

# Forskning

01|13



Mangler ved medisinerings  
i sykehjem

14



Raskere utskrivning fra sykehusene er ett av poengene med samhandlingsreformen. Kommunene får dermed ansvar for syke pasienter enn tidligere. I dette nummeret av **Sykepleien Forskning** presenterer vi en studie fra ett sykehjem i Bergen som avdekker mangler ved medisineringen. I hvilken grad funnene gjelder for flere sykehjem er usikkert, men studien avdekker behov for kompetanse hos ansatte ved sykehjem og at medikamenthåndtering bør kvalitetsikres.



Foto: Erik M. Sundt

## REDAKSJONSKOMITÉ:



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



**Kristin Halvorsen**  
Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



**Liv Wergeland Sørbye**  
Professor ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo.



**Per Nortvedt**  
Professor ved Universitetet i Oslo.



**Øyvind Kirkevold**  
Professor ved HiG og ass. forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten.



**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 OUS.



**Tone Rustøen**  
Seniorforsker ved OUS og professor ved Universitetet i Oslo.



**Lars Mathisen**  
Rektor ved Lovisenberg diakonale høyskole.



**Ådel Bergland**  
Førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole.

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

### Sykepleien Forskning

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

#### Ansvarlig redaktør:

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

#### Redaktør: Anners Lerdal

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

#### Assisterende redaktører: Liv Merete Reinar

[livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no](mailto:livmerete.reinar@kunnskapssenteret.no)

**Kristin Halvorsen** [kristin.halvorsen@lhioa.no](mailto:kristin.halvorsen@lhioa.no)

**Øyvind Kirkevold** [oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no](mailto:oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no)

**Ådel Bergland** [adel-bergland@ldh.no](mailto:adel-bergland@ldh.no)

#### Redaksjonssekretær: Susanne Dietrichson

[susanne.dietrichson@sykepleien.no](mailto:susanne.dietrichson@sykepleien.no)

#### Markedssjef: Ingunn Roald

[ingunn.roald@sykepleien.no](mailto:ingunn.roald@sykepleien.no)

#### Statistiker: Guri Feten

[guri.feten@bfk.no](mailto:guri.feten@bfk.no)

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

#### Utgivelsesplan 2013:

9/5, 5/9, 5/12

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

# Ansvar og kompetanse bør samsvare

I dette nummeret av Sykepleien Forskning tar helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre til orde for at sykepleieres ansvarsområde utvides til å lede poliklinikker. Oppgavene mellom profesjonene bør fordeles på en bedre måte og samarbeidet profesjonene imellom bør øke, ifølge Støre. Disse forslagene ble også løftet frem i talen om politiske mål og forventninger til spesialisthelsetjenesten som han holdt til sykehusene 30. januar i år.

I dag er det krav om at profesjonelle helsearbeideres praksis skal være kunnskapsbasert. Dette gjelder naturligvis også når sykepleiere og andre yrkesgrupper får nye ansvarsområder. Derfor har yrkesgrupper som skal ivareta nye funksjoner og ansvar behov for spesialisert opplæring og utdanning. Ministeren antyder også dette når han understreker viktigheten av at alle virksomheter utarbeider planer for kompetanseutvikling.

Hvem skal nå ta initiativ til å utvikle de kliniske spesialiserte utdanningene sykepleiere trenger for å fylle nye funksjoner? Vil høyskolene eller universitetene gjøre dette innenfor et normalt mastergradsutdanningsløp, eller vil sykehusene starte opp nye bedriftsinterne utdanninger? Dette er viktige spørsmål. Hvis høyskolene lager nye spesialistutdanninger, er det naturlig at dette skjer innenfor dagens utdanningsstruktur, at

utdanningen gir formelle studiepoeng og at studentene får uttelling i en mastergrad. Kravet til høyskolene bør i så fall være at utdanningene gir handlingskompetanse og setter sykepleierne i stand til å utøve nye oppgaver. Alternativt vil sykehusene sette i gang interne undervisningsprogram for å ivareta disse behovene. Erfaringer har imidlertid vist at bedriftsinterne utdanninger gir liten eller ingen formell uttelling i den etablerte gradsstrukturen.

Når yrkesgrupper i sykehus får nye ansvarsområder, er det viktig å få kunnskap om hvilke konsekvenser dette får for pasientene. Dette kan blant annet skje gjennom virksomhetenes kvalitetssikringssystemer. Metodene bør holde vitenskapelig standard, og data som rapporteres bør være så sensitive at de fanger opp faktiske endringer i pasientresultater og -erfaringer. Helseministerens varslede utvidelse av sykepleieres ansvarsområde likner på ordninger som allerede er etablerte i andre land. For at endringen skal bli vellykket, er det nødvendig med kompetanseheving hos sykepleierne og en god dokumentasjon av konsekvensene.

*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.

Jonas Gahr Støre

f. 1960

Helse- og omsorgsminister. Fhv. utenriksminister, generalsekretær i Røde Kors, stabssjef i WHO

# Vi må bruke verdiene bedre

› Vi har store verdier i den norske helsetjenesten. Den viktigste er fagfolkene. Jeg mener at vi kan bruke kompetansen deres bedre.

I år skal vi bruke 115 milliarder kroner på drift og aktivitet ved norske sykehus. Det er fellesskapets investering i en sterk sykehussektor som kommer oss alle til gode. Men sykehusenes sterke stilling er avhengig av at vi greier å opprettholde tilliten. Den er avhengig av at fellesskapet prioriterer store ressurser. Og den er avhengig av at vi gir sykehusene arbeidsrommet de trenger for å utdanne fagfolk, drive forskning, ivareta akuttfunksjoner – alt dette sammen med hovedoppgaven som er å behandle pasienter.

Den fineste verdiskapingen man kan tenke seg finner sted på sykehusene. For meg er fellesskapets sykehus en bærebjelke i selve ideen om velferdsstaten og det felles ansvaret vi har for at alle i hele landet skal få trygghet og helsetjenester av høy kvalitet. Dette forplikter. Derfor mener jeg vi hele tiden bør strekke oss for å organisere sykehusene på best mulig måte – først og fremst

for pasienten – og for alle jobber på sykehusene. Jeg har varslet flere grep.

På sykehusene våre står lokaler og utstyr for milliarder av kroner ubrukt store deler av døgnet. Det er dårlig utnyttelse av fellesskapets ressurser. Mange pasienter ønsker å ha mulighet for besøke poliklinikken, ta røntgenundersøkelser og blodprøver etter arbeidstid. Det er i liten grad mulig i dag fordi den planlagte aktiviteten ved sykehusene avsluttes tidlig på ettermiddagen. Jeg vil utrede hvordan vi kan bruke bygninger, utstyr og personell bedre. Finne ut hva vi kan oppnå – og hva det vil kreve av oss – dersom vi utvider åpningstidene for planlagt virksomhet til for eksempel klokken 21.00. De ansattes organisasjoner og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter er kjent med ambisjonen; å styrke sykehusenes posisjon og evne til å møte befolkningens behov. Men utvidet åpningstid hjelper lite hvis det ikke er folk på

jobb. SSB anslår at vi i hele helse- og omsorgssektoren kan mangle 57 000 helsefagarbeidere og 28 000 sykepleiere i 2035. Samtidig har vi allerede en stor arbeidskraftreserve i alle som arbeider deltid i sykehusene.

Å legge om fra deltid til heltid er viktig for å utnytte kompetansen vi har. Men det er også viktig for å sikre bedre kontinuitet i behandlingen. Ikke minst er det viktig for å sikre rekruttering. Hvordan skal vi greie å rekruttere unge til utdanning og arbeid i helsesektoren hvis de blir avspist med en deltidsstilling? Det er et godt spørsmål. Vi må legge heltidsstillinger til grunn når vi planlegger kompetanseutvikling og bemanning ved sykehusene. Selvsagt skal det fortsatt være mulig å jobbe deltid om man har særlige behov som tilsier det. Men sykehusene som arbeidsplasser må være basert på hele stillinger, fordi det best sikrer kapasitet og kvalitet.



Arkivfoto: Marit Fonn

” Den fineste verdiskapingen man kan tenke seg finner sted på sykehusene.

Vi vil også ha bedre oppgavefordeling mellom dem som jobber på sykehusene. Det er mange profesjoner på sykehusene våre. Noen ganger er kompetansen unik for profesjonen, andre ganger ikke. I moderne pasientbehandling må yrkesgruppene i økende grad samarbeide tettere, på tvers og i team. Vi har for eksempel åpnet for at sykepleiere kan lede poliklinikker. Det er en mulighet enda flere sykehus bør se nærmere på. Det trengs en ny mentalitet for hvordan vi innretter oss for å løse oppgavene. Det viktige er at pasientbehandlingen kan gjennomføres på en forsvarlig måte og med høy kvalitet. For eksempel tror jeg at helsefagarbeidere kan utføre flere oppgaver enn i dag. Det samme kan sykepleiere, radiografer og andre høyskolegrupper. Planer for å utvikle personellens kompetanse er viktig for alle virksomheter – også sykehusene. Alle virksomheter bør ha over-

sikt over behovet og en plan for kompetanseutvikling.

Ledelse er stadig tema når jeg besøker sykehusene. De som jobber tettest på pasienten opplever ofte at det er for stor avstand til beslutningene og ledelsen. Jeg er overbevist om at vi må forankre ledelsen i kjernen av sykehusets virksomhet – møtet med pasienten. Vi må tenke at den viktigste lederen i det daglige er førstelinjelederen, hun som gjør klar til operasjonen, organiserer akuttmottaket og klargjør klinikken. Det er henne alle andre må være til for hele veien. Vi ser at en over hundre år gammel profesjonsbasert organisering fortsatt preger styringen av sykehusene. Den har ikke samling av ressurser og innsats rundt pasienten som styrende prinsipp. Det må vi jobbe målrettet for å forbedre.

Når jeg møter fagfolk på sykehusene, får jeg også høre om rapporteringspresset. Summen av signaler, mål og rapporteringer

blir for stor. Det er byråkratisk og arbeidskrevende. Ledere og ansatte i sykehusene mener at dette tar oppmerksomhet bort fra pasientene. Helsesektoren finansieres av fellesskapets midler. Da må vi ha rutiner for å rapportere tilbake om at pengene er forsvarlig brukt. Men det må ikke brukes unødig tid på dette. Derfor er vi i gang med «prosjekt overrapportering». Vi kartlegger omfang og tidsbruk på dokumentasjon, registrering og rapportering i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med representanter for arbeidslivsorganisasjonene. Sammen skal vi trekke slutninger om hvordan vi kan effektivisere rapporteringen.

Skal vi bruke fagfolkene på sykehusene bedre må vi sørge for at de bruker tiden sin på de viktigste tingene. Dette kan vi klare! Det er mange meninger om både arbeid og organisering. Men ett bør vi være enige om: Det aller viktigste er pasientens beste!



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

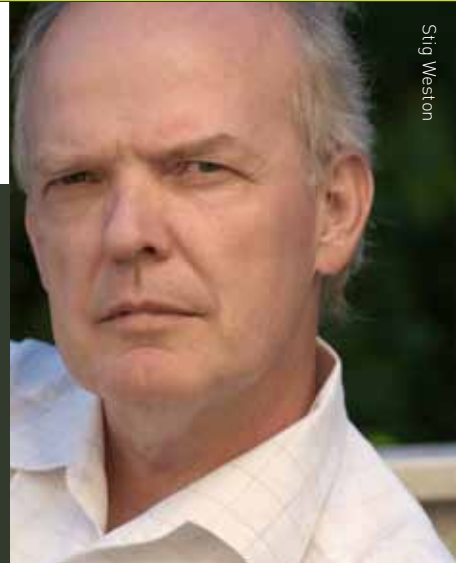
Vi publiserer nyttestoff som hjelper deg å komme i gang. Sjekk skrivetipsene under nyttestoff på nettsiden til Sykepleien forskning. Her finner du informasjon om hvordan en vitenskapelig artikkel er bygget opp og hva de enkelte delene bør inneholde.

Eksempler på tema:

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

Øyvind Kirkevold

Professor ved HiG og  
ass. forskningssjef ved  
Nasjonalt kompetanse-  
senter for helsetjenesten



Stig Weston

## God demensomsorg handler om ledelse

> En viktig metode for å bedre kvaliteten på tjenestene til personer med demens har vært å øke kunnskap og ferdigheter hos den enkelte pleier.

God omsorg skjer i møte mellom pleier og pasient og avhenger av pleierens kunnskap om demens. Forståelse for situasjonen og evne til empati og kommunikasjon er viktig. Dette møtet skjer ikke i et vakuum, men i et miljø, mer eller mindre tilrettelagt for gode møter mellom pleier og pasient, pasient og pasient, pleier og pleier og pleier og pårørende. Hvor godt tilrettelagt miljøet er, vil i stor grad være avhengig av hvilket rom organisasjonen gir til å utvikle gode omsorgskulturer.

Man har i de siste årene gjort stor innsats for å øke personalets kompetanse i demensomsorgen. Over 10000 kommunale helsepersonell har vært gjennom demensorgens og eldreomsorgens ABC. Man har gjennomført program med veiledning og opplæring av personell. Både

grunnutdanninger og videreutdanninger i helsefag har tatt inn miljøbehandling og personsentrert omsorg i sine programmer. Det er imidlertid grunn til å stille spørsmål om hvordan den økte kunnskapen forvaltes på den enkelte arbeidsplass.

For å nyttiggjøre seg kunnskapen den enkelte pleier får om demens og god demensomsorg, må det ofte gjøres endringer på den enkelte arbeidsplass. Det er ikke nok at slike endringer er administrativt forankret i ledelsen, man trenger også ledelsens fulle forståelse og støtte. Bare slik kan man gjennomføre endringer i turnus, nye sammensetning av pasientgrupper og omdisponere personell. Det er behov for at ikke bare mellomledere, men også ledere på høyt nivå, har kunnskap om og for-

ståelse for de spesielle utfordringene som demensomsorgen står overfor.

Flere kommuner har få ledere i forhold til antall ansatte. Sykehjemsavdelinger blir delt opp i poster med fagspesifikke funksjoner som skjermete enheter, rehabilitering, terminalomsorg, langtidsposter og så videre, men ofte uten at det er egne fagansvarlige ledere på hver post. Avdelingslederen som har ansvar for flere poster blir stadig pålagt nye administrative oppgaver som spiser deres tid og oppmerksomhet. For å ta i bruk forskningsresultater om hva som er god demensomsorg, trenger vi derfor mer forskning om hvilke organisatoriske modeller som fremmer god demensomsorg, og hvilken kunnskap og rolle ledere må ha i organisasjonen.

# Utskrivingsplan kan gi færre reinnleggelser

Pasienter som ligger på sykehus kan ha nytte av at de får en individuell utskrivingsplan. Dette kan forebygge reinnleggelser og korte noe ned på sykehusoppholdet. Slik konkluderer forfatterne av en nylig publisert systematisk oversikt.

Innleggelser i sykehus er forbundet med store kostnader, særlig for akutte innleggelser. Det er trender for å redusere lengden på sykehusopphold, redusere antall langtidsopphold, flytte omsorg fra sykehus til hjemmekommunen, øke bruk av polikliniske tjenester, tilby akutthjelp ute i hjemmekommunene og for eksempel tilby individuelle utskrivingsplaner.

Planlegging av utskrivning er å utvikle en individuell utskrivingsplan for pasienter før de reiser hjem. Det kan være et enkeltstående tiltak eller det kan være en del av et sammensatt tiltak, for eksempel av det som tilbys ved en slagenhet eller geriatrikisk enhet. Utskrivingsplan

kan også omfatte tjenester utenfor sykehus som hjemmetjenesten og sykehjem og inkludere støtte etter utskrivning.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte 24 studier som sammenliknet individuell utskrivingsplan med rutinemessig utskrivning og fant at individuell utskrivingsplan:

- Kan redusere antall reinnleggelser innen tre måneder etter utskrivning
- Kan redusere liggetiden på sykehus med rundt ett døgn
- Det er uklart om utskrivingsplan har noen effekt på helse

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har laget en ny oversikt over randomiserte studier som har undersøkt effekten av å lage en individuell utskrivingsplan for pasienter i forkant av utskrivningen fra sykehus. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser,

og fant 24 studier med til sammen 8098 pasienter. Studiene ble publisert mellom 1987 og 2011. Studiene hadde stort sett god metodisk kvalitet. Pasientene var innlagt på medisinsk, geriatrikisk, kirurgisk eller psykiatrisk avdeling. Tiltakene var særlig knyttet til medikamentgjennomgang og -vurdering. Ni av studiene brukte en «utskrivingsadvokat» som gjerne var en sykepleier.

## KILDE

Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1.

Skrevet av Liv Merete Reinar, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten







# Vitamin C og forkjølelse

Rutinemessig bruk av Vitamin C forebygger ikke forekomsten av forkjølelse. En terapeutisk dose eller en kort kur kan forkorte forløp av forkjølelse noe. Personer som skal gjøre noe svært anstrengende, som å løpe maraton, kan ha nytte av vitamin C for å forebygge forkjølelse. Slik konkluderer forfatterne av en oppdatert Cochrane systematisk oversikt.

