, men samtidig gir mindre penger.

– Politikerne må enten bevilge mer penger til kommunene eller nedprioritere. De må si eksplisitt hvilke tjenester kommunene skal skjære ned på.

Og her er vi, ifølge Tønnessen, ved kjernen av problemet: Ingen politikere tør å nedprioritere. De er kanskje redde for ikke å bli gjenvalgt?

– Jeg mener politikere under vurderer oss. Jeg tror folk faktisk tåler å høre at det ikke er penger nok til å innfri alle de løftene velferdsstaten gir oss i dag, sier hun.

– I stedet blir problemene skjøvet nedover slik at prioriteringene overlates til dem som utøver tjenestene, for eksempel hjemmesykepleierne.

Hun mener at pengene ofte går til intensive og akutte tjenester fordi resultatene på disse avdelingene lettere lar seg telle og måle.

– Her har vi sykepleiere noe å lære av legene. Vi må dokumentere og diskutere og slå i bordet med våre forsvarlighetskrav. Først da vil vi bli hørt, tror Tønnessen.

# KUNNSKAPSHULL I HELSETJENESTEN

En av årsakene til at forskning ikke gir pålitelige svar er metodiske svakheter.



Av **Mona Berg Hansen**, kommunikasjonsrådgiver  
i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Det er mange kunnskapshull i helsetjenesten. Sju av de 25 forskningsoppsummeringene Kunnskapssenteret leverte i fjor kunne ikke besvare spørsmålene fra oppdragsgiver, mens ni av rapportene bare kunne besvare noen av spørsmålene som ble stilt. Mangel på svar skyldes at forskerne ikke fant tilstrekkelig med publisert forskning på området eller fordi forskningen som foreligger har for store metodiske svakheter.

## > KUNNSKAPSHULLENE

Her er noen av forskningsspørsmålene som oppsummeringene fra 2011 ikke fant grunnlag for å besvare:

- Effekt av tiltak for pasienter og pårørende med demens
- Effekt av alternativ behandling ved kreft
- Effekten av eldrester på helse og livskvalitet
- Effekten av vitaminer, mineraler og andre kosttilskudd på psykiske lidelser
- Effekt av ulike kommunikasjonsformer for barn med cochleaimplantat
- Diagnostisering og behandling av barn og unge og de aller sykeste med kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME
- Effekt av triagesystemer for akuttmedisinske tjenester prehospitalt og ved innleggelse i sykehus
- Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter
- Effekt av intermedieære enheter og «hjemmesykehus» ved behandling av pasienter med akutt KOLS-forverring
- Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeooplæring

- Effekter av fysisk trening på sosial deltakelse hos barn og unge med habiliteringsbehov

## > METODISKE SVAKHETER

Metodiske svakheter er én årsak til at forskning ikke gir pålitelige svar. Ifølge Inger Natvig Norderhaug, forskningsleder ved Kunnskapssenteret, er det behov for flere studier som følger internasjonale veiledere for god forskningsdesign og rapportering av studier.

– I tillegg ser vi ofte at studier mangler relevante utfallsmål og direkte sammenlikninger mellom intervensjoner, sier Norderhaug.

Kunnskapssenteret etterlyser også data på livskvalitet som utfallsmål, både fordi det er viktig for pasienter og fordi livskvalitet vektlegges i helseøkonomiske analyser. I tillegg er det behov for bedre rapportering av bivirkninger og langtidseffekter med tanke på sikkerhet ved behandling.

Et annet problem som påvirker kvaliteten på forskning er at studiene ofte har få deltakere. Små studier har vanskelig for å avdekke forskjeller i effekt av tiltak.

## > SYNLIGGJØR FORSKNINGSBEHOV

Forskningsoppsummeringer og metodevurderinger, såkalt Health Technology Assessment (HTA), gir ikke bare verdifull informasjon om hvilke tiltak som er mest effektive og sikre. De avdekker også på hvilke områder vi mangler slik kunnskap. Kunnskapssenteret må ofte konstatere at foreliggende forskning ikke gir grunnlag for å konkludere om effekt eller sikkerhet av en behandling, et tiltak eller en prosedyre. Dette er også nyttig kunnskap.

Kunnskapssenteret har et formelt mandat til å identifisere kunnskapshull og har siden 2008 utarbeidet årlige notater som oppsummerer hvilke spørsmål forskerne ikke har funnet grunnlag for å besvare. Notatene er ment å synliggjøre forskningsbehov over-

for beslutningstakere i norsk helsetjeneste, i tillegg til at det kan brukes som innspill ved vurdering og tildeling av forskningsmidler.

– Selv om vi ikke har full innsikt i bruken av våre årlige notater, er vi kjent med at det er initiert flere forskningsprosjekter på temaer der Kunnskaps-senteret har identifisert kunnskapshull, sier Gro Jamtvedt, avdelingsdirektør i Kunnskaps-senteret.

Hun peker blant annet på at Kunnskaps-senteret utarbeidet et metodevarsel for en ny metode for inn-setting av kunstige aortaklaffer, som forberedelse til sak for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rapporten konkluderte med et behov for randomiserte kontrollerte studier. En slik studie skal gjennomføres ved Oslo universi-tetssykehus. Kunnskaps-senterets metodevarsler og omtaler av internasjonale metodevarsler er samlet i databasen MedNytt.

I forbindelse med at Kvalitet- og prioriteringsrådet skulle diskutere en eventuell innføring av screening for tarmkreft i Norge, utarbeidet Kunnskaps-senteret flere notater. En konklusjon var at det var behov for en randomisert kontrollert studie. En slik studie har nå fått finansiering og er startet opp.

I 2006 leverte Kunnskaps-senteret en forsknings-oppsumming på diagnostisering og behand-ling av CSF-ME. Denne rapporten avdekket flere kunnskapshull og har resultert i et omfattende forskningsprosjekt om effekt av fysisk aktivitet og pasientenes og helsepersonellens opplevelse av helsevesenet.

### > BEHOV FOR FLERE FORSKNINGS-OPPSUMMERINGER

Kunnskaps-senteret oppsummerer forskning på bestilling fra beslutningstakere i norsk helse-tjeneste. Der fagmiljøene er uenige, der nytte-verdien er usikker, eller praksis varierer, bidrar forskningsoppsummeringer til å sortere kunnska-

pen på en systematisk måte, og kan dermed gi et bedre grunnlag for gode beslutninger.

Kunnskaps-senterets forskningsoppsummeringer publiseres på senterets nettsider og ved direkte kontakt med relevante fagmiljøer. Det er imidlertid behov for at flere enn Kunnskaps-senteret gjør fors-kningsoppsummeringer, blant annet for å identifisere flere kunnskapshull. Denne kunnskapen bør benyt-tes som grunnlag for en prioritering mellom hvilke forskningsbehov som er mest aktuelle og relevante.

– En slik prosess bør involvere de som finansi-erer forskning, beslutningstakere i helsetjenesten, klinikere og pasienter, påpeker Norderhaug.

### > KRAV VED SØKNAD OM FINANSIERING

Også internasjonalt er det en oppfatning om at fors-kningsoppsummeringer bør utnyttes til å identifisere kunnskapshull og at dette bør tas med i betraktning-en når studier planlegges.

– Noen organisasjoner, slik som WHO's kreft-forskningsinstitutt, IARC, krever en systematisk oversikt som tydeliggjør behovet for prosjektet, vedlagt i søknaden for å tildele forskningsmidler, sier Inger Natvig Norderhaug.