Forkjølelse er en vanlig årsak til legebesøk og en svært vanlig årsak til sykefravær fra skole og jobb. Svært mange virustyper kan forårsake forkjølelse og forkjølelsen har mange symptomer (rennende og tett nese, nysing og hoste, sår hals, feber, hodepine og sår øyne). Disse symptomene varierer fra person til person og fra gang til gang.

Vitamin C (askorbinsyre) for å forebygge og behandle alminnelig forkjølelse har vært kontroversielt i 70 år. Noen tidlige placebokontrollerte studier konkluderte med at vitamin C kunne forebygge og forkorte forløp av vanlig forkjølelse.

## HVA SIER FORSKNINGEN?

Forfatterne inkluderte 29 studier som sammenliknet Vitamin C med placebo og fant følgende resultater:

- Rutinemessig bruk av vitamin C reduserer ikke forekomsten av forkjølelse
- Vitamin C kan være nyttig for personer som utsettes for anstrengende fysisk aktivitet (som å løpe maraton eller å gå langt på ski)
- Vitamin C er billig og sikkert
- Individuer kan velge å teste ut om regelmessig bruk av vitamin C forkorter forløp av forkjølelse, noen studier tyder på det
- Én studie rapporterte god effekt av 8 gram terapeutisk dose ved starten av en forkjølelse og et par andre fant god effekt av en femdagers kur, forløpet ble noe kortere

## HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har oppdatert en oversikt over studier som har undersøkt effekten av vitamin C, tatt dosert med minst 0,2 gram per dag,

enten som regelmessig forebygging eller som behandling ved begynnende forkjølelse. Forskerne gjorde systematiske søk i flere databaser, og fant 29 studier med til sammen 11306 deltakere. Studiene ble publisert mellom 1942 og 2011. Studiene hadde stort sett god metodisk kvalitet. Deltakerne var gjerne studenter, idrettsutøvere, militære, generell befolkning, ungdom og voksne, men ikke barn. Hovedvekten var placebokontrollerte dobbeltblinde randomiserte kontrollerte studier.

## KILDE

Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1.

Skrevet av **Liv Merete Reinar**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten





Illustrasjon: Lene Ask

# Forskningsnytt

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

## Kunnskap om forskning hos sykepleiere på sykehus

På tross av at sykepleierne hadde en del kunnskaper om forskning var ferdighetene begrenset. Dette går frem av studien av sykepleiere i kliniske stillinger sin kunnskap om forskningsprosessen.

Studien hadde et utforskende tverrsnittsdesign. Artikkelen er en del av en større studie av kliniske sykepleieres forskningskapasitet.

Utvikling av forskningskapasitet omhandler å stimulere personer og avdelinger til å gjennomføre forskningsaktiviteter og inkludere tilrettelegging av infrastruktur, arbeidsmiljø og -kultur og troverdighet. Av de 600 sykepleierne som arbeidet ved et norsk universitetssykehus og som ble invitert til studien, valgte 61 prosent å delta.

Ifølge artikkelen ble data samlet inn ved hjelp av et spørreskjema med 59 spørsmål. Disse omhandlet syv faser av forskningsprosessen. Svaralternativene var enten åpne og ga muligheter til frie kommentarer eller hadde avkryssingsmuligheter på en fempunkt Likert skala.

Blant deltakerne vurderte 77,7 prosent at deres kunnskaper om forskningsprosessen var svak eller akseptabel, 19,6 prosent ganske god, 7,6 god eller meget god. Sykepleiere som var involvert i forskning utgjorde 7,6 prosent, hvor av 4,1 prosent av

disse oppga at de ønsket å involvere seg mer i forskning. De fem områdene som sykepleierne oppga at de hadde mest kunnskaper innenfor var «etiske vurderinger», «gjennomføre intervjuer», «få tilgang til relevant litteratur», «holde oversikt over litteraturen som var analysert» og «å ta feltnotater». Tilsvarende fem områder som de hadde minst kunnskaper om var «å vurdere samsvar i skåringer mellom ulike observatører/skåringene», «å gjennomføre pilottesting av datainnsamlingsverktøy for å vurdere samsvar i skåringer, sensitivitet og spesifisitet», «finne og vurdere konfunderende variabler, «finne eksterne finansieringskilder» og «bruke elektroniske statistikkprogram».

### REFERANSE:

Akerjordet K, Lode K, Severinsson E. Clinical nurses' research capacity in a Norwegian university hospital: part 2. J Nurs Manag 2012;20:824–32.

### KOMMENTAR

Helsevesenet har et ansvar for å utvikle kvalitetssikringsstudier. For at funn fra disse skal være gyldige må metodene som brukes og gjennomføringen for øvrig være like systematiske som i forskningsstudier. For at sykepleiere skal ha en rolle i kvalitetssikring, må institusjonene ansette sykepleiere med forskningskompetanse og utvikle infrastruktur og en lederskapskultur som stimulerer til å stille spørsmål om egen praksis og utarbeide gode kvalitetssikringsstudier.

## Psykososiale reaksjoner etter hjerneslag

Etter hjerneslag strevde den rammete med å gjeninnta tidligere sosiale roller. Dette er ett av funnene i studien til Randi Martinsen og kolleger. Hensikten med studien var å utforske hvilke konsekvenser et hjerneslag har på den rammedes roller i og samhandling med familien i tiden etter slaget.

Problemstillingen ble søkt besvart ved et prospektivt hermeneutisk-fenomenologisk longitudinelt forskningsdesign. Pasienter mellom 18 og 67 år ble rekruttert til et hensiktsmessig utvalg, hovedsakelig ved hjelp av en annonse på nettstedet til en interesseorganisasjon for slagrammete.

Noen ble også spurt gjennom kjente. Man forsøkte å få spredning på deltakernes alder, kjønn, sosial status og tid siden hjerneslaget. Rekrutteringen pågikk inntil forskerne erfarte at nye intervjuer ikke bidro med ny informasjon om fenomenet de studerte.

Det endelige utvalget besto av 22

> 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)

## Etiske problemstillinger i arbeid med demens

Å forstå og reagere på pasientenes uttrykk og gjensidighet i forholdet mellom pasient og helsearbeidet var kjennetegn på god kvalitet. Dette var et av de sentrale funnene i studien som hadde til hensikt å beskrive helsearbeideres erfaringer med etiske utfordringer i arbeidet med personer med demensdiagnose.

Studien har et utforskende fenomenologisk hermeneutisk forskningsopplegg og er en del av en større studie av hospiceverdiene i demensomsorgen. Data ble innsamlet ved hjelp av narrative intervjuer. Intervjuene startet med at informantene ble bedt om å fortelle en historie som ut fra deres erfaring illustrerte god kvalitet på omsorgen av personer med demens. Denne intervjuformen kjennetegnes ved at informantene forteller sin historie mest mulig fritt og uten å bli styrt av intervju-

eren. Informantene fikk korte oppfølgingsspørsmål hvor de ble bedt om å utdype elementer ved historien de fortalte eller begrepene de brukte. Intervjuene varte fra 25 til 35 minutter, ble tatt opp på bånd og transkribert til tekst. Tekstanalysene ble gjennomført i tre trinn: naiv lesning, strukturell lesning og helhetlig lesning.

Ni kvinnelige og tre mannlige helsearbeidere ved to norske sykehjem deltok i undersøkelsen. Informantene var mellom 32 og 56 år. Fire var sykepleiere og åtte var hjelpepleiere. Analysen konkluderte med tre hovedtema: Det første handlet om å oppfatte pasientens uttrykk. Dette innebar å akseptere pasienten som et individ og en sensitiv oppmerksomhet. Å forstå pasientens uttrykk beskrev det andre temaet. Dette innbefattet forståelsen av pasientens emosjonelle og kroppslige uttrykk.

Gjensidighet framgikk som tredje hovedtema, hvilket innebar å vise gjensidighet gjennom kroppslige uttrykk og å vise anerkjennelse.

**REFERANSE:**

**Sellevold GS, Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sorlie V.** Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics. *Nurs Ethics* 2013. Doi: 10.1177/0969733012462050.

Funnene omhandler blant annet gjensidighet i forholdet mellom den demente og helsearbeideren. Ifølge helsearbeiderne er dette et kjennetegn på kvalitet. Mens flere internasjonale forskningsstudier omhandler personsentrert omsorg, er det en utfordring å få dette til i praksis.

KOMMENTAR

personer i alderen 20 til 61 år hvorav 15 var menn. Tid siden hjerneslaget varierte fra seks måneder til ni år. Intervjuene varte fra 48 til 120 minutter. Forskeren som intervjuet brukte en tematisk intervjuguide med åpne spørsmål. Tekstmaterialet ble analysert ut fra Ricoerss narrative fenomenologiske fortolkende teori.

Informantenes fortellinger fulgte tidslinjen fra hjerneslaget frem til intervjudisputpunktet. Analysen konkluderte med to hovedtemaer. Det første var kampen for å komme tilbake til familielivet. Dette omhandlet blant annet å innse egne begrensninger og behov for å beskytte seg selv. Det andre omhandlet et skrikende behov for aksept.

**REFERANSE:**  
**Martinsen R, Kirkevold M, Sveen U.** Younger stroke survivors' experiences of family life in a long-term perspective: a narrative

hermeneutic phenomenological study. *Nurs Res Pract* 2012;2012:948791.

Studien gir innsikter i slagrammetes liv etter hjerneslaget med utgangspunkt i den slagrammetes erfaringer. Kunnskapen om slagrammetes hverdag sett fra den slagrammete selv er viktig for eksempel ved planlegging og gjennomføring av rehabilitering, samt lærings- og mestringstilbud til slagrammete.

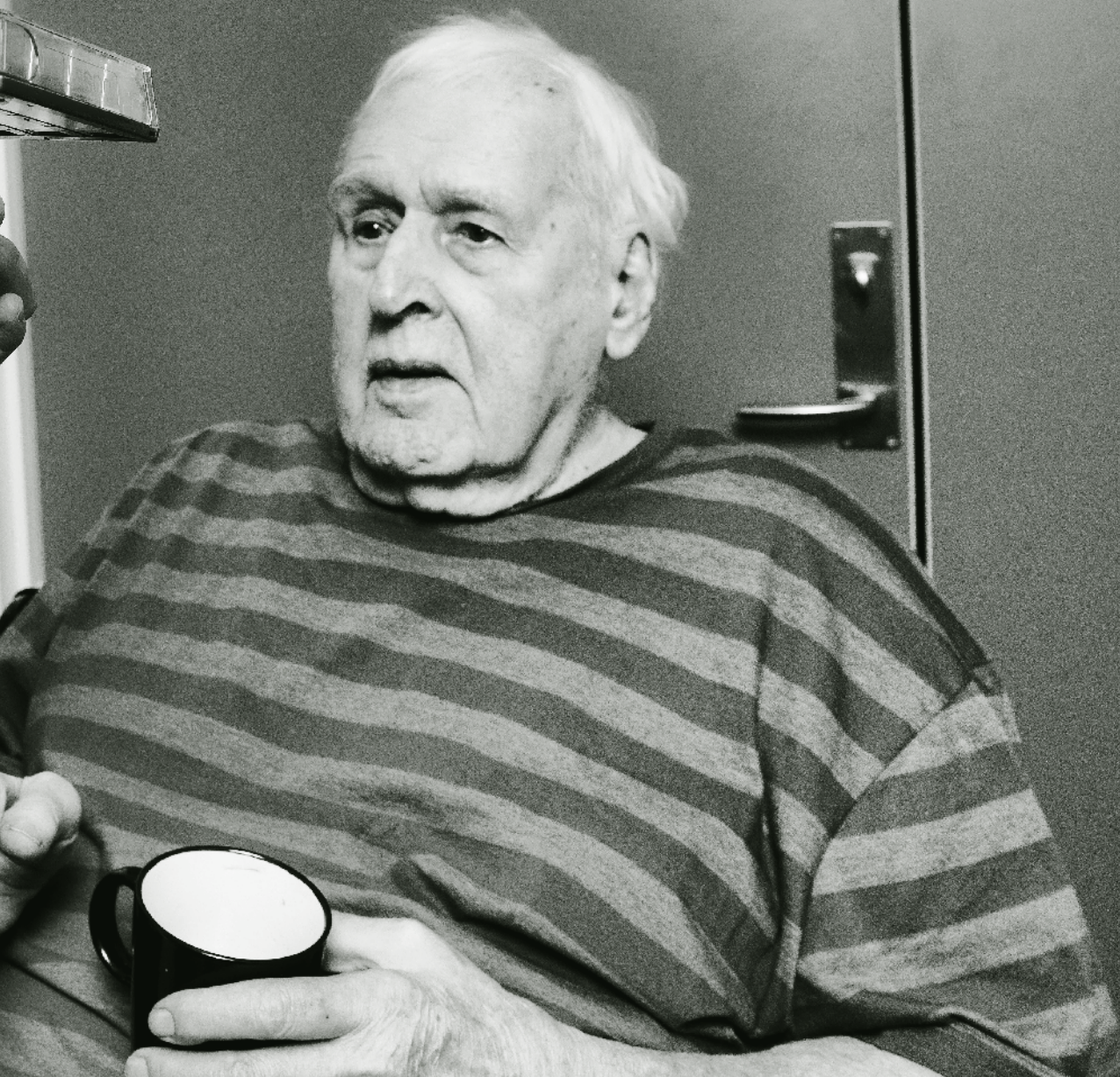
KOMMENTAR



# MANGLER VED MEDISINERING I SYKEHJEM



Foto: Erik M. Sundt





Illustrasjon sfoto: Erik M. Sandt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** For å sikre sykehjems-pasienter effektiv og forsvarlig legemiddelbehandling, kreves hensiktsmessige rutiner for forskrivning, håndtering og effektdokumentasjon både av legemidler gitt fast og ved behov. Vår kunnskap om forholdene rundt behovsmedisinering er begrenset.

**Hensikt:** Få kunnskap om behovsmedisinering ved å kartlegge forskrivning og utlevering av behovslegemidler ved ett utvalgt sykehjem, samt undersøke hvor ofte og hvordan effekten av gitte behovslegemidler ble dokumentert.

**Metode:** Vi undersøkte 15 ukers-prevalensen av foreskrevne og utleverte behovslegemidler, samt dokumentasjon av effekt for disse gjennom innsamling av data fra legemiddelkort, elektronisk pasientjournal og kviteringsark fra 108 pasienter ved ett sykehjem i Bergen. Deskriptive analyser ble utført i SPSS.

**Resultater:** Pasientene fikk i gjennomsnitt forskrevet fire behovslegemidler hver i løpet av studieperioden. To av tre foreskrevne legemidler ble imidlertid aldri gitt til pasientene

mens studien pågikk. Dokumentasjon av effekt for utleverte behovslegemidler var mangelfull, både når det gjaldt kvantitet og kvalitet. Effekten ble dokumentert i 1/3 av tilfellene.

**Konklusjon:** Det er behov for hyppigere gjennomgang av legemiddelkortene med tanke på å endre, seponere eller forskrive behovslegemidler slik at ordinasjonene bedre gjenspeiler pasientenes faktiske behov. God effektdokumentasjon er en forutsetning for å kunne «skreddersy» legemiddelbehandling.

## ENGLISH SUMMARY

### Medication Needs in Nursing Homes: Prescribing, Use and Documentation of Effect

**Background:** To ensure safe and appropriate use of medicine at all hours for nursing home patients, good routines for prescribing handling and documentation of effects for P.R.N. medication must be established. We have little knowledge of how this is practiced today.

**Objective:** To document prescription and administration of P.R.N. medication in one nursing home, and to investigate how often, and how, the effects of P.R.N. medication are documented.

**Method:** We investigated the prevalence of prescribed and administered P.R.N. medications during 15 weeks, and observed the documentation of effects for these medications by collecting information from drug charts, the electronic patient record and medication administration records for 108 patients in one nursing home in Bergen, Norway. We used SPSS to analyse the collected data (descriptive statistics).

**Results:** Within the study period each patient had on average four different of P.R.N. medications prescribed on their drug chart. Two thirds of the prescribed P.R.N. medication was never administered to the patients during the 15 weeks.

The documentation of effects for the administered P.R.N. medication was inadequate, both regarding quantity and quality. The drug effects were documented in 1/3 of the cases.

**Conclusion:** There is a need for more regular review of the prescribed medication to change, stop or add P.R.N. medication so that the drug charts reflect the actual needs of the patients. Improved documentation of the effects of administered medication is a prerequisite for safe and tailored drug treatment.