### > EUROPEISK SAMARBEID

En av satsingene til EUnetHTA-prosjektet, et sam-arbeid mellom HTA-sentrene i Europa inklusive Kunnskaps-senteret, er utvikling av en database for metoder i helsetjenesten hvor det er behov for ytterligere forskning. Denne databasen skal etter planen ferdigstilles i løpet av 2012, og vil gi en over-sikt over pågående og planlagte studier i regi av de ulike HTA-sentrene i Europa. Målet er et bedre Europeisk samarbeid ved planlegging og analyse av data fra offentlig initierte kliniske studier.

Notatet om kunnskapshull kan lastes ned fra Kunn-skaps-senterets nettsider, [www.kunnskaps-senteret.no](http://www.kunnskaps-senteret.no)

# FORSKNINGSRÅDET SATSER PÅ PLEIE-

Forskningsrådet er opptatt av å bidra til god kvalitet i forskningen innenfor hele helse- og omsorgstjenestefeltet.

Av **Mari Nes og Siv Øverås**, Divisjon for samfunn og helse, Norges forskningsråd

I Norges forskningsråd har vi de siste årene vært opptatt av å skape arenaer for praksisnær forskning innenfor utdanning, helse og velferd. Dette innebærer at institusjoner og personell med begrenset forskningserfaring får større muligheter og inviteres til å delta i forskning.

## > KVALITETSKRAV

En utfordring for «unge» forskningsmiljøer er at konkurransen om midler er hard og i stor grad basert på vitenskapelig kvalitet i prosjektforslagene, forskningserfaring og tidligere meritter. Tradisjonelt er universitetene forskningens arnested og de klassiske fagdisiplinene har vært dominerende. I stor grad er det disse fagene som har satt merkesteinene for hva som er god forskning. Men kunnskapsbehovet i dagens samfunn lar seg sjelden dele inn etter fagdisipliner. Derfor har bredere fagfelt og tverr- og flerfaglige samarbeid fått stadig større oppmerksomhet og betydning i forskningen. Universitetene er ikke lenger alene som forskningsutførende institusjoner. I Norge vokste det fram en stor instituttsektor i siste halvdel av 1900-tallet, og de siste årene har også andre utdanningsinstitusjoner enn universitetene og de vitenskapelige høyskolene utviklet en forskningsportefølje.

Kravene til vitenskapelig kvalitet i forskningen er i stor grad de samme som før. Objektivitet og generaliserbarhet skal oppnås ved hjelp av vitenskapelige metoder. Alle steg i forskningsprosessen skal dokumenteres, slik at resultatene kan etterprøves. Arbeidet skal vurderes og godkjennes av andre forskere og må inneholde funn eller tolkninger som representerer ny kunnskap. Publisering og disku-

sjon av resultatene i vitenskapelige tidsskrifter er en del av kvalitetskontrollen og forskningsprosessen.

## > KVALITETSUTFORDRINGER

I 2010 gjennomførte Forskningsrådet en omfattende evaluering av forskningen i biologi, medisin og helsefag i Norge. Evalueringspanelet beskriver en del svakheter i omsorgs- og pleieforskningen, men fant også eksempler på forskning av høy kvalitet innenfor området, primært ved universitetene.

Særlig forskning utført av små grupper ved høyskolene har utfordringer. De er knyttet nettopp til at miljøene er små, at problemstillingene ikke er tydelige nok, at metodene kan være mangelfulle og at det er stor grad av overlapp i temavalg og problemstillinger. Større grad av publisering i internasjonale tidsskrifter som er bredere enn omsorg og sykepleie, etterlyses.

Evalueringen sier samtidig at omsorg og pleie av syke er et stadig viktigere forskningsfelt, ikke minst som en følge av en voksende eldre befolkning med mange og sammensatte sykdommer. Det er behov for forsknings- og evidensbasert praksis både innenfor pleie- og omsorg og innenfor forebygging og helsefremmende arbeid. Evalueringspanelet er derfor opptatt av at omsorgs- og sykepleieforskning kan og bør bli bedre. De mener det bør satses på et mindre utvalg miljøer som har tett samarbeid med universitetene og større grad av utveksling, slik at universitetsansatte også kan bidra til å styrke undervisning og forskning ved høyskolene.