**Key Words:** Medicine management, Quality, Nursing home, P.R.N. medication, Documentation.



## BEHOVSMEDISINERING I SYKEHJEM:

# >> Forskrivning, bruk og dokumentasjon av effekt

Forfattere: Stine Wang Rønningen, Kjersti Bakken, Anne Gerd Granås

### NØKKELORD

- Medisin håndtering
- Kvalitet
- Sykehjem
- Legemidler
- Dokumentasjon

### BAKGRUNN

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet, og den stadig voksende gruppen av eldre står for størstedelen av legemiddelbruken (1). I de fleste vestlige land defineres gruppen eldre som personer som er 65 år eller eldre (2). I 2011 fikk ni av ti eldre her i landet ett eller flere legemidler på resept, og 57 prosent av de eldre legemiddelbrukerne fikk utlevert flere enn fem ulike legemidler (1). Samme år ble det omsatt legemidler for nærmere 19 milliarder kroner. Økende legemiddelbruk medfører ikke bare kostnader, men også uheldige hendelser som kan gi ekstra liggedøgn på sykehus, føre til skade på pasient og i verste tilfelle død (3). Det er derfor av stor betydning at legemiddelbehandling og -håndtering foregår på best mulig måte. Først og fremst av hensyn til pasientene det gjelder, men også for samfunnet som helhet. En særlig utsatt gruppe er

eldre på sykehjem. Her finner vi de sykeste eldre og omfattende legemiddelbruk. Tilstrekkelig kompetanse hos de ansatte til å håndtere legemidler og delta i legemiddelbehandling av pasient er en viktig forutsetning for pasientsikkerheten. Flere studier har i senere tid fokusert på legemiddelbehandling i sykehjem. Disse viser at gjennomsnittspasienten får forskrevet fra fem til 11,5 legemidler, avhengig av om både faste og behovslegemidler er inkludert og hvilken metode som er benyttet (4–7). Samtidig bruk av flere legemidler, såkalt polyfarmasi, øker risikoen for legemiddelrelaterte problemer (LRP), og tre av fire sykehjemspasienter har minst ett legemiddelrelatert problem (6). LRP defineres som «hendelser eller forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling og som faktisk eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt» (8, 9). De fleste studier gjort på dette feltet tar imidlertid for seg pasientenes faste legemidler, legemidler pasienten skal ta til forhåndsbestemte tidspunkter. Få studier har sett nærmere på forskrivning og reell bruk av legemidler som tas ved behov (også kalt «eventueltmedisin») (10–13). Behovsmedisinering representerer flere utfordringer for helsepersonell

i sykehjem. For det første må de som observerer pasienten ha god kjennskap til sykdommer og symptomer og tilstrekkelig legemiddelkunnskap. Det kan dessuten forekomme forskrivninger av flere ulike behovslegemidler med samme indikasjon på legemiddelkortene og de generelle skriftlige direktivene, samt uklare informasjon om dose og styrke (13). Dette legger et stort ansvar på sykepleier som tar beslutninger knyttet til utlevering. Samtidig bør pleierne kjenne pasientene godt for å kunne tolke pasientenes reelle behov, noe som kan være særlig utfordrende ved demens. Behovslegemidler deles

### Mer om forfatterne:

Stine Wang Rønningen har master i farmasi fra UiB og er ansatt ved Boots apotek, Kolbotn. Kjersti Bakken er førsteamanuensis ved institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Anne Gerd Granås er førsteamanuensis ved institutt for farmasi og bioingeniørfag, Høgskolen i Oslo og Akershus. Kontakt: stiwaro@hotmail.com.

### Hva tilfører artikkelen?

Artikkelforfatterne fant at dokumentasjonen av effekt av behovsmedisineringen ved sykehjemmet, der undersøkelsen ble gjennomført, var mangelfull både når det gjaldt kvantitet og kvalitet.

ut til alle tider på døgnet, og da vil bemanning og kompetanse hos dem som er på jobb ha stor betydning for beslutningstaking om å gi behovslegemidler, for utlevering og for observasjon av effekt hos pasientene etter inntak. Ofte er mange personer involvert i behovsmedisineringen; legen som har forskrevet legemidlet på legemiddelkortet eller i generelle skriftlige direktiv, helsefagarbeideren som observerer behovet for ekstra medisinering hos pasienten,

blir gitt har tiltenkt effekt eller ikke. Hvem som skal gjøre dette, eller hvordan, er ikke spesifisert ytterligere. Vi har ikke funnet forskning som omtaler effektdokumentasjon av behovslegemidler på sykehjem. Helsetilsynet har imidlertid gjennom flere tilsynsrapporter påpekt mangelfull journalføring av legemiddelbehandling, uvisshet om hvordan legemidlers virkninger og bivirkninger skal dokumenteres, samt uklårheter om hvor man kan finne viktige opplysninger i kom-

fått forskrevet behovslegemidler i løpet av perioden (n = 9).

Pasientenes journaler, i form av elektronisk pasientjournal (ved Løvåsen sykehjem brukes Geriatric Basis Dataset (GBD)) samt legemiddelkort og kvitteringsark for gitte legemidler, ble gjennomgått 15 uker tilbake i tid fra undersøkelsestidspunktet (1. oktober 2010 til 11. januar 2011). Følgende informasjon ble hentet inn: demografiske data, foreskrevne og utleverte behovslegemidler (inkludert preparatnavn, legemiddelsubstans, styrke og dose), dato og tidspunkt for foreskrevne og utleverte behovslegemidler samt dokumentasjon av effekt (det vil si hva pleiepersonellet noterte og hvor dokumentasjonen var nedtegnet). Både leger og pleiere har tilgang til å dokumentere i GBD. Nødvendige data ble lagt inn i SPSS versjon 18.0 for deskriptiv analyse. Legemidlene ble klassifisert etter ATC-systemet (17).

## ” En klar og entydig forskrivning må danne utgangspunktet for all legemiddelbehandling.

sykepleieren som tar beslutningene rundt utlevering, og helsefagarbeider eller sykepleier som deler ut legemidlet og i etterkant skal observere effekten av legemidlet. Vaktskifter kan bidra til enda flere involverte. Nødvendigheten av behovsmedisinering til den enkelte pasient bør vurderes fortløpende av legen i samarbeid med sykepleier. Sykepleier skal vurdere når utdeling kan skje, og personell med fullmakt kan forestå utdelingen etter først å ha konferert med sykepleier. Det skal kvitteres på eget skjema ved utlevering av behovsmedisin, og effekten skal registreres (14).

God skriftlig og muntlig kommunikasjon er av stor betydning ved de fleste aspekter av pasientbehandling. En klar og entydig forskrivning må danne utgangspunktet for all legemiddelbehandling. Entydig dokumentasjon av utdelte legemidler, og effekten av disse hos den enkelte pasient, er også viktig. Dette gjelder ikke minst ved behovsmedisinering. For å sikre effektiv og individuelt tilpasset legemiddelbehandling må behandlingsapparatet få tilbakemelding på om legemidlene som

binerte elektroniske og papirbaserte journaler (15). «Riktig legemiddelbruk i sykehjem» er da også valgt som ett av innsatsområdene i den pågående pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» (16). Hensikten med vår studie var å få kunnskap om forhold rundt behovsmedisinering, ved å kartlegge forskrivning og utlevering av behovslegemidler ved ett utvalgt sykehjem, samt undersøke hvor ofte og hvordan effekten av behovslegemidlene blir dokumentert.

### MATERIALE OG METODE

Vi har foretatt en kartlegging av forskrivning og bruk av behovslegemidler, samt dokumentasjonen av disse legemidlenes effekter hos pasientene ved ett sykehjem. Vi benyttet pasientdata fra Løvåsen undervisningssykehjem i Bergen. Sykehjemmet ble valgt av Bergen kommune i samarbeid med sykehjemsledelsen. Vi inkluderte journaldata fra 108 av totalt 125 inneliggende pasienter. 17 pasienter ble ekskludert da disse enten hadde vært på sykehjemmet i mindre enn 14 dager eller innlagt på korttidsavdelinger (n = 8), eller ikke hadde

### ETIKK OG PERSONVERN

Prosjektet var ikke fremleggingspliktig for REK, da de klassifiserte studien som et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet ble meldt til Datatilsynet etter gjeldende regler og godkjent av Bergen kommune før det ble gjennomført.

### RESULTATER

Til sammen 108 pasienter, hvorav 60,2 prosent var kvinner, ble inkludert i analysene (tabell 1). Gjennomsnittsalderen var 84,5 år, og hver pasient hadde om lag fem diagnoser (median).

### Hvilke og hvor mye behovslegemidler forskrives?

Til de 108 pasientene var det totalt forskrevet 445 legemidler «ved behov» på legemiddelkortene, gjennomsnittlig 4,1 fore-

**TABELL 1: Pasientkarakteristika**

	n (%)	Alder, gjennomsnitt (SD)	Antall behovslegemidler, gjennomsnitt (SD)	Antall diagnoser, median (variasjonsbredde)
Menn	43 (39,8)	80,0 (9,4)	4,4 (2,5)	5 (2-11)
Kvinner	65 (60,2)	87,5 (8,2)	3,9 (3,0)	6 (1-12)
Totalt	108 (100)	84,5 (9,4)	4,1 (2,9)	5 (1-12)

SD: standardavvik

**TABELL 2: Hyppigst forskrevne behovslegemidler og utleveringsfrekvens**

ATC-nummer	Legemiddel-substans	Preparatnavn	Forskrevet		Utlevert	
			Antall ganger behovslegemidlene er forskrevet, N=445 n	Andel pasienter, N=108 %	Antall ganger behovslegemidlene er gitt, N=839 n	Andel pasienter, N=108 %
N02BE01	Paracetamol	Paracet, Paracetamol, Pamol, Panodil, Pinex	67	52,8*	152	39,8
N05BA04	Oksazepam	Alopam, Sobril	46	38,9*	82	23,1
N05CM02	Klometiazol	Heminevrin	33	26,9*	75	13,9
N05BA01	Diazepam	Valium, Stesolid, Vival	25	20,4*	120	6,5
N02AX02	Tramadol	Tramadol, Nobligan, Tramagetic	23	21,3	20	10,2
N05CF01	Zopiklon	Imovane, Zopiclone	21	19,4	55	7,4
C01DA02	Glyseroltrinitrat	Nitroglycerin, Nitromex, Nitrolingual, Minitran, Nitro-dur, Nitroven, Transiderm-nitro	19	17,6	11	4,6
N02AA01	Morfin	Dolcontin, Morfin, Morfinsulfat	19	15,7*	54	4,6
N02AA05	Oksykodon	Oxycodone, OxyContin, OxyNorm	16	13,9*	113	7,4
A03FA01	Metoklopramid	Afipran	15	13,9	41	6,5
Andre			161	-	116	-

\*Samme aktive substans er forskrevet flere ganger til samme pasient, i form av ulike preparatnavn eller ulike legemiddelformer, eller ved at legemidlet er startet, seponert og startet igjen i løpet av studieperioden.

skrevne behovslegemidler per pasient (SD=2,9) (tabell 1 og 2). Medianen var tre behovslegemidler per pasient (variasjonsbredde 1–19). På legemiddelkortene fantes det 57 ulike legemiddelsubstanser blant behovsforskrivningene. De ti hyppigst foreskrevne substansene finnes i tabell 2. Fra tabellen ser vi at enkelte legemiddelsubstanser er forskrevet til de samme pasien-

ter. Variasjonen var stor; fra null til hele 143 utleveringer per pasient over 15 uker.

### Dokumentasjon

#### Hvor ofte?

Det ble dokumentert effekt for 285 (34 prosent) av de totalt 839 utdelingene av behovslegemidler i perioden. I 58 tilfeller var det overlappende dokumentasjon, hvilket vil si at effekten

flere detaljer benyttet personalet henholdsvis 13 og 12 forskjellige ord/uttrykk i hver kategori. Mange av uttrykkene er tilnærmet like med omtrent samme betydning, men er formulert ulikt. Eksempler kan være «God» og «Bra», eller «Ingen effekt» og «Lite hjelp».

Det ble oftere nedtegnet spesifikke og utfyllende beskrivelser av effekt i det elektroniske pasientjournalssystemet (GBD) sammenliknet med kvitteringsarkene, der effekten vanligvis var beskrevet med ett eller to ord, eksempelvis «God», «God effekt», «Liten», og «Ingen».

**” 70 prosent av de foreskrevne legemidlene ble faktisk aldri utlevert til pasientene i løpet av de 15 ukene.**

tene flere ganger, for eksempel er paracetamol forskrevet 67 ganger til 57 pasienter. Dette betyr at samme behovslegemiddel enten er forskrevet flere ganger (startet, seponert og startet igjen) til samme pasient, eller at pasienten har fått oppført to ulike merkenavn med samme substans på legemiddelkortet, eksempelvis både Pinex® og Paracet®. I enkelte tilfeller observerte vi også forskrivning av ulike legemiddelformer med samme aktive substans, for eksempel både tablett og stikkpiller.

#### Hvor mye behovslegemidler utleveres?

135 (30 prosent) av de 445 behovslegemidlene som var forskrevet på legemiddelkortene ble utlevert til pasientene i løpet av perioden på 15 uker. Med andre ord ble 310 (70 prosent) av de foreskrevne behovslegemidlene aldri benyttet i løpet av studieperioden. Samlet ble det utlevert behovslegemidler 839 ganger (tabell 2). Totalt fikk 79 (73 prosent) av de 108 pasientene utlevert ett eller flere behovslegemidler i perioden, og gjennomsnittlig antall utleveringer per pasient var 7,8 (median = 2).

ble dokumentert både i elektronisk pasientjournal og på kvitteringsarkene. Samlet sett fant vi at kvitteringsarkene ble hyppigst benyttet, 65,6 prosent av alle notater var gjort her.

#### Hvordan?

For å beskrive effekten pasientene fikk av behovslegemidlene benyttet personalet totalt 59 forskjellige ord og uttrykk. Disse kunne inndeles i fem ulike kategorier; god effekt, middels effekt, dårlig/ingen effekt, spesifikke beskrivelser og uviss/tvetydig effektbeskrivelse (tabell 3). Ulike termer for «god effekt» utgjorde 71 prosent av det totale antallet utleveringer der effekten var dokumentert (N=285). For utleveringene der effekten var dokumentert to steder fant vi imidlertid seks tilfeller hvor betydningen av notatene ikke samsvarte mellom den elektroniske pasientjournalen og kvitteringsarkene. Mer spesifikke beskrivelser av effekt fantes i 5 prosent av utleveringene med effektdokumentasjon, ofte i forbindelse med utdeling av sovemedisin og beroligende legemidler.

For å beskrive generelt god eller generelt dårlig effekt uten

### DISKUSJON

#### Oppfølging av legemiddelkortene

Et av de mest interessante funnene var at en såpass høy andel (70 prosent) av de foreskrevne legemidlene faktisk aldri ble utlevert til pasientene i løpet av de 15 ukene. Det var imidlertid stor variasjon mellom pasientene når det gjaldt antall utleveringer av behovslegemidler. Noen pasienter fikk aldri behovslegemiddel i løpet av perioden, mens én pasient fikk utlevert ulike behovslegemidler hele 143 ganger, hvilket i praksis innebærer flere ganger daglig. Samlet kan dette tyde på at legemiddelkortene revideres for sjelden. Jevnlig gjennomgang av legemiddelkortene, for å sikre at eksisterende legemiddelforskrivninger er relevante og adekvate, er nødvendig også når det gjelder behovslegemidler. Enkelte ganger må man vurdere om et behovslegemiddel i stedet bør oppføres som fast medisin. På den måten sikrer man pasienten jevnlig dosering av for eksempel smertestillende, slik at smertegjennombrudd kan unngås og medisineringsen ikke blir tilfeldig og dermed mindre

**TABELL 3:** Kategorisering av effektdokumentasjon

Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gruppe 4		Gruppe 5		
GOD EFFEKT	n	MIDDELS EFFEKT	n	DÅRLIG EFFEKT	n	SPESIFIKK BESKRIVELSE	n	UAVKLART	n	
God	129	Middels	10	Ingen effekt	13	Effekt etter ca. 1,5 time	1	-	4	
God effekt	69	Noe	4	Liten	5	Sovet godt i hele natt	1	Bra/ middels	1	
Bra	14	Delvis	2	- effekt	5	Tilsynelatende god effekt. Opplevs for eksempel mindre rastløs og svingende i humøret	1	o	2	
Bra effekt	11	Litt	3	Ingen	4	God i 3 timer	1	Usikker	1	
Tydlig bedring	2	Noe effekt	5	Responderte ikke	1	Kastet opp og fikk frostanfall	1			
Effekt bra	1	Delvis effekt	1	Lite hjelp	1	Pasienten sov frem til 2.30	1			
God effekt	8	God -	1	Veldig liten effekt	1	Pasienten sov til ca. kl 3	1	«Uleselige»	2	
Meget god effekt	1	Moderat effekt	1	Dårlig	2	Pasienten sovnet godt	1			
God effekt	1	Noe et- terhvert	1	Overhodet ingen effekt	1	Roet seg	2			
Effekt observert	1	Noenlunde bra effekt	1	Uten effekt	4	Roet seg litt etter 1 time	2			
Tilsynela- tende god	2	Middels effekt	2	Pasienten sa det ikke hjalp	1	Fortsatt urolig	2			
Bedring	1			Lite effekt	1	Sovnet	1			
Effekt	1					Sovnet etter 1/2 time	1			
						Synkende blodsukker	1			
						Tok over 1 time før effekt	1			
						Pasienten roet seg ned	1			
						God effekt, lettere i pusten	1			
						Roet seg etter hvert	1			
						Somnolent og utslått som en kombinasjon av somatisk syk- dom/dehydrering og bivirkning av stesolid	1			
<b>SUM</b>	<b>241</b>	<b>SUM</b>	<b>31</b>	<b>SUM</b>	<b>39</b>	<b>SUM</b>	<b>22</b>	<b>SUM</b>	<b>10</b>	<b>TOTALT</b>
										<b>343</b>

effektiv (18). Samtidig påpeker forfattere av andre artikler en tendens til at legemidler blir stående oppført på legemiddelkortene over lengre perioder, uten at de blir endret eller seponert i tråd med pasientens behov eller anbefalte retningslinjer (19–21). I mange tilfeller er det bedre at et legemiddel står oppført ved behov, for å hindre at pasienten må innta flere legemidler enn strengt nødvendig på fast basis. Et eksempel på dette kan være benzodiazepiner. At behovs-

behovslegemidler ble utlevert, var effekt ikke dokumentert. Tidligere studier har vist at mangel på tid, ansattes holdninger, ledelsens fokus på legemiddelkunnskap hos de ansatte og opplæring innen dokumentasjonsarbeid, påvirker dokumentasjonshyppighet og -kvalitet (23–26). Ved ikke å dokumentere effekten av legemidler pasienten tar, kan pasientsikkerheten trues. Mange behovslegemidler gis ved akutte behov hos pasienten, det være seg alt fra sterke smerter

være ulik for en og samme utdeling. Det ville forenkle rutinene om dokumentasjonen konsekvent ble ført ett bestemt sted. Den største utfordringen når det gjelder dokumentasjon av effekt var likevel, at det i 66 prosent av tilfellene hvor behovslegemidler er gitt, faktisk ikke er dokumentert om legemidlet har effekt eller ei.

” I 66 prosent av tilfellene der behovslegemidler ble utlevert, var effekt ikke dokumentert.

gemidler er oppført på legemiddelkortene kan dessuten være fordelaktig, framfor at pasientene får utlevert behovslegemidler fra såkalte generelle skriftlige direktiv (13). Dette er skriftlige tilleggsprosedyrer utarbeidet på hvert sykehjem, for generell ordinasjon av enkelte legemidler når legen ikke er til stede (14). Ordinasjonene her er dermed ikke individuelt tilpasset den enkelte pasient.

Resultatene viste at de hyppigst utleverte legemidlene stort sett samsvarte med dem som var oftest forskrevet. Paracetamol var mest frekvent i bruk, etterfulgt av diazepam. At diazepam kom så høyt opp var noe overraskende, da diazepam anses som et uhensiktsmessig valg til eldre grunnet lang halveringstid og uheldige bivirkninger (22). Vi observerte imidlertid at diazepam kun ble gitt til et fåtall pasienter, og det er vanskelig å avgjøre hensiktsmessighet i enkelttilfeller med vårt begrensede datagrunnlag.

### Begrensede dokumentasjonsnotater

I 66 prosent av tilfellene der

til tungpustethet eller angina. Da er det avgjørende at man vet om pasienten tidligere har respondert godt på det aktuelle legemidlet. Ved å notere effekten legger man grunnlag for nødvendige endringer i medisineringsen av den enkelte pasient og dermed individualisert behandling. Fordi mange personer er involvert ved behovsmedisinering er god skriftlig kommunikasjon ekstra viktig for å ivareta pasientsikkerheten. Vaktskifter understreker ytterligere behovet for nøyaktig og oppdatert skriftlig informasjon om pasientenes respons på gitte legemidler.

### Hvor skal effekt dokumenteres?

De fleste notater vedrørende legemidlenes effekt fant vi på kvitteringsarkene. Det var imidlertid interessant å se at det i 58 tilfeller ble dokumentert effekt av legemidlet både på kvitteringsarket og i det elektroniske pasientjournalssystemet. Slik dobbeltføring gjør det vanskeligere å vite hvor man kan forvente å finne den aktuelle informasjonen. Det kan også, som vi så, bety at dokumentasjonen de to stedene kan

### Ustrukturert terminologi

Den observerte effekten av behovslegemidlene ble gjengitt på svært ulike måter. Nesten 60 forskjellige ord og uttrykk ble brukt til i hovedsak å beskrive god, middels, dårlig eller ingen effekt. Det var med andre ord liten eller ingen grad av standardisering eller strukturering av innholdet i notatene. Dette kan åpne for ulike tolkninger av den beskrevne effekten av legemidlene. Mer spesifikke og detaljerte beskrivelser av legemidlenes effekter fant vi i kun 5 prosent av utleveringene av behovslegemiddel der effekten var dokumentert (N=285). I mange tilfeller er det nødvendig at effekten beskrives mer detaljrikt og spesifikt, for å kunne evaluere den individuelle legemiddelresponsen i ettertid. De mer spesifikke beskrivelsene fant vi oftest i den elektroniske pasientjournalen, antakelig grunnet begrenset plass på kvitteringsarkene.

### Hvordan forbedre dokumentasjonspraksis?

En tysk studie fra 2007 viste at antallet pleienotater økte etter implementeringen av et elektronisk system, og at kvaliteten på dokumentasjonen økte ved tre av fire sykehusavdelinger (27). En annen studie undersøkte hvor ofte legene leste pleiejournalene, og her oppga 75 prosent av legene at de oftere leste den elektroniske journalen sammen-

liknet med den papirbaserte (28). En av årsakene legene oppga som viktig var at lesbarheten av notatene ble bedre ved bruk av et elektronisk system. Kanskje vil et fullelektronisk system kunne øke antallet dokumentasjoner og heve kvaliteten av disse? Enkelte mener dessuten at en strukturert elektronisk pasientjournal kan være et nyttig verktøy som underletter dokumentasjonen og anvendeligheten av denne (29,30). Ehrenberg og medarbeidere har konkludert med at ansatte som har fått opplæring innen strukturert dokumentasjon giengir mer fullstendig og nøyaktig informasjon (31).

Et viktig incitament til at personalet skal dokumentere effekt er at nytteverdien oppleves som stor. Dersom ikke notatene blir brukt i ettertid, blant annet til å foreta justeringer i pasientenes legemiddelbehandling, vil motivasjonen for å notere effekt antakelig være begrenset. Første steg i riktig retning er kanskje derfor å bevisstgjøre alle involverte slik at de i større grad benytter denne verdifulle informasjonen, for eksempel ved legemiddelgjennomganger. Slike systematiske legemiddelgjennomganger fører ofte til at legemidler seponeres (4, 32), og den høye andelen av behovslegemidler som ikke ble gitt i vår studieperiode understøtter dette.

Avslutningsvis er det viktig å understreke at resultatene fra denne studien er basert på data fra ett enkelt sykehjem, som i tillegg er et undervisningssykehjem. Vi kan derfor ikke anta at funnene er representative for norske sykehjem generelt. Datagrunnlaget er begrenset, og vi har ikke hatt tilgang til karakteristika for pasientene som ble ekskludert fra studien. Løvåsen sykehjem har ekstra fokus på

opplæring og forskning, de har flere fast ansatte leger og et elektronisk pasientjournalssystem (GBD) som er velegnet til blant annet oppfølging av legemiddelbehandling. Studier har vist at sykehjemskultur i seg selv kan være avgjørende for blant annet organisering og bruk av

” Paracetamol var mest frekvent i bruk, etterfulgt av diazepam.

behovsmedisinering (10,11). At forhold knyttet til behovsmedisinering på Løvåsen sykehjem derfor kan være «bedre» enn ved andre sykehjem, er en rimelig antakelse. Det gir oss sånn sett grunn til å frykte at rutiner for behovsmedisinering kan være dårligere i andre sykehjem. Det er rom for forbedring knyttet til behovsmedisineringen i sykehjem. Våre resultater indikerer at forholdene, slik de er i dag, kan føre til at pasientene ikke får en tilpasset legemiddelbehandling og oppfølging av behovsmedisineringen på en adekvat måte. Behovslegemidler skal benyttes ved akutte behov hos pasientene, og det er av stor betydning at de får riktig medisin, i riktig dose, til rett tid. Dette kan man oppnå ved å kontinuerlig oppfølge pasientenes behovslegemidler basert på blant annet observasjon av legemidlenes effekt. I tråd med den pågående pasientsikkerhetskampanjen vil dette være et steg i riktig retning mot bedre legemiddelbruk i sykehjem, og det er videre behov for flere og større studier på dette området.

## KONKLUSJON

Studien viser at det er behov for jevnlig gjennomgang og eventuell revidering av foreskrevne behovslegemidler til pasienter på sykehjem for å sikre pasientene rasjonell og individuelt

tilpasset legemiddelbehandling. Vi fant at dokumentasjonen av effekt av behovsmedisineringen var mangelfull, både når det gjaldt kvantitet og kvalitet. God journalføring av effekt er med på å legge grunnlaget for en bedre legemiddelbehandling av pasientene.

Takk til Løvåsen sykehjem, Sjukehusapoteka Vest og Eli Tverborgvik for godt samarbeid, og til Kjell Krüger og Magne Rekdal for god faglig og praktisk hjelp under datainnsamlingen.

## REFERANSER:

1. Folkehelseinstituttet. Legemiddelstatistikk 2012:2. Reseptregistret 2007–2011.
2. WHO. Definition of an older or elderly person. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. (Nedlastet 03.11.2012.)
3. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsestjenesten: en lære-, tenke- og faktabok. Gyldendal akademisk, Oslo, 2007.
4. Halvorsen KH, Ruths S, Granås AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:82–8.
5. Rytter E, Nakken KO, Mørch-Reiersen LT, Eftjestad A, Selvig K. Bruk av antiepileptika hos sykehjemsbeboere. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127:1185–7.
6. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BED-NURS) study. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:176–80.
7. Kirkevold Ø, Engedal K. Is Covert Medication in Norwegian Nursing Homes Still a Problem?: A Cross-Sectional Study. *Drug Aging*. 2009;26:333–44.
8. Pharmaceutical Care Network Europe. PCNE Classification for Drug Related Problems V6.2. Tilgjengelig fra: <http://www.pcne.org/sig/drpf/documents/drpf/PCNE%20classification%20V6-2.pdf>. (Nedlastet 06.10.2010)
9. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127:3073–6.
10. Stokes JA, Purdie DM, Roberts MS.

- Factors influencing PRN medication use in nursing homes. *Pharm World Sci*. 2004;26:148–54.
11. Roberts MS, King M, Stokes JA, Lynne TA, Bonner CJ, McCarthy S, et al. Medication prescribing and administration in nursing homes. *Age Ageing*. 1998;27:385–92.
12. Curtis J, Capp K. Administration of 'as needed' psychotropic medication: A retrospective study. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12:229–34.
13. Andreassen LM, Halvorsen KH, Granås AG. Store ulikskapar i innhold, utforming og kvalitet på dei generelle skriftlege skriftlege direktivene. *Sykepleien forskning*. 2011;6:46–52.
14. Bergen kommune. Retningslinjer for legemiddelhåndtering i institusjon i Bergen kommune. Versjon 2.1. Bergen 2010.
15. Helsetilsynet. Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging Tilgjengelig fra: [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport7\\_2010.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport7_2010.pdf). [Nedlastet 16.01.2011]
16. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 2011–2013. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>. [Nedlastet 08.05.2012]
17. WHO. The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD). Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/classifications/atcddd/en/>. [Nedlastet 26.05.2012]
18. Lellan KM. A chart audit reviewing the prescription and administration trends of analgesia and the documentation of pain, after surgery. *J Adv Nurs*. 1997;26:345–50.
19. Nygaard HA. Varighet av legemiddelbruk i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2001;121:1469–72.
20. Avorn J, Gurwitz JH. Drug Use in the Nursing Home. *Ann Intern Med*. 1995;123:195–204.
21. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Psychotropic drug use in nursing homes – diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001;57:523–8.
22. Ruths S, Straand J. Legemidler og eldre. I: *Norsk Legemiddelhåndbok for helsepersonell*. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok, Oslo. 2010. (s. 1785–90).
23. Sjöberg I, Öhman C. Faktorer som påverkar sjuksköterskors omvårdnadsdokumentation: Luleå tekniska Universitet; 2009.
24. Törnvall EVA, Wahren LK, Wilhelmsen S. Impact of primary care management on nursing documentation. *J Nurs Manage*. 2007;15:634–42.
25. Hansebo G, Kihlgren M, Ljunggren G. Review of nursing documentation in nursing home wards—changes after intervention for individualized care. *J Adv Nurs*. 1999;29:1462–73.
26. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci*. 2002;16:34–42.
27. Mahler C, Ammenwerth E, Wagner A, Tautz A, Happek T, Hoppe B, et al. Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *J Med Syst*. 2007;31:274–82.
28. Ammenwerth E, Eichstadter R, Haux R, Pohl U, Rebel S, Ziegler S. A randomized evaluation of a computer-based nursing documentation system. *Methods Inf Med*. 2001;40:61–8.
29. Krüger K. Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127:2090–3.
30. Sahlstedt S, Adolfsson H, Ehnfors M, Kallstrom B. Nursing process documentation – effects on workload and quality when using a computer program and a key word model for nursing documentation. *Stud Health Technol Inform*. 1997;46:330–6.
31. Ehrenberg A, Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring Sci*. 2001;15:303–10.
32. Kersten H, Ruths S, Wyller TB. Farmakoterapi i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2009;129:1732–5.



# Det handler om pasientsikkerhet

> Behovsmedisinering i sykehjem krever kompetanse.



**Renate Solstad**

Assisterende institusjonsleder Gipø  
Bo- og behandlingssenter

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen til Rønningen og medforfattere presenterer resultater fra en kartlegging av behovsmedisinering i sykehjem og viser hvordan effekten av behovsmedisiner dokumenteres. Funnene viser at pasienter står på flere legemidler ved behov, og effekten av utlevert behovslegemiddel er dokumentert kun i 34 prosent av tilfellene. 70 prosent av alle ordinerte legemidler ble ikke gitt i de 15 ukene som studien strakk seg over. Årsaken kan være manglende systematisk gjennomgang av pasientens legemiddelbehandling. Funnene i studien er gjenkjennbare fra min egen praksis i sykehjem. De viser at pasientsikkerheten i sykehjem er truet, og artikkelen er derfor relevant for alle faggrupper som deltar i legemiddelhåndteringen i sykehjem.

Behovsmedisinering i sykehjem krever tilstrekkelig kompetanse om sykdommer, symptomer og legemiddelkunnskap. Sykepleiere som beslutter om behovsmedisin skal utleveres har et stort ansvar. Dagens organisering i syke-

hjem innebærer ofte at ansvarlig sykepleier på kveld og natt har sykepleiefaglig ansvar for flere avdelinger, og følgelig ikke kjenner hver enkelt pasient. Sykepleieren må derfor ofte basere sin beslutning på observasjoner foretatt av andre som kjenner pasienten, og på hva pasienten har fått utlevert i tilsvarende situasjoner tidligere. Studien viser imidlertid at effekten ved tidligere behovsmedisiner kun er dokumentert i 34 prosent av tilfellene. Sykepleieren baserer dermed sin avgjørelse på et tiltak hvor dokumentasjon av tidligere effekt mangler.

Studien har ikke sett på trekk ved omsorgskulturen og om den har betydning for bruk av behovsmedisinering. Åtte av ti pasienter i sykehjem har en demenssykdom, og atferds- og psykiatriske symptomer er utbredt. Studien viser også at ulike beroligende legemidler er hyppig ordinert som behovsmedisin. Egen erfaring er at bruk av beroligende legemidler varierer fra avdeling til avdeling, men avhenger også

av hvilket personale som er på jobb. Bruk av skalaer og tester som NPI og BARS for å kartlegge slike symptomer og effekt av tiltak er det liten tradisjon for. Samtidig vet vi at tre av fire pasienter i sykehjem opplever legemiddelrelaterte problemer. Tiltaksplaner og muntlige rapporter ved sykehjem beskriver atferds- og psykiatriske symptomer generelt og upresist som «pasienten er urolig». Dette området er det også viktig å få mer kunnskap om for å sikre en optimal legemiddelbehandling av pasienter i sykehjem. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjens satsing på riktig legemiddelbruk i sykehjem er et godt hjelpemiddel for å sikre legemiddelbehandlingen til de skrøpeligste eldre. En målsetting for fremtiden bør derfor være at flere sykehjem tar i bruk metodikken fra kampanjen for å heve kvaliteten på legemiddelbehandlingen til denne pasientgruppen.

Les artikkelen på side 14





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Eldre i sykehjem bruker ofte mange legemidler, og kompliserte behandlingsregimer krever at helsepersonalet har høy kompetanse og oppdatert kunnskap. Studier viser at sykepleieres kunnskap om legemidler er viktig, og at manglende legemiddelkunnskap er årsak til feil som kan få alvorlige konsekvenser for pasientene. Flere studier påpeker at sykepleiere har behov for bedre legemiddelkunnskap og at de som kontinuerlig oppdaterer sin kunnskap gjør færre feil.

**Hensikt:** Å kartlegge behovet for kunnskaps- og kompetanseheving innen legemiddelhåndtering blant sykepleiere på sykehjem, herunder hvilke områder det er behov for mer kunnskap, og hvordan sykepleiere holder seg oppdatert i legemiddelkunnskap.