## > UNIKE DATAKILDER

Evalueringen peker også på fag hvor norsk helseforskning står sterkt. Panelet er blant annet imponert over kvaliteten på forskningen innenfor folkehelse. Norge har store muligheter når det



# OG OMSORGSFORSKNING



gjelder epidemiologisk forskning; en kombinasjon av pålitelig folkeregister og bostedsregister, store kohorter av befolkningen som følges over lang tid med omfattende informasjon om helseparametere, godt organiserte biobanker knyttet til disse kohortene, et nasjonalt nettverk av analyseplattformer og gode sentrale helseregistre. Dette er en kombinasjon av datakilder som er unik internasjonalt. Evalueringen peker også på at Norge er langt framme innenfor felt som global helse og arbeidshelse. På den annen side forskes det altfor lite innenfor primærhelsetjenesten.

## > VIRKEMIDLER

Forskningsrådet fordeler om lag 27 prosent av de offentlige forskningsmidlene i Norge. I alt 17 departementer bidrar til det årlige budsjettet. Innenfor fagområdet medisin og helse er Forskningsrådet en mindre aktør (forvalter cirka 11 av de nasjonale midlene). Basisbevilgningen til institusjonene, først og fremst universitetene og de regionale helseforetakene, er de store kildene til finansiering.

Forskningsrådet er også forskningspolitisk rådgiver for myndighetene. Evalueringer av fag, institusjoner og virkemidler er en av metodene som benyttes for å skaffe kunnskapsgrunnlag og kunne gi kvalifiserte råd. Forskningsrådet ønsker å være en strategisk aktør, blant annet gjennom å styre midler til viktige temaer som ikke ivaretas av andre, og bidra til å styrke forskning på helsepolitisk viktige områder hvor forskningen i dag er svak. Når en evaluering påpeker kvalitetsutfordringer i omsorgs- og sykepleieforskningen, er det derfor ikke et argument for å redusere innsatsen på dette feltet, men det motsatte.

Den norske helsetjenesteforskningen er i stor grad anvendt og forankret i instituttsektoren. Dette gjør at forskningen kan respondere raskt på beslutningstakernes behov for informasjon og kunnskap.

Samtidig kan dette føre til for liten grunnleggende forskning og for lite oppmerksomhet om forskerrekuttering og karriereveier. Det er derfor behov for både å styrke den universitets- og høyskolebaserte forskningen, og å knytte den tettere sammen med forskningen som foregår i instituttsektoren og i helseforetakene.

## > PROGRAMMER

Det meste av Forskningsrådets midler til helse- og omsorgsfeltet hører hjemme i programmer. En programsatsing blir til gjennom et samspill mellom rådet, forskningsmiljøene og ett eller flere departementer. Både forvaltningen og forskerne er representert i utvalget som forbereder programmet og skriver programplan, som skal godkjennes både i departementet og i Forskningsrådets styresystem. Det er programplanen som angir rammene for hva slags forskning det skal utlyses midler til. I programstyrene sitter det norske forskere, men også ofte andre nordiske, samt representanter for brukerne av forskning.

Programplanen og utlysningstekstene angir både hvilke temaer som er prioritert, hvor mye man kan søke om per prosjekt og hvilke kostnader man kan få dekket. Den mest vanlige søknadstypen er «forskerprosjekt», der utgifter til arbeidskraft (stipender med mer), drift og administrative kostnader dekkes. Prosjektleder må ha doktorgrad eller tilsvarende kompetanse. Søknadsfristene i Forskningsrådet er absolutte. Det er svært viktig å lese utlysningsteksten nøye og overholde de formelle kravene. Hvis det er tvil om tolkning av teksten er det et godt råd å henvende seg til kontaktpersonen for programmet.

## > REKRUTTERING

Forskerrekuttering er høyt prioritert i Forskningsrådet, spesielt postdoktorstipend. For denne

gruppen er også et utenlandsopphold i løpet av stipendperioden sterkt ønskelig. Se ellers Forskningsrådets nettsider, under «Søk om midler».