**Metode:** Spørreskjemaundersøkelse blant sykepleiere ved 28 av 29 sykehjem i Nord-Trøndelag.

**Resultat:** Mellom 60 og 70 prosent av 262 sykepleierne oppga stort behov for mer kunnskap om alders-

fysiologiske forandringer og farmakologi. Nær 100 prosent var enig i at kurs om legemidler bør tilbys alle ansatte med ansvar for legemiddelhåndtering, og 97 prosent mente at kurs bør være obligatorisk. En tredel svarte at de sjelden/aldri leser faglitteratur, og over halvparten har aldri deltatt på kurs/etterutdanning

**Konklusjon:** Det er stort behov for mer kunnskap og etterutdanning/kurs om legemidler og legemiddelhåndtering blant sykepleiere i sykehjem. Faglig oppdatering på eget initiativ skjer i liten grad.

## ENGLISH SUMMARY

### Great Needs for More Knowledge About Medication Among Nurses in Nursing Homes

**Background:** Elderly in nursing homes often use multiple medications, and complex drug therapy demands high competence and up-to-date knowledge within the staff. Studies show that nurses' knowledge about drugs is of great importance, and that a lack of medicinal knowledge causes medication errors with possibly serious consequences for the patients. Several studies indicate that nurses need to enhance and improve their medicinal knowledge and that those constantly updating their field of knowledge make less errors.

**Objective:** To make a survey of the need for enhancing the medication competence among nurses in nursing homes, including in which areas there is a need for greater knowledge, and how nurses update their medicinal knowledge.

**Method:** A survey among nurses from 28 out of 29 nursing homes in the county of Nord-Trøndelag was conducted.

**Results:** Between 60 and 70% of the 262 nurses stated a great need for more knowledge about age related physiological changes and pharmacology. Almost 100% agreed that medication courses should be

offered to all members of the staff responsible for administering medication, and 97% stated that courses ought to be compulsory. A third of the nurses hardly read scientific literature, and more than 50% have never attended a course.

**Conclusion:** There is a great need for more knowledge about drugs and medication among nurses in nursing homes. Individual updating of knowledge (e.g. reading literature) occurs to a minor extent.

**Key words:** Pharmacology, medication, knowledge, nursing home

# » Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem

Forfattere: **Wenche Wannebo,**  
**Lise Sagmo**

## NØKKELORD

- Farmakologi
- Legemidler
- Sykehjem

## INTRODUKSJON

Menneskelige faktorer som utilstrekkelig kunnskap og svikt ved legemiddelhåndtering spiller en betydelig rolle i forbindelse med feil i deler av håndteringen og legemiddelrelaterte problemer (LRP). I perioden 2001–2009 ble 3733 feil i legemiddelhåndtering meldt til Meldesentralen. Legemidlene ble gitt i feil dose (25 prosent), på feil måte (14 prosent), til feil pasient (11 prosent) og feil tidspunkt (3 prosent). Det ble videre meldt om feil legemiddel til pasient (11 prosent) og tilfeller av uventet effekt (9 prosent). 12 prosent av nevnte hendelser medførte pasientskade (1). Studier fra andre vestlige land viser at manglende kunnskap hos helsepersonell er årsak til mange LRP, også med døden til følge (2).

Legemiddelhåndtering blant eldre krever at helsepersonell har høy kompetanse og oppdatert kunnskap, da aldersrelaterte far-

makokinetiske – og farmakodynamiske endringer – øker risiko for uheldige bivirkninger og skadelige effekter av legemidlene (3). Nye legemidler og en stadig økende legemiddelbruk blant eldre gir sykepleierne et omfattende ansvar for å oppdatere sin kunnskap (4;5).

Faktorer som bidrar til legemiddelfeil er komplekse, men kan generelt deles i faktorer forårsaket av systemfeil og faktorer knyttet til individuelle feil. Mange feil skjer uten at pasientene skades nevneverdig, men feil på grunn av manglende kunnskap kan gi alvorlige konsekvenser (6). Flere studier viser at sykepleieres kunnskap om legemidler er av stor betydning og at mangel på kunnskap har en klar sammenheng med feil rundt legemidler (5-7). En studie indikerer at manglende legemiddelkunnskap var årsak til 29 prosent av 334 feil som ble registrert i en seks månedersperiode (5). En annen studie framlegger 21 alvorlige saker der feil utført av sykepleiere ga alvorlige konsekvenser for pasientene. Over halvparten av disse var relatert til legemiddelhåndteringsfeil hvor manglende kunnskap var en viktig medvirkende årsak (8). Sykepleieres kompetanse har stor betydning for kommunikasjon

og samhandling med leger og for pasientsikkerheten (9). Flere av studiene konkluderer med at sykepleiere som kontinuerlig oppdaterer sin kunnskap om legemidler, gjør færre feil enn de som ikke oppdaterer kunnskapen sin (5).

Manglende farmakologiske kunnskaper reduserer sykepleieres evne til å utføre sikker praksis (10-12). En engelsk studie fra 2007 omhandler 42 sykepleiere på kirurgisk avdeling og deres farmakologikunnskap. På en kunnskapstest om de mest brukte legemidlene ved avdelingen hadde 57,2 prosent så lav skåre at kunn-

### Hva tilfører artikkelen?

Nærmere 100 prosent av deltakerne i denne undersøkelsen mente at kurs i legemiddelhåndtering bør tilbys alle ansatte med ansvar for legemiddelhåndtering – og at kurs bør være obligatorisk.

### Mer om forfatterne:

Wenche Wannebo er utdannet sykepleier, helsesøster og cand. polit. Hun er høgskolelektor og studieleder ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, avdeling for helsefag. Lise Annie Bjørnli Sagmo er utdannet farmasøyt med bachelorgrad i farmasi og mastergrad i helsevitenskap. Hun er høgskolelektor ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, avdeling for helsefag. Kontakt: wenche.wannebo@hint.no.

skapsnivået ble karakterisert som utilstrekkelig. Spesielt interaksjoner, virkningsmekanismer og kontraindikasjoner ga lav skåre (13). I en annen engelsk undersøkelse ble 483 i.v. tilberedninger og 447 i.v. administreringer observert. 265 legemiddelfeil ble avdekket hvor 79 prosent skyldtes manglende kunnskap og erfaring (14). En amerikansk revidertartikkel hevder at sykepleiere i mange tilfeller har manglende legemiddelkunnskap og at man-

” Legemiddelhåndtering blant eldre krever at helsepersonell har høy kompetanse og oppdatert kunnskap.

glende kunnskap og ferdigheter i medikamentregning var skyld i en av seks medikasjonsfeil (15). Flere studier viser at sykepleiere har behov for bedre opplæring i farmakologi og legemiddeladministrering (11;13;16;17)

### MÅLSETTING

Å kartlegge behovet for kunnskaps- og kompetanseheving innen legemiddelhåndtering blant sykepleiere som jobber i sykehjem.

### PROBLEMSTILLINGER

- Hvilke kunnskaper og ferdigheter mener sykepleiere i sykehjem det er viktig å ha når man jobber med legemiddelhåndtering?
- På hvilke områder innenfor legemiddelhåndteringen mener sykepleiere det er behov for mer kunnskap (oppdateringsbehov)?
- I hvilken grad og på hvilke måter holder sykepleiere seg oppdatert i legemiddelkunnskap?
- Hvilke behov ser de ansatte for kurs/etterutdanning i legemiddelhåndtering ved sin avdeling?

### METODE

Spørreskjemaundersøkelse som kartlegger ulike områder av legemiddelhåndteringen på sykehjem i Nord-Trøndelag. Områder som kvalitetssikring, rutiner/prosedyrer, avvik, multidose med mer er ikke omtalt i denne artikkelen.

### INFORMANTER

Sykepleiere ved 28 av 29 sykehjem i Nord-Trøndelag deltok i undersøkelsen. Hjelpepleiere som deltok i legemiddelhåndteringen besvarte

også spørreskjemaet. Totalt 390 spørreskjemaer ble utsendt.

### UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA

Spørreskjema ble utviklet i tre faser. Basert på samtaler med en kollega som gjennomførte en kvalitativ studie om kompetansebehov ved legemiddelhåndtering på sykehjem og en norsk studie om legemiddelhåndteringsavvik (18), ble det i første fase laget utkast til spørreskjema. Andre fase var gjennomgang av spørreskjemaet med en gruppe sykepleiere med erfaring fra legemiddelhåndtering i sykehjem. Spørsmålsstillingene ble bearbeidet i forhold til relevans, forståelighet og entydighet. Tredje fase var gjennomføring av en pilotundersøkelse på fire sykehjemsavdelinger for å teste spørreskjemaets forståelighet og entydighet. Skjemaet ble deretter ytterligere revidert, og en statistiker gjennomførte kvalitetskontroll med tanke på statistisk bearbeidelse av data.

### VARIABLER

Spørreskjemaet ble inndelt i 11 hovedtemaer med totalt 156

spørsmål. I den foreliggende undersøkelsen ble spørsmål fra tre hovedtemaer benyttet: Kunnskap om medikamenthåndtering, egne oppdateringsaktiviteter og behov for kurs eller oppdatering ved avdelingen. Tre spørsmål om sykeheimen og syv spørsmål om informanten inngikk som bakgrunnsvariabler. Størrelse på sykeheimen og avdelingen samt antall timer ukentlig legedekning ble kartlagt i tillegg til informantens utdanning, antall år på sykehjem, stillingsprosent og turnus. Informantene skulle på en skala fra 1 til 6 (6 = svært viktig) besvare hvor viktig ulike typer kunnskap er ved medikamenthåndtering, og hvor stort behov det er for mer kunnskap på de samme områdene hos de ansatte i egen avdeling. Variablene omfattet kunnskapsområdene oppslagsverk, medikamentregning, farmakologi, legemiddeformer, synonympreparater og administrasjonsformer, til sammen 42 punkter. Videre ble det spurt om i hvilken grad man holder seg oppdatert i legemiddelkunnskap (svaralternativ «aldri», «sjelden», «av og til», «ofte»). Respondentene fikk spørsmål om i hvilken grad man er uenig eller enig i at informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne og/eller vanskelig å forstå, og om det er behov for forbedring når det gjelder kunnskap om legemidler ved informantens avdeling (svaralternativ «ikke i det hele tatt», «i liten grad», «i noen grad», «i stor grad»). Det skulle videre tas stilling til ulike påstander angående tilbud om kurs i legemiddelhåndtering ved egen avdeling (svaralternativ «enig»/ «uenig»).

### PROSEDYRE

Det ble sendt et informasjonsbrev med forespørsel om deltakelse i undersøkelsen til ledere ved alle

sykehjem i Nord-Trøndelag med påfølgende telefonkontakt. En kontaktperson ved hvert sykehjem fikk ansvar for distribuering av spørreskjema til alle ansatte sykepleiere, vernepleiere og eventuelt hjelpepleiere som deltok i legemiddelhåndteringen. Antall skjema, skriftlig informasjon om undersøkelsen, svarkonvolutter og frankert samlekonvolutt ble sendt til kontaktpersonene sammen med et registrerings-skjema for loggføring av antall utdelte, utfylte og innleverte skjemaer. Spørreskjema ble distribuert i løpet av en fire ukers periode i november–desember 2010. Ferdig utfylte spørreskjemaer ble lagt i lukkede svarkonvolutter og levert til kontaktperson ved sykehjemmet, som registrerte antall leverte skjemaer, signerte for sykehjemmet og sendte alle skjemaene i samlekonvolutt til prosjektleder.

#### DATAARBEID

SPSS 17,0 ble benyttet til analysene, i hovedsak deskriptiv statistikk med enkle og bivariate frekvensanalyser. Lineær regresjon ble brukt for å se på sammenheng mellom behov for mer kunnskap, kurs/opplæring og informantenes bakgrunn, størrelse på sykehjem og andre variabler det var naturlig å trekke inn. For å sammenfatte variablene der det ble spurt om behov for mer kunnskap, ble det laget en indexvariabel kalt «Behov for mer kunnskap» med de ti variablene der det ble oppgitt mest behov for mer kunnskap, Cronbach's alfa = .921.

#### ETIKK OG PERSONVERN

Spørreskjemaene inneholdt ingen personopplysninger. Skjemaet var også fullstendig anonymisert angående institusjon. Det var frivillig å svare, ingen pur-

**TABELL 1:** Bakgrunnsinformasjon informanter (N=262)

Bakgrunnsvariabel		%
<b>Avsluttet grunntidning</b>	1975 el. tidl.	10,2
	1976–1980	6,3
	1981–1990	15,2
	1991–2000	29,3
	2001–2010	39,1
<b>Jobbet i sykehjem:</b>	Over 25 år	9,3
	16–25 år	20,2
	11–15 år	21,3
	5 -10 år	26,0
	Under 5 år	23,3
<b>Stillingsprosent</b>	Under 20 %	3,1
	21–40 %	5,4
	41–60 %	22,2
	61–80 %	31,9
	over 80 %	37,4
<b>Turnus</b>	Rundturnus	12,2
	Nattvakt	10,6
	Dag + kveld	70,9
	Bare dag	6,3

ringer ble sendt, og det var ingen premiering eller sanksjoner. Undersøkelsen var derfor ikke meldepliktig til personvernbudet eller REK.

## RESULTATER

262 informanter deltok i undersøkelsen, det vil si en svarprosent på 67,1. Antall hjelpepleiere i undersøkelsen var lavt (3 prosent), og det var ingen forskjell mellom hjelpepleiere og sykepleiere i analysene. Alle informanter benevnes derfor sykepleiere heretter. Gjennomsnittlig størrelse på sykehjemmene var 30 senger. Omtrent 20 prosent jobbet på sykehjem med 20 eller færre sengeplasser, mens 13 prosent jobbet i sykehjem med mer enn 50 sengeplasser. Gjennomsnittlig avdelingsstørrelse var 18 senger (SD 8,5). Legedekning var gjennomsnittlig 3–4 timer per uke. Omtrent sju prosent av sykepleierne hadde videreutdanning i geriatri. Avsluttet grunnutdanning, antall år erfaring fra sykehjem, nåværende stillingsprosent og turnus i avdelingen er presentert i tabell 1.

## BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Sykepleierne oppga at alle typer kunnskap nevnt i spørreskjemaet er viktig eller svært viktig, og praktiske ferdigheter som medikamentregning, bruk av felleskatalogen og blanding av medisin i væske skåret høyest (gjennomsnittsskåre på 5,8). Samtidig oppga sykepleierne stort behov for mer kunnskap på de fleste områder. Her skåret teoretisk kunnskap høyest, se tabell 2. Hele 71 prosent oppga stort behov (svaralternativ 5 og 6) for mer kunnskap om aldersfysiologiske forandringer. Om lag 60 prosent oppga stort behov for mer kunnskap i farmakologi. Regresjonsanalyse

**TABELL 2:** Hvor stort behov er det for mer kunnskap, for eksempel oppfriskningskurs, blant ansatte ved din avdeling (N=262)?

	Gj. snitt (St. avvik)
Aldersfysiologiske forandringer og betydningen for omsetning av legemidler	4,9 (1,1)
Kunnskap om smertepumpe	4,8 (1,2)
Kunnskap om sentralt venekateter (CVK)	4,8 (1,3)
Farmakologi: absorpsjon, distribusjon, eliminasjon, virkning og effekt	4,7 (1,1)
Aktuelle medikamenters bivirkninger	4,7 (1,1)
Aktuelle medikamenters virkningsmekanismer	4,6 (1,1)
Aktuelle medikamenters dosering	4,4 (1,3)
Bruk av andre informasjonskilder som Druid, RELIS, Legemiddelhandboken	4,4 (1,3)
Blanding av medisin i væske	4,3 (1,3)
Infusjonsvæsker og injeksjonsvæsker	4,3 (1,3)
Generell kunnskap om legemiddelformer	4,2 (1,3)
Generell kunnskap om administrasjonsformer	4,2 (1,3)
Synonympreparater	4,2 (1,4)
Beregne dose/mengde/styrke	4,2 (1,4)
Tablettypen (depot-, entero-, vanlige)	4,2 (1,4)
Kapsler (depot-, entero-, vanlige)	4,1 (1,4)
Miksturer	4,0 (1,4)
Sublingvale tabletter	4,0 (1,4)
Stikkpiller	3,9 (1,5)
Bruk av Felleskatalogen	3,7 (1,5)

Merknad: Svorskala 1–6, der 6 = svært viktig/stort behov

**TABELL 3:** Informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne/ forstå

Informasjon i Felleskatalogen er	N=260	N=258
	Generelt:	Om knusing av tabletter:
Både vanskelig å finne og forstå	23,50 %	39,60 %
Vanskelig å finne, men ikke vanskelig å forstå	4,60 %	11,60 %
Ikke vanskelig å finne, men vanskelig å forstå	16,60 %	0,40 %
Verken vanskelig å finne eller forstå	52,30 %	48,40 %

med indexvariabelen «Behov for mer kunnskap» viste at de som ble utdannet tidligst oppga større behov for mer kunnskap enn de som hadde nyere utdanning. Denne sammenhengen mellom utdanning og behov for mer kunnskap var signifikant ( $B = -1,02$ ,  $SE = 0,30$ ,  $\beta = -0,22$ ,  $p = 0,001$ ). Det var ingen sammenheng mellom behov for mer kunnskap og andre bakgrunnsvariabler.

Opplæringsbehovet er stort. 99 prosent var enige i at kurs i legemiddelhåndtering (LMH) bør tilbys alle ansatte med ansvar for legemiddelhåndtering. 97 prosent svarte at kurs bør være obligatorisk for alle med ansvar for LMH. Nærmere 42 prosent oppga at kompetansehevede kurs bør tilbys med eksamen og studiepoeng, mens flertallet ønsket kurs uten eksamen, men med kursbevis.

### FELLESKATALOGEN

Behov for mer kunnskap om bruk av Felleskatalogen hadde laveste skår (tabell 2). I underkant av 30 prosent oppga stort

behov, mens 22,4 prosent ikke hadde behov for mer kunnskap. Nærmere halvparten syntes imidlertid at informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne og/eller vanskelig å forstå (tabell 3). Når spørsmålet ble presisert til knusing og deling av tabletter, var over halvparten enig i at

” Over halvparten var enig i at informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne og/ eller vanskelig å forstå.

informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne og/eller vanskelig å forstå. Opplevelse av at informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne og vanskelig å forstå hadde en signifikant sammenheng med behovet for mer kunnskap om bruk av Felleskatalogen. Regresjon viste at flere av dem som synes det er vanskelig å finne og forstå informasjon i Felleskatalogen, oppga stort behov for mer kunnskap om Felleskatalogen enn dem som ikke har vansker med å finne og forstå informasjon ( $B=0,44$ ,  $SE=0,11$ ,  $\beta=0,31$ ,  $p < 0,001$ ). Hvorvidt

informasjon i Felleskatalogen oppleves vanskelig å finne, hadde også sammenheng med behov for mer kunnskap om legemidler generelt. Regresjon med indexvariabelen «Behov for mer kunnskap» viste at de som syntes at informasjon er vanskelig å finne, i størst grad hadde behov for mer kunnskap ( $B = 1,02$ ,  $SE = 0,37$ ,  $\beta = 0,21$ ,  $p = 0,001$ ).

### OPPDATERINGSAKTIVITETER

De oppdateringsaktiviteter som oftest ble benyttet, er de som forbindes med jobb i det daglige. Nærmere 70 prosent oppga at de bruker Felleskatalogen ofte, 66 prosent snakker ofte med kollegaer om legemiddelspørsmål. Ni prosent oppga at de ofte leser faglitteratur, mens 32,3 prosent svarte at de sjelden eller aldri leser faglitteratur. Nesten 30 prosent oppga at de sjelden eller aldri deltar på fagmøter på sykeheimen, og hele 53,1 prosent svarte at de sjelden eller aldri deltar på kurs eller etterutdanning. Stillingsstørrelse ser ut til å ha

sammenheng med noen oppdateringsaktiviteter: 37,5 prosent av dem som jobbet under 20 prosent stilling oppga at de aldri deltar på fagmøter, mens 3 prosent av dem som jobbet 80 prosent eller mer svarte det samme ( $p < 0,01$ ). Halvparten av dem som jobbet under 20 prosent leser aldri faglitteratur på egen hånd. Andelen som sjelden eller aldri leser faglitteratur varierte mellom 21 og 34 prosent for andre stillingsstørrelser.

Det var signifikant sammenheng mellom behov for mer kunnskap og lesing av faglitteratur

på egen hånd. Regresjon med indeksvariabelen «Behov for mer kunnskap» viste at de som leser minst faglitteratur, oppga større behov for mer kunnskap enn de som leser ofte ( $B = -1,34$ ,  $SE = 0,66$ ,  $\beta = -0,13$ ,  $p < 0,05$ ).

## DISKUSJON

Det tas utgangspunkt i de fire problemstillingene fra innledningen:

### KUNNSKAP OG FERDIGHETER

Informantene oppga at all type kunnskap om legemidler er viktig ved legemiddelhåndtering i sykehjem. Dette gjelder både praktisk kunnskap og ferdigheter samt teoretisk kunnskap på alle områder. I en nylig publisert reviewartikkel om sykepleieres legemiddelkompetanse er det identifisert 11 kompetanseområder. Her understrekes at god teoretisk og praktisk kompetanse

### BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Undersøkelsen viser forholdsvis stort behov for mer kunnskap på mange områder. Aldersfysiologiske forandringer, generell farmakologi, medikamenters bivirkninger og virkningsmekanismer har i likhet med kunnskap om smertepumpe og CVK et snitt på godt over 4,5 på sekstrinnskalaen. Dette er i overensstemmelse med flere internasjonale studier der sykepleiere oppgir å ha for lite kunnskap i farmakologi (16). I en finsk studie med rangering av eget kunnskapsnivå fikk ulike farmakologiske områder lav skår av informantene, mens kunnskap om legemiddeformer, administrasjonsmåter og informasjonssøk i pakningsvedlegget skåret høyere (21). Begrensede farmakologikunnskaper kan skyldes flere forhold. Det kan tenkes at farmakologiundervisningen på sykepleierutdanningen

er begrenset på sykehjem er usikkert. Forskning viser imidlertid at en av seks legemiddelhåndteringsfeil er relatert til medikamentregning (15).

Om kunnskapen anvendes lite i det daglige, kan den lett glemmes. De som ble utdannet tidligst hadde størst behov for mer kunnskap. Det kommer stadig nye legemidler, nye behandlingsprinsipper med mer, og det anses som naturlig at behovet for oppfriskning av kunnskap øker utover i yrkeskarrieren.

### FELLESKATALOGEN

Felleskatalogen ble benyttet ofte av de fleste. Mange opplevde at de har nok kunnskap om bruken, men omtrent halvparten syntes at informasjon i Felleskatalogen er vanskelig å finne og/eller forstå, og nesten 30 prosent oppga at det er stort behov for økt kunnskap om bruk av denne. Lignende funn ble gjort i en studie om legemiddelhåndtering og knusing av medikamenter i norske sykehjem i 2009. Felleskatalogen ble oppgitt som viktigste informasjonskilde, men 59 prosent av avdelingene oppga at informasjon om å knuse eller dele tabletter er vanskelig å finne eller vanskelig å forstå (18). En mulig forklaring på fenomenet kan være mangelfulle kunnskaper om legemidler og farmakologi. En annen forklaring er at Felleskatalogen muligens gir dårlig informasjon om det som respondenten finner relevant, for eksempel knusing og deling av tabletter. De som i størst grad syntes informasjon er vanskelig å finne, oppga i størst grad behov for mer kunnskap generelt, noe som bekrefter at vanskene kan skyldes manglende kunnskap. Dette er betenkelig, da manglende kunnskap kan føre til at informasjon i Felleskatalogen oppfattes feil eller misforstås.

” De som ble utdannet tidligst oppga større behov for mer kunnskap enn de som hadde nyere utdanning.

er avgjørende for å kunne ta faglig forsvarlige avgjørelser (19). I Helsedirektoratets rundskriv om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (20) er det listet opp ti kompetanseområder som kreves av helsepersonell ved legemiddelhåndtering. Kunnskapsområdene som sykepleierne i vår undersøkelse nevnte som viktige, samsvarer med kompetanseområdene i reviewartikkelen og rundskrivet: Legemidlenes virkning og virkemåte, bivirkninger, medikamentregning, legemiddeformer, interaksjoner, dosering, arbeidsteknikk ved tilsetninger, byttbare legemidler, holdbarhet og oppbevaring samt dokumentasjon.

ikke er grundig nok, eller at den teoretiske kunnskapen ikke er i tråd med behovet for kunnskap man møter i praksis. Flere internasjonale studier viser til dårlig opplæring i sykepleierutdanningen (11;22;23). Manias og Bullock (2002) fant i sin studie at sykepleierstudenter hadde vanskeligheter med å relatere farmakologiteori til praksis, og at kunnskapen var mangelfull relatert til klinisk praksis. Et stort fokus på medikamentregning i sykepleierutdanningen gjenspeiles kanskje i undersøkelsen som et av områdene respondentene oppga å ha minst behov for mer kunnskap, men om dette skyldes at medikamentregning beherskes godt eller at medikamentregning



## KUNNSKAPSOPPDATERING

Oppdatering av legemiddelkunnskap foregikk først og fremst i forbindelse med bruk av Fellekatalogen, samtale med andre sykepleiere og kontakt med lege. Hvorvidt dette kan kategoriseres som oppdatering av kunnskap kan diskuteres, da dette i stor grad omhandler spørsmål i gitte situasjoner angående enkeltpasienter. Aktiviteten indikerer imidlertid interesse av og søker etter svar på legemiddelspørsmål. Oppdatering av kunnskap i form av egeninnsats utenom vanlig arbeidstid foregikk i liten grad. Kun en av ti oppga at de ofte leser faglitteratur på egen hånd, mens omtrent hver tredje sykepleier sjelden eller aldri leser faglitteratur. Om dette skyldes manglende interesse, lite tilgjengelig aktuell faglitteratur eller generelt liten tradisjon for læsing blant sykepleiere i sykehjem, er vanskelig å si. Undersøkelsen viste sammenheng mellom lite lesing av faglitteratur og behov for mer kunnskap. Dette indikerer at det kreves en aktiv individuell innsats for å holde kunnskapen oppdatert.

Deltakelse på fagmøter på sykeheimen forekom i varierende grad. Kun to av ti deltok ofte på fagmøter, mens om lag tre av ti sjelden eller aldri deltok. Oppmøtet avhenger trolig av hyppigheten på fagmøtene og hvordan disse organiseres. Det er betenkelig at over halvparten av informantene sjelden eller aldri deltar på kurs eller etterutdanning. Det er mulig at ansatte i kommunehelsetjenesten og sykehjem tilbys få kurs og/eller etterutdanning. Desto viktigere er det at sykehjemmet internt fokuserer på faglig oppdatering og faglige problemstillinger tilknyttet legemiddelbehandling og faglig forsvarlig praksis. I Lov om helsepersonell

plasseres ansvar for faglig oppdatering både hos helsepersonalet selv og institusjonene som yter helsehjelp. Samtidig pålegger Lov om helsetjenesten i kommunene

faglig innhold relatert til ansattes behov kan være et alternativ på sykehjemmene. Viktige læringsprinsipper for at voksne skal lære, er klare mål, medbe-



Behovet for kurs og oppdatering bør tas på alvor av sykehjemsledelsen.

helseinstitusjonene et ansvar for etter- og videreutdanning som skal sikre faglig forsvarlig praksis (§6-2). Det er ikke funnet undersøkelser om kompetansehevingstiltak for ansatte i sykehjem relatert til legemiddelbehandling, men en undersøkelse om kompetanseutvikling i sykehjem fra Buskerud viste at ansatte i hovedsak hadde en positiv holdning til å øke egen kompetanse, og noen framhevet også egen oppdateringsplikt. Læringen foregikk hovedsakelig på uformell basis ved læring av hverandre, mens fåtallet aktivt søkte kunnskap i faglitteratur. Internundervisning og fagmøter ble gjennomført på dagtid uten struktur og fast innhold. Kun de som var på jobb deltok (24). En undersøkelse fra kommunehelsetjenesten i Østfold i 2003 om sykepleieres muligheter til etterutdanning på arbeidsplassen, viste store variasjoner mellom kommunene angående etterutdanningstiltak. Interne kurs på arbeidsplassen ble oftest brukt, og sykepleierne rapporterte generelt om mangelfull planlegging og organisering (25).

Faglig oppdatering og kompetanseutvikling i sykehjem synes å være et forsømt område som det bør settes fokus på. Etterutdanning og eksterne kurs har trolig liten betydning om et fåtall ansatte får delta, og det er sjelden rutiner som sikrer overføring av læring mellom kollegaer etter kursing (24). Gjentatte interne kurs med konkret læringsmål og

stemmelse, motivasjon og opplevelse av en mening med læringen (26;27).

## BEHOV FOR ETTERUTDANNING

Nærmere 100 prosent mente at kurs i legemiddelbehandling bør tilbys alle ansatte med ansvar for legemiddelbehandling – og at kurs bør være obligatorisk. Dette er en klar indikasjon på stort behov for mer legemiddelkunnskap, og at oppdatering av kunnskap er viktig. Flere oppslag i media om feil og mangler ved legemiddelbehandling og legemiddelbehandling i sykehjem kan ha økt bevisstheten rundt kunnskapsmangel og kunnskapsbehov. Behovet for kurs og oppdatering bør tas på alvor av sykehjemsledelsen. Det er mange komplekse pasientkasuistikker i sykehjem, og derav krav om at sykepleiere skal ha en kompetanse som gjør dem i stand til å utføre et faglig forsvarlig arbeid.

## KONKLUSJON

Studien viser at det er stort behov for mer kunnskap om legemidler og legemiddelbehandling blant sykepleiere i sykehjem. Faglig oppdatering på eget initiativ skjer i liten grad og det er stort behov for etterutdanning/kurs om legemidler og legemiddelbehandling. Kompetansehevingstiltak bør tilbys alle ansatte med ansvar for legemiddelbehandling.

## REFERANSER

1. Helsetilsynet. Tilsynsmelding 2010. Statens helsetilsyn, 2011.

2. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am J Health-Syst Pharm* 2001;58:1835-41.
3. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M. Risk Factors for Adverse Drug Events Among Nursing Home Residents. *Arch Intern Med* 2001; 161:1629-34.
4. Helsedirektoratet. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Rapport IS-1887. 2011.
5. O'Shea E. Factors contributing to medication errors: a literature review. *J Clin Nurs* 1999; 8:496-504.
6. Hsaio GY, Chen IJ, Yu S, Wei IL, Fang YY, Tang FI. Nurses' knowledge of high-alert medications: instrument development and validation. *J Adv Nurs* 2010; 66:177-90.
7. Brady AM, Malone AM, Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nurs Manag* 2009; 17:679-97.
8. Benner PPRF, Sheets VJ, Uris PP, Malloch KP, Schwed KJ, Jamison DB. Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: A Taxonomy. *J NURS ADMIN* 2002;32:509-23.
9. Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. *J Patient Saf* 2009;5:145-52.
10. Latter S, Yerrell P, Rycroft-Malone J, Shaw D. Nursing, medication education and the new policy agenda: the evidence base. *INT J NURS STUD* 2000;37:469-79.
11. Manias E, Bullock S. The educational preparation of undergraduate nursing students in pharmacology: clinical nurses' perceptions and experiences of graduate nurses' medication knowledge. *INT J NURS STUD* 2002;39:773-84.
12. Morrison-Griffiths S, Snowden MA, Pirmohamed M. Pre-registration nurse education in pharmacology: is it adequate for the roles that nurses are expected to fulfil? *Nurse Education Today* 2002; 22:447-56.
13. Ndosu ME, Newell R. Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *J Clin Nurs* 2009;18:570-80.
14. Taxis K, Barber N. Causes of intravenous medication errors: An ethnographic study. *Qual & Saf Health Care* 2003; 12:343.
15. Shane R. Current status of administration of medicines. *Am J Health-Syst Pharm* 2009;66:42-8.
16. King RL. Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs. *J Adv Nurs* 2004; 45:392-400.
17. Cook HG. Nurses' knowledge and perception of psychotropic medications in long-term care facilities. Gonzaga University, Washington USA; 2000.
18. Kirkevold Ø, Engedal K. Legemiddel-håndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. *Sykepleien Forskning* 2010;5:16-26.
19. Sulosaari V, Suhonen R, Leino-Kilpi H. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *J Clin Nurs* 2011; 20:464-78.
20. Sosial- og Helsedirektoratet. Legemiddel-håndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. 2008; Rundskriv IS-9/2008.
21. Grandell-Niemelä H, Hupli M, Leino-Kilpi H, Puukka P. Finnish nurses' and nursing students' pharmacological skills. *J Clin Nurs* 2005; 14:685-94.
22. Bullock S, Manias E. The educational preparation of undergraduate nursing students in pharmacology: a survey of lecturers' perceptions and experiences. *J Adv Nurs* 2002; 40:7-16.
23. Latter S, Rycroft-Malone J, Yerrell P, Shaw D. Evaluating educational preparation for a health education role in practice: the case of medication education. *J Adv Nurs* 2000; 32:1282-90.
24. Brenden TK, Storheil AJ, Grov EK, Ytrehus S. Kompetanseutvikling i sykehjem, ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2011;7:61-75.
25. Kirchhoff J. Tilfeldig oppdatering. *Sykepleien* no 2005;3.
26. Moxnes P. Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet. Paul Moxnes, Oslo; 2000.
27. Lai L. Strategisk kompetansestyring. Fagbokforlaget, Bergen; 2004.

# Bør få tilbud om kurs

› Legemiddelhåndtering i sykehjem krever jevnlig oppdatering av kunnskap.



**Av Ann-Elin Stenberg**

Spesialsykepleier i psykisk helsearbeid ved Surnadal Sykehjem.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen til Wannebo og medforfattere om legemiddelhåndtering i sykehjem viser at det er stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. Dette stemmer godt overens med mine egne erfaringer fra praksis.