Når fristen ute og søknadene mottatt, blir de sjekket for formaliteter. I helseprogrammene kreves det for eksempel at søknad med vedlegg er på engelsk. Søknadene sendes så til utenlandske fageksperter for faglig vurdering. Tidligere brukte Forskningsrådet individuelle fagfeller til dette, i dag er det vanligst å ha ekspertpaneler bestående av fem til sju fagfolk med relevant og utfyllende kompetanse. Paneldeltakerne gjør først en vurdering av søknadene hver for seg og møtes så over et par dager for å diskutere og bli enige om vurdering og karakter på alle søknadene de har fått til vurdering. Prosjektens vitenskapelige kvalitet vurderes med et sett kriterier som er oppgitt i utlysningsteksten. Det gis tallkarakterer (1 til 7) og en tekstlig tilbakemelding på alle elementene og kriteriene som er vurdert. Prosjektens relevans for programmets mål og for en spesifikk utlysning vurderes av programstyret, ofte etter innstilling fra administrasjonen. Programstyrets endelige beslutning om støtte er tuftet på ekspertpanelets vurdering og styrets egen vurdering av relevans.

Normalt må en søknad oppnå karakter 5 eller høyere for å bli vurdert for støtte. I gjennomsnitt er det bare om lag 20 prosent av søknadene som lykkes, men denne andelen varierer med program og utlysning.

### > HELSETJENESTEFORSKNING

Helsetjenesteforskningen er flerfaglig og benytter både kvalitative og kvantitative metoder. Forskningen har en viktig rolle i å gi grunnleggende innsikt i helse- og omsorgstjenestens funksjon og samspillet mellom nivåer og aktørgrupper i tjenesten. Pasientenes behov for koordinerte tjenester må

stå i sentrum. En særlig utfordring er å stimulere til forskning i og om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og om samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Helsetjenesteforskning er et langsiktig satsingsområde for helseforvaltningen og Forskningsrådet. Det meste av tjenesteforskningen ligger i programmet Helse- og omsorgstjenester. Men det er flere programmer som også omfatter aspekter ved pleie og omsorg, som for eksempel Psykisk helse, Klinisk forskning og Folkehelse. Alle som arbeider med ideer til forskningsprosjekter bør sette seg inn i programplanene og utlysningene for de pågående helseforskningsprogrammene, og se hvor prosjektet kan passe best inn.

### > NY SATSING

Forskningsrådet har også foreslått en ny stor satsing med tittelen «Flere aktive og sunne år». Denne satsingen skal prioritere forskning på temaer som blir vesentlig viktigere med et større antall eldre og en høyere andel eldre i befolkningen. Kjernen i denne satsingen blir et nytt stort program: «Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester». En programforberedende gruppe er i gang med å utarbeide et forslag til programplan.

Forskningsrådet er opptatt av å bidra til god kvalitet i forskningen innenfor hele helse- og omsorgstjenestefeltet, av å skape et bedre kunnskapsgrunnlag for planlegging, prioriteringer, organisering, finansiering, ledelse og utvikling av gode helse- og omsorgstjenester, alt dette i samspill med brukere, helsepersonell og lokalsamfunn. De siste årene er det lagt stadig større vekt på å få fram kunnskap om de kommunale tjenestene, og å ha et brukerperspektiv når forskningsspørsmålene formuleres og ikke minst involvere praksisfeltet aktivt i forskningen.