Artikkelen viser at det kan være nødvendig og hensiktsmessig å gjennomføre obligatoriske kurs i legemiddelhåndtering for alle sykepleiere ved sykehjemmene. Kompetanseheving innenfor legemiddelhåndtering er et av de aktuelle områdene som kan bli bedre utført. Artikkelforfatterne framhever at nyutdannede sykepleiere har mest kunnskap om legemiddelhåndtering. Sett i sammenheng med den stadige utviklingen og endringene innenfor legemiddelhåndtering, er det viktig at sykepleierne blir jevnlig

oppdatert på dette området for å kunne gjøre sitt arbeid faglig og forsvarlig.

Artikkelen peker på mange viktige poenger på veien mot kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i sykehjem. For at dette skal komme pasientene på sykehjemmet til gode, mener jeg man på generelt grunnlag bør arbeide for å gjøre legemiddelhåndtering interessant og tilgjengelig for alle sykepleiere. Gjennomføringer av kurs som kan bidra til dette krever faglig engasjement fra den enkelte sykepleier og at behovet blir fremmet ovenfor ledelsen. Legemiddelhåndteringen blir for dårlig kvalitetssikret når ansvaret kun ligger på individnivå med de usikkerhetsmomenter dette medfører. Jeg mener det beste ville være å legge hovedansvaret for kvalitetssikringen på ledel-

sen ved sykehjemmene da det vil bidra til å bedre kvaliteten på det arbeidet som gjøres innenfor legemiddelhåndtering. I tillegg til dette har den enkelte sykepleier et individuelt ansvar for å holde seg faglig oppdatert.

Man skal være sterk for å sitte blant kollegaer å avsløre manglende kunnskap innenfor sitt eget fag. Derfor tror jeg mange velger å tie om sin mangel på kunnskap. Manglende kunnskap om legemidler hos helsepersonell er farlig for pasientene, og vi må derfor unngå at det kun blir opp til den enkelte å tilegne seg ny lærdom på dette området.

Les artikkelen på side 26





Illustrasjonsfoto: Colourbox

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** I Helse Vest starta ein i 2005 opp eit tilbod om livsstilsbehandling i institusjon for sjukleg overvektige busette innafør føretaket.

**Hensikt:** Målet med denne studien var å evaluere langtidseffekten av behandlinga.

**Metode:** 48 pasientar gjennomgjekk i 2005/2006 eit 40 veker langt behandlingsprogram. Opplegget var eit samarbeid mellom institusjonane Ebeltoft kurcenter i Danmark og Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter i Fjaler. Pasientane var

samanhengande i 16 veker på kvar stad med eit åttevekers heimeopphald mellom. Deltakarane fekk eit sunt kosthald, fysisk trening, motiverande samtaler og psykisk støtte. Oppfølgingsdata vart henta inn ved telefonintervju i 2011.

**Resultater:** Vi vurderte 41 pasientar for primærutfall (seinare fedmeoperert eller ikkje) og 38 for sekundærutfall (endring i vekt, fedmerelatert sjukdom, sjølvopplevd helse og arbeidslivsdeltaking). 33 av 41 hadde enten gjennomgått (28) eller stod på venteliste (5) for fedmeoperasjon. Blant dei opererte

var der statistisk signifikant betring i kroppsmasseindeks, fedmerelatert sjukdom, eigenvurdert helse og arbeidslivsdeltaking, medan der blant uopererte var signifikant fall i kroppsmasseindeks utan signifikant endring for dei tre andre sekundærutfalla.

**Konklusjon:** 80 prosent av pasientane var fedmeoperert eller stod på venteliste for operasjon. Uopererte hadde signifikant fall i KMI utan signifikant endring i fedmerelatert sjukdom, sjølvopplevd helse eller arbeidslivsdeltaking.

## ENGLISH SUMMARY

### Six-year Follow-up of a Residential Lifestyle Intervention Program for Morbid Obesity

**Background:** An institution-based lifestyle intervention program for morbidly obese patients in the Helse Vest area was founded in 2005.

**Objective:** This study aimed to evaluate long-term effects of the program.

**Method:** 48 patients participated in a 40-week program that was a cooperative effort between Ebeltoft Kurcenter in Denmark and the Red Cross Haugland Rehabilitation Center

in Fjaler (16 weeks at each institution with an eight week break in between). Participants engaged in daily physical activity and were provided with a healthy diet and emotional support. Follow-up data was collected through telephone interviews in 2011.

**Results:** We evaluated 41 patients for primary event (bariatric surgery or not) and 38 for secondary events (weight change, obesity-related diseases, self-reported health and job status). 33 of 41 had either undergone surgery (28) or were scheduled for surgery (5). Operated patients showed a significant improvement in

BMI, self-rated health, comorbidities and work participation, while patients that had not had surgery only showed a significant fall in BMI.

**Conclusion:** 80 % of patients had either undergone or were scheduled for bariatric surgery. Lifestyle intervention resulted in significant changes in BMI with no significant changes in other areas.

**Keywords:** Morbid obesity, Life-style intervention program, Obesity surgery, Longitudinal study

## SJUKLEG OVERVEKT:

# » Livsstilsbehandling i institusjon – oppfølging seks år etter

Forfattere: John Roger Andersen, Mari Hage Stokke, Margunn Bye Tøsdal, Lesley Robertson, Villy Våge

### NØKKELORD

- Overvekt
- Livsstil
- Behandling
- Kirurgi
- Longitudinell studie

### BAKGRUNN

Sjukleg overvekt definert som kroppsmasseindeks (KMI, kg/m<sup>2</sup>) over 40 eller over 35 med fedmerelatert sjukdom, er eit aukande problem også i Noreg (1). Slik overvekt er sterkt relatert til somatisk og psykisk sjukdom, redusert arbeidslivsdeltaking, livskvalitet og forventet levetid (2-6). Ulike kost- og livsstilsråd til denne pasientgruppa er ikkje dokumentert å gje vedvarande vektreduksjon (6, 7).

Etter diskusjon i fagmiljøet på Vestlandet starta ein opp med kirurgisk behandling av sjukleg overvekt (fedmekirurgi) ved Førde sentralsjukehus i 2001. Kort tid etter kom Ebeltoft kurcenter (EK), ein privat institusjon i Danmark, med eit tilbod om intensiv livsstilsbehandling i institusjon for denne sjukdommen. Norske pasientar tok til å reise dit for å gå ned i vekt, og kravde refusjon av opphaldet frå sitt Regionale føretak. Etter

at ein i Helse Øst valde å dekke deler av desse opphald såg ein seg også i Helse Vest (HV) nøydd til å dekke slike opphald. I HV sette ein som krav at EK og Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter (RKHR) i Fjaler skulle samarbeide om kompetanseutveksling, slik at ein ved RKHR etter kvart skulle kunne tilby livsstilsbehandling på institusjon for sjukleg overvektige pasientar busette innafor HV. Det var også eit ynskje om at denne behandlinga skulle evaluerast.

Føremålet med denne studien er å evaluere langtidseffekten for sjukleg overvektige pasientar som var med i dette livsstilsopplegget. Primærutfall er om pasienten i ettertid har blitt fedmeoperert eller ikkje, sekundære utfall er endring i KMI, fedmerelatert sjukdom, sjølvopplevd helse og arbeidslivsdeltaking.

### METODE

Denne prospektive kohortstudien tek utgangspunkt i ei gruppe på 48 pasientar. Disse fekk etter eige ynskje om livsstilsbehandling, og etter tilvising frå primærlege til fagmiljøet i Helse Førde, dette tilbodet om livsstilsbehandling. Inntak av pasientar skjedde i to puljer; 3. januar 2005 og 25. april 2005, med 24 pasientar i kvar pulje. Behandlinga omhandla kost, mosjon, psyko-

logiske forhold og motivasjon.

Kriteria for å kunne delta i behandlinga var KMI over 40 kg/m<sup>2</sup>, alternativt KMI ned til 35 kg/m<sup>2</sup> med fedmerelatert sjukdom som kan betrast med vektreduksjon. Eksempel på slike sjukdommar var søvnapné, type II diabetes mellitus (T2DM) og

### Hva tilfører artikkelen?

Artikkelen viser at fedmeopererte pasienter har bedring i KMI, fedmerelatert sykdom, selvoopplevd helse og arbeidslivsdeltaking. De som ikke er operert, men har mottatt livsstilsbehandling, har derimot fall i KMI uten signifikant endring på de tre andre områdene.

### Mer om forfatterne:

John Roger Andersen er sjukepleiar, postdoktor i Helse Førde og førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Han har PhD på livskvalitet for pasientar som har fått behandling for sjukleg overvekt. Mari Hage Stokke er medisinastudent ved Universitetet i Bergen. Margunn Bye Tøsdal er medisinastudent ved Universitetet i Bergen. Lesley Robertson er klinisk ernæringsfysiolog ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter. Villy Våge er spesialist i gastrointestinal kirurgi og har PhD på langtidseffektar av fedmekirurgi. Han er kirurg og forskar ved Helse Førde behandlingssenter for sjukleg overvekt. Kontakt: john.roger.andersen@helseforde.no.

fysiske vanskar som i vesentleg grad påverka livssituasjonen. Men pasienten måtte kunne bevege seg utan hjelpemiddel. Alder skulle vere mellom 18 og 60 år, pasienten måtte ikkje ha alkohol- eller anna misbruk i nær sjukehistorie, og ikkje alvorleg psykisk sjukdom som til dømes psykose. Vedkommande måtte vere vurdert som sterkt motivert og mentalt innstilt på å arbeide med overvektsproblematikken og personleg utvikling. Som ein del av kartlegginga vurderte ein også

enten sin journal, medan data etter seks år er frå telefonintervju. Ansvarleg for gjennomføring av desse intervjuar var MBT og MHS. Spørsmål som vart stilt var: Om han/ho var blitt operert med fedmekirurgi, sivilstatus, arbeidslivsdeltaking (prosent stilling), kroppsvekt, vurdering av eiga helse (1 = utmerka, 2 = mykje god, 3 = god, 4 = nokså god, 5 = dårleg), og om pasienten var under behandling for fedme-relatert sjukdom (T2DM, hypertensjon, hyperlipidemi, muskel/

arbeidslivsdeltaking før og etter intervensjon vart utført for operert og ikkje-operert gruppe separat ved hjelp av avhengig-t test. Fordi endringsskår for arbeidslivsdeltaking ikkje var normalfordelt gjorde vi sensitivitetsanalyse med Wilcoxon rank-test når vi testa endring i denne variabelen. P-verdiane var tilnærma identiske og konklusjonane vart dei same. Variansanalyse vart nytta for å undersøke om endringar i sekundærutfall for operert og ikkje-operert gruppe var ulike, etter justerting av utgangsverdi av den avhengige variabelen, alder og kjønn. Effektstorleikar (ES) for endringar i sekundærutfall vart kalkulert ved å dividere endringsskåran med standardavviket for den aktuelle variabelen. Standardavviket vart basert på alle dei 48 pasientane som starta behandlinga. Ein ES kan tolkast slik: <0,2 er utan betyding, 0,2 til 0,49 er ein liten effekt, 0,5 til 0,79 ein middels effekt og  $\geq 0,8$  ein stor effekt (12). Korrelasjonar mellom endring i KMI og sekundærutfall vart undersøkt med Pearson's r. Ein P-verdi <0,05 vart rekna som statistisk signifikant. Alle analysar vart utført med IBM SPSS versjon 20.

## ” Vektnedgangen og den store fysiske framgangen dei opplevde gav auka sjølvkjensle.

pasientane sin motivasjon på ein skala frå 0–10, der 10 er høgaste motivasjonsnivå. Modellen for behandling var basert på opplegget dei brukte ved EK. Første del av behandlinga var eit 16 veker langt opphald ved EK, pasientane var så heime i åtte veker før behandlinga vart fullført med eit 16 veker langt opphald på RKHR. Helse Vest betalte 270.000 kroner per pasient for dei 32 vekene på institusjon. Ein fedmeoperasjon var på denne tida kostnadsrekna til mellom 90.000 og 130.000 kroner avhengig av type operasjon.

### MÅLEMETODAR

Ein prospektiv kohortstudie med planlagt oppfølging, eit, to og fem år etter oppstart av behandling, vart godkjent av Regional etisk komité (REK). Av ressursmessige årsaker, og grunna låg svarprosent på tilsendte spørjeskjema, vart femårs data innhenta eitt år forsinka. Desse vart innhenta, gjennom standardiserte telefonintervju sommaren/hausten 2011, etter endringsmelding til REK. Data ved inklusjon og etter 16 veker er såleis henta frå pasi-

skjelettsmerter, søvnapné, angst/depresjon). Som avslutning på intervjuet vart pasienten spurt om han/ho hadde generelle kommentarar til behandlinga.

For fedme-relatert sjukdom laga vi ein komorbiditetsskår basert på seks viktige fedme-relaterte sjukdommar (T2DM, hypertensjon, hyperlipidemi, muskel/skjelettsmerter (rygg, hofta, kne og okle), søvnapné, angst og/eller depresjon), der kvar sjukdom gav eitt poeng, det vil seie mogeleg skår frå 0 til 6 (8). Spørsmålet om vurdering av eiga helse vart henta frå livskvalitetsskjemaet Short-Form-36 (9), og normdata justert for alder og kjønn for denne variabelen vart henta frå Levekårsundersøkinga i 2002 (10). Data for arbeidslivsdeltaking i Noreg justert for kjønn og alder vart henta frå Statistisk sentralbyrå (11).

### STATISTIKK

Data i høve om pasientar i ettertid var blitt fedmeoperert eller ikkje er presentert med deskriptiv statistikk. Analyser på endring i KMI, komorbiditetsskår, eigenvurdert helse og prosent

### RESULTAT

Blant 48 sterkt motiverte pasientar som starta behandlinga i 2005 var det 18 menn og 30 kvinner (tabell 1). Tre av desse 48 ville ikkje svare på telefonspørsmåla, og to lukkast vi ikkje å få kontakt med. Blant dei 43 som svarte hadde to fått anna alvorleg sjukdom som gjorde at overvekt ikkje lenger hadde fokus.

Frå dei 41 pasientane som blei inkludert i studien manglar vi seksårs data for sekundærutfall på tre av dei opererte. Ein av desse tre var i mellomtida død av

**TABELL 1:** Oversikt over pasientar inkludert i behandlinga

Tal pasientar	N= 48
Alder (år)	40,0 ± 9,2
Kjønn, n (%)	
Menn	18 (38 %)
Kvinner	30 (62 %)
Sivilstatus, n (%)	
Einsleg	25 (52 %)
Gift eller sambuar	23 (48 %)
Arbeidslivsdeltaking, n (%)	
Ja	25 (52 %)
Nei	23 (48 %)
Motivasjon (0-10)*	9,9 ± 0,5
Vekt (kg)	151,6± 30,7
KMI (kg/m <sup>2</sup> )	50,2 ± 6,9
Eigenvurdert helse (1 - 5) **	4,0 ± 0,8
Komorbidityindeks (0 - 6) ***	1,8 ± 1,4

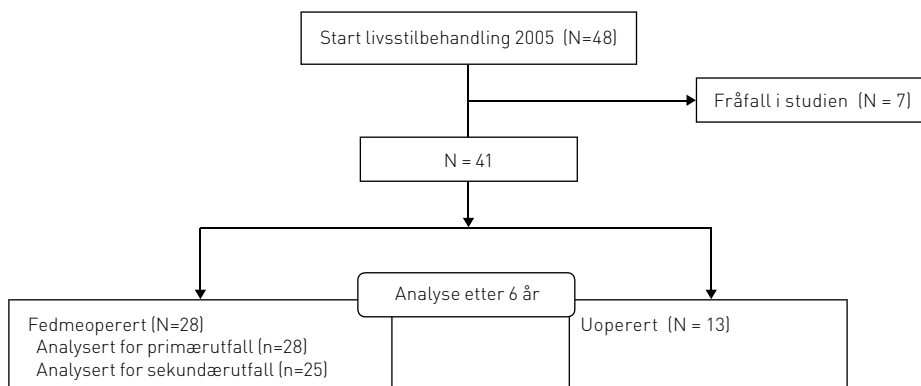
Data oppgitt i n (%) eller snitt ± standardavvik.

\* Motivasjon: Skala frå 0–10 der 10 er høgast motivasjon.

\*\* Eigenvurdert helse: 1 = utmerka, 2 = mykje god, 3 = god, 4 = nokså god, 5=dårleg.

\*\*\* Komorbidityindeks: Eit poeng per fedmerelatert sjukdom (type 2 diabetes, hypertensjon, hyperlipidemi, muskel/skjelettsmerter, søvnapnoe, angst og/eller depresjon).

**FIGUR 1:** Flytskjema.



**TABELL 2:** Oversikt over sekundærutfall gruppert etter status operert / uoperert ved seks år (n = 38).

Variablar	Status ved oppstart av behandling	Status etter seks år		
	Seinare operert (n=25)	Uoperert (n=13)	Seinare operert (n=25)	Uoperert (n=13)
Alder (år)	37,3 ± 8,4	44 ± 9,4	43,3 ± 8,4	50,6 ± 9,4
Kjønn, n (%)				
Menn	9 (36 %)	6 (46 %)	9 (36 %)	6 (46 %)
Kvinner	16 (64 %)	7 (54 %)	16 (64 %)	7 (54 %)
Sivilstatus, n (%) *				
Einsleg	11 (44 %)	7 (58 %)	9 (36 %)	4 (33 %)
Gift eller sambuar	14 (56 %)	5 (42 %)	16 (64 %)	8 (67 %)
Arbeidslivsdeltaking, n (%) #				
Ja	13 (52 %)	5 (42 %)	18 (82 %)	6 (50 %)
Nei	9 (41 %)	7 (58 %)	4 (18 %)	6 (50 %)
Arbeidslivsdeltaking, (% stilling) #	52,8 ± 48,2	41,2 ± 48,1	70,7 ± 41,2	48,8 ± 51,1
Vekt (kg)	155,5 ± 32,3	149,1 ± 32,3	93,9 ± 17,6	129,3 ± 38,0
KMI (kg/m <sup>2</sup> )	51,8 ± 7,6	48,6 ± 6,0	31,4 ± 5,2	42,1 ± 8,4
Eigenverdert helse (1-5) \$	4,2 ± 0,8	4,0 ± 0,8	2,1 ± 1,3	3,2 ± 1,1
Eigenverdert helse «god eller betre» (1-3) \$	6 (25 %)	4 (31 %)	19 (79 %)	7 (54 %)
Under behandling for, n (%) \$				
Type 2 diabetes	9 (38 %)	5 (39 %)	3 (13 %)	4 (31 %)
Hypertensjon	10 (42 %)	5 (39 %)	5 (21 %)	6 (46 %)
Hyperlipidemi	2 (8 %)	0 (0 %)	1 (4 %)	0 (0 %)
Muskel/skjelettsmerter	18 (75 %)	5 (39 %)	6 (25 %)	5 (39 %)
Søvnapnoe	4 (17 %)	2 (15 %)	0 (0 %)	5 (39 %)
Angst og/eller depresjon	8 (33 %)	2 (15 %)	7 (29 %)	2 (15 %)
Komorbidityindeks (0-6)	2,0 ± 1,4	1,5 ± 1,4	0,9 ± 0,9	1,7 ± 1,5

Data oppgitt i n (%), eller snitt ± standardavvik. Status ved inklusjon manglar for; \*ein uoperert, # tre opererte og ein uoperert, \$ ein operert. Status etter seks år er berre presentert for dei pasientane vi har data på ved inklusjon. Eigenverdert helse: 1 = utmerka, 2 = mykje god, 3 = god, 4 = nokså god, 5=dårlig. Komorbidityindeks: Eit poeng per fedmerelatert sjukdom (type 2 diabetes, hypertensjon, hyperlipidemi, muskel/skjelettsmerter, søvnapnoe, angst og/eller depresjon).

sjukdom som ikkje var relatert verken til overvekt eller gjennomgått fedmeoperasjon. Data for sekundærutfall er difor presentert for 38 av 41 pasientar (figur 1).

Når vi samanliknar pasientar som seinare har blitt operert mot dei som ikkje er operert, ser vi at gruppene i hovudsak var like før intervensjon bortsett frå at

i gruppa som er operert hadde eit stort fleirtal muskel og skjelettsmerter (tabell 2). Alvorlegheitsgraden av diabetes i dei to gruppene var også lik før intervensjon (data ikkje vist).

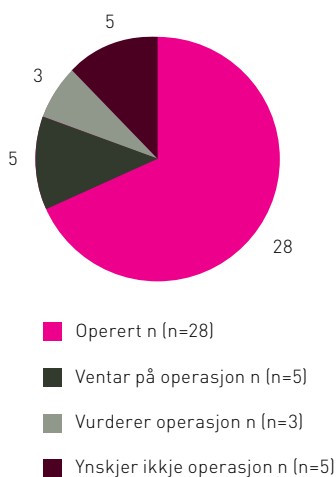
#### PRIMÆRUTFALL

Av 41 inkluderte pasientar hadde 33 (80 prosent) enten gjennom-

gått fedmeoperasjon eller sto på venteliste for slik operasjon (figur 2). Pasientane var blitt operert i tidsrommet juni 2007 til mars 2011, det vil seie frå kring 1 1/2 til 5 år etter oppstart av programmet og inntil fire månader før telefonintervjua. Blant dei 28 som var opererte hadde 15 blitt operert ved offentlege sjukehus,



**FIGUR 2:** Pasientar gruppert etter primærutfall (operert/ventar på operasjon/vurderer operasjon/ynskjer ikkje operasjon) ved seks år (n = 41).



sju på privat sjukehus dekkja gjennom fristbrotordninga (6) eller privat helseforsikring (1), medan seks hadde betalt operasjon på privat sjukehus sjølv. Tre pasientar vurderte å søkje om operasjon medan fem pasientar ikkje hadde ynskje om operasjon.

### ENDRING I KMI

Etter 16 veker på EK var gjennomsnittleg KMI redusert frå  $50,7 \pm 7,2$  til  $43,0 \pm 6,1$  hos dei 38 pasientane som er presentert for sekundærutfall ( $P < 0,001$ ;  $ES = 1,12$ ). Etter seks år var gjennomsnittleg KMI redusert frå  $51,8 \pm 7,6$  til  $31,4 \pm 5,2$  blant dei opererte ( $P < 0,001$ ;  $ES = 2,96$ ), og frå  $48,6 \pm 6,0$  til  $42,1 \pm 8,4$  blant dei uopererte ( $P = 0,004$ ;  $ES = 0,93$ ). Hos dei åtte som verken var operert eller venta på operasjon hadde sju oppnådd å gå ned i vekt, og tre hadde lukkast i å redusere overvekta med meir enn

50 prosent. Reduksjonen i KMI var  $11,5$  einingar større hos dei opererte enn hjå dei uopererte etter justering for alder, kjønn og utgangsverdi for KMI ( $P < 0,001$ ;  $ES = 1,67$ ) (Figur 3).

### TILLEGGSSJUKDOM

Gjennomsnittleg komorbiditetsskår vart forbetra frå  $2,0 \pm 1,4$  til  $0,9 \pm 0,9$  blant dei opererte ( $P < 0,001$ ;  $ES = 0,86$ ), medan den auka svakt frå  $1,5 \pm 1,4$  til  $1,7 \pm 1,5$  blant dei uopererte ( $P = 0,513$ ;  $ES = 0,14$ ). Særleg reduksjonen i

begge grupper samla var  $-0,45$  ( $P = 0,005$ ).

### ARBEIDSLIVDELTAING

Blant dei opererte auka arbeidslivdeltakinga frå 13 (59 prosent) til 18 (72 prosent), medan den blant uopererte endra seg frå 5 (42 prosent) til 6 (50 prosent). Arbeidslivdeltakinga i den generelle norske befolkninga, justert for alder og kjønn, er 80 prosent (10). Arbeidslivdeltakinga målt i stillingsprosent auka frå  $54,6 \pm 48,6$  til  $70,7 \pm 41,2$  prosentpo-

” Det var gjennomgåande at deltakarane sakna oppfølging etter opphaldet.

førekost av type 2 diabetes, hypertensjon, muskel/skjelettsmerter og søvnapné bidrog til forbetringa hos opererte (tabell 2). Forbetringa i komorbiditetsskår var  $0,9$  poeng større blant dei opererte i forhold til dei uopererte etter justering for alder, kjønn og utgangsverdi for komorbiditetsskår ( $P = 0,012$ ;  $ES = 0,64$ ) (figur 3). Korrelasjon for endring i KMI og endring i komorbiditetsskår for begge grupper samla var  $-0,44$  ( $P = 0,006$ ).

### EIGENVURDERT HELSE

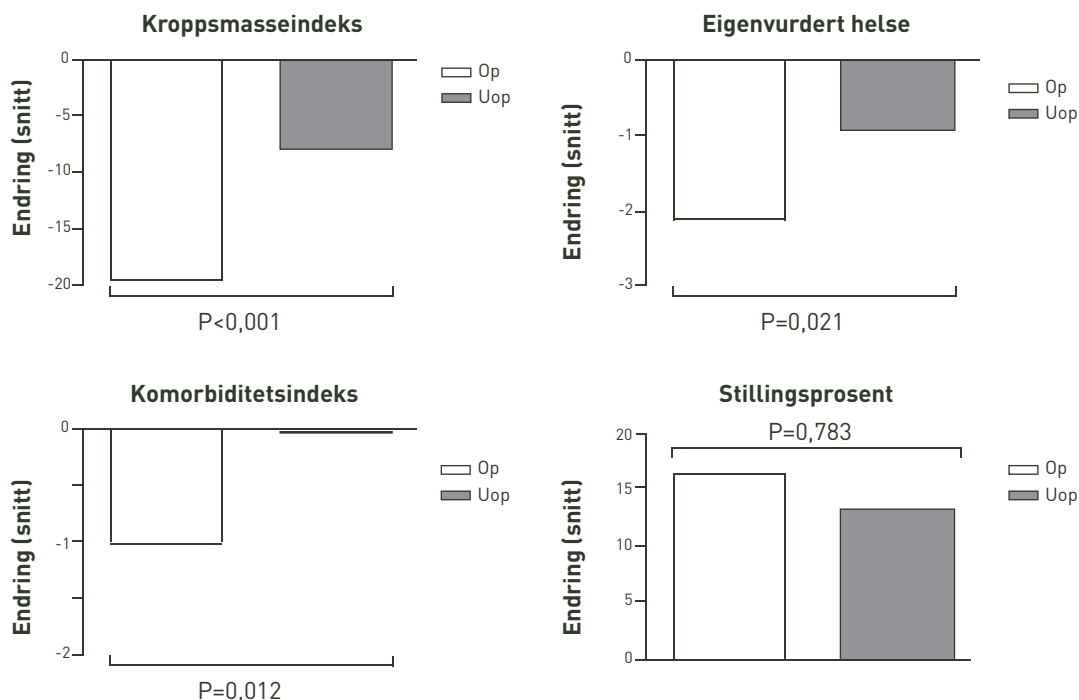
Gjennomsnittleg skår for eigenvurdert helse vart forbetra frå  $4,2 \pm 0,8$  til  $2,1 \pm 1,3$  blant dei opererte ( $P < 0,001$ ;  $ES = 2,63$ ), medan den endra seg frå  $4,0 \pm 0,8$  til  $3,2 \pm 1,1$  blant dei uopererte ( $P = 0,062$ ;  $ES = 1,0$ ). Gjennomsnittleg skår for eigenvurdert helse i normalbefolkninga er  $2,5$  (3). Forbetringa i eigenvurdert helse var  $1,1$  poeng større hos dei opererte i forhold til dei uopererte etter justering for alder, kjønn og utgangsverdi for eigenvurdert helse ( $P = 0,021$ ;  $ES = 1,38$ ) (figur 3). Korrelasjon for reduksjon i KMI og endring i eigenvurdert helse for

eng blant dei opererte ( $P = 0,027$ ;  $ES = 0,33$ ), medan den endra seg frå  $36,3 \pm 46,7$  til  $48,8 \pm 51,1$  prosentpoeng blant dei uopererte ( $P = 0,191$ ;  $ES = 0,26$ ). Forbetringa i arbeidslivdeltaking målt i stillingsprosent var  $3,2$  prosentpoeng større hos dei opererte i forhold til uopererte etter justering for alder, kjønn og utgangsverdi for arbeidslivdeltaking. Denne forskjellen var ikkje statistisk signifikant ( $P = 0,783$ ;  $ES = 0,07$ ) (figur 3). Korrelasjon for reduksjon i KMI og endring i arbeidslivdeltaking var  $0,02$  ( $P = 0,908$ ).

### DELTAARARKOMMENTARAR

Uavhengig av om dei i ettertid har gjennomgått fedmeoperasjon eller ikkje kommenterte mange at dei fekk god kunnskap om trening og sunt kosthald, samt motivasjon for vektreduksjon og livsstilsendring gjennom opplegget. Vektnedgangen og den store fysiske framgangen dei opplevde gav auka sjølvkjensle, men mange sat att med inntrykk av at opplegget verka godt der og då, men ikkje på lengre sikt. Fleire sa at opphaldet verka som motivasjon for seinare fedmeoperasjon

**FIGUR 3:** Gjennomsnittlege endringar i sekundærutfall frå behandlingstart til seks år seinare hos opererte (Op) (n=25) og uopererte (Uop) (n=13). I denne analysen er forskjell i endringar mellom dei to gruppene justert for alder, kjønn og utgangsverdi av sekundærutfallet. Eigenvurdert helse: 1 = utmerka, 2 = mykje god, 3 = god, 4 = nokså god, 5=dårleg. Komorbiditetsindeks: Eit poeng per fedmerelatert sjukdom (type 2 diabetes, hypertensjon, hyperlipidemi, muskel/skjelett-smerter, søvnapné, angst og/eller depresjon).



fordi dei fekk kjent på effekten av vekt nedgang og opplevd meistring. Det var gjennomgåande at deltakarane sakna oppfølging etter opphaldet. Eit par av deltakarane kommenterte at det var ei psykisk påkjenning å gå opp att til utgangsvakta etter opphaldet. Kjensla av at magesekken var like stor, trass i at ein var gått ned i vekt, gjorde at ein aldri kjende seg mett.

#### DISKUSJON

Hovudfunna i denne studien er at seks år etter oppstart av livsstilsbehandling for ei selektert og sterkt motivert gruppe

sjukleg overvektige pasientar, er 80 prosent av pasientane (n=33/41) enten fedmeoperert eller står på venteliste for slik operasjon. Opererte pasientar har statistisk signifikant betring i KMI, fedmerelatert tilleggsjukdom, sjølvopplevd helse og arbeidslivsdeltaking medan dei som ikkje er operert har statistisk signifikant fall i KMI utan signifikant endring på dei tre andre områda. Justerte analysar viser at opererte pasientar hadde signifikant større forbetring på alle sekundærutfall enn dei uopererte, unntate arbeidsdeltaking.

Studiar med oppfølgingstid på

fem år eller meir er nærast fråverande for livsstilsintervensjon ved overvekt og sjukleg overvekt, medan der er mange studiar med eit til to års oppfølging. I Swedish Obese Subject Study (SOS) fylgjer ein to kohortar av sjukleg overvektige pasientar; ei gruppe behandla med livsstilsråd og ei gruppe behandla med fedmekirurgi. I gruppa som vart behandla med livsstilsråd vart det oppnådd eit lite vekt tap ved seks månader, men etter ti år er desse pasientane i gjennomsnitt  $1,6 \pm 12$  prosent tyngre enn ved inklusjon (13). I ein annan studie var målet å evaluere vektendring

etter gjennomgått tolvvekers behandling med lågkaloridiett (14). Kravet til inklusjon var KMI over 30 og berre dei som gjennomførte behandlinga med eit vekttaap  $\geq 10$  kg ( $n=154/426$ ), og der ein hadde oppfølgingsdata for  $\geq$  to år ( $n=112/154$ ) vart følgt. Basert på data frå kring 30 prosent av dei 112 pasientane konkluderte ein med at kring 25 prosent av dei 112 hadde lukkast i å oppretthalde eit vekttaap på 10 prosent ved fem til sju års oppfølging. Desse studiane viser utfordringa ved livsstilsintervensjon: Stort fråfall og gradvis vekttauke etter initial vektnefgang er vanleg, og i beste fall vil om lag 20 prosent kunne klare å oppnå 10 prosent vektreduksjon over tid (7, 15-17).

Ifylje WHO er det å unngå vekttauke over tid ein suksess ved livstilstiltak mot sjukleg overvekt, medan det etter kirurgi er rekna som suksess først om ein oppnår å gå ned  $\geq 50$  prosent av overvekta (6, 18-19). Vi har i tillegg til vekttaap også valt å studere endring i sjølvopplevd helse, fedmerelatert sjukdom og arbeidslivsdeltaking. Pasientar med sjukleg overvekt har ofte sterkt redusert helserelatert livskvalitet i forhold til normdata, og betring i helserelatert livskvalitet er eit hovudmål ved behandling av sjukleg overvekt. Betring i sjølvopplevd helse og fedmerelatert sjukdom er relatert til graden av vekttaap (5, 13). Relativt få studiar har sett på endring i arbeidslivsdeltaking etter behandling for sjukleg overvekt (20, 21).

Der var ingen mortalitet som fylgje av livsstilsbehandling eller kirurgi, men bortsett frå dette har vi ikkje undersøkt for eventuelle komplikasjonar eller biverknader knytt til behandlinga. Som komplikasjon eller biverknad til livsstilsbehandling

kunne ein tenke seg belastningsskader som fylgje av auka fysisk aktivitet eller depresjon som fylgje av mislukka behandling. Blant dei som seinare har blitt operert kunne ein tenke seg kirurgiske komplikasjonar eller gastrointestinale biverknader. Dersom pasientane hadde hatt alvorlege etterverknader ved oppfølging ville vi forvente at det gav utslag på skår for sjølvopplevd helse.

**” Opererte pasientar hadde signifikant større betring på alle sekundærutfall enn dei uopererte, unnateke arbeidslivsdeltaking.**

Blant dei 13 uopererte pasientane var der ein vesentleg vektreduksjon, trass dette var det ingen