## Contents >>

<b>Editorial:</b> Good working environment and patient safety .....	303
<b>Contributions:</b>	
Hege Gjessing: Researching is creative work .....	304
Anne Moen: Drop talents forward! .....	307
<b>Summarised research:</b>	
Cochrane .....	308
Research news .....	312
<b>Research articles:</b>	
Italian male nurses' stories of their professions. By Kari Nyheim Solbrække, Elisabeth Fransson and Kristin Heggen .....	314
Comment: Mature men choose nursing. By Eirik Aldrin .....	323
Elderly persons' experiences with hospital discharge. By Christina Foss, Dag Hofoss, Tor Inge Romøren, Line Kildal Bragstad and Marit Kirkevold .....	324
Validation of an instrument for measuring job satisfaction. By Irene Aasen Andersen and John Roger Andersen .....	334
Comment: Measurement of job satisfaction may improve nursing. By Marjolein Iversen .....	341
<b>Guidelines for antenatal care followed in Tromsø.</b> By Gunnbjørg Andreassen, Pål Øian, Trond Brattland and Ellen Blix .....	342
Comment: Continuity is important in prenatal care. By Hege Maria Aas .....	349
Parenting groups when the child has major disabilities. By Bente Berg and Anita Strøm .....	350
Comment: We need to know what parents need. By Bjørn Lerdal .....	356
Evidence-based assessment of delirium in intensive care. By Britt Sjøbø, Birgitte Graverholt and Gro Jamtvedt .....	358
Comment: We need procedures that can be used. By Stein Johansen .....	369
Are the guidelines for health care services' uniforms based upon research? .....	370
Comment: Very different practices for jewellery use. By Jorunn Eid .....	378
<b>How can nurses promote patient involvement in post-operative pain management?</b> .....	380
Comment: Challenging to understand the patient's pain experience. By Anne Kristine Sørstrøm .....	388
<b>Research in practice</b> .....	390
<b>Research Interview</b> .....	392
<b>New and useful</b> .....	394



## Innhold >>

<b>Leder:</b> Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet .....	303
<b>Innspill:</b>	
Hege Gjessing: – Å forske er kreativt arbeid .....	304
Anne Moen: Slepp talenta fram! .....	307
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	308
Forskningsnytt .....	312
<b>Forskningsartikler:</b>	
Mannen og kallet: En kulturanalytisk studie av mannlige italienske sykepleieres yrkesidentitet. Av Kari Nyheim Solbrække, Elisabeth Fransson og Kristin Heggen .....	314
Kommentar: Modne menn velger sykepleie. Av Eirik Aldrin .....	323
Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. Av Christina Foss, Dag Hofoss, Tor Inge Romøren og Line Kildal .....	324
<b>Validering av eit måleinstrument for jobbtilfredsheit.</b>	
Av Irene Aasen Andersen og John Roger Andersen .....	334
Kommentar: Måling av jobbtilfredsheit kan bedre sykepleien. Av Marjolein Iversen .....	341
Retningslinjer for svangerskapsomsorgen følges i Tromsø. Av Gunnbjørg Andreassen, Pål Øian, Trond Brattland og Ellen Blix .....	342
Kommentar: Kontinuitet er viktig i svangerskapsomsorgen. Av Hege-Maria Aas .....	349
Foreldregrupper når barnet har store funksjonsnedsettelse. Av Bente Berg og Anita Strøm .....	350
Kommentar: Vi må vite hva foreldrene trenger. Av Bjørn Lerdal .....	356
Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. Av Britt Sjøbø, Birgitte Graverholt og Gro Jamtvedt .....	358
Kommentar: Vi trenger brukbare prosedyrer. Av Stein Johansen .....	369
<b>Er retningslinjer for arbeidsantrekk i helsetjenesten forskningsbaserte?</b>	
Av Solveig Breivik, Annie Karlsen og Tove Larssen .....	370
Kommentar: Svært ulik praksis for smykkebruk. Av Jorunn Eid .....	378
Akselererte pasientforløp: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? Av Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian og Marit Leegaard .....	380
Kommentar: Utfordrende å forstå pasientens smerteopplevelse. Av Anne Kristine Sørstrøm .....	388
<b>Forskning i praksis</b> .....	390
<b>Forskerintervju</b> .....	392
<b>Nytt og nyttig</b> .....	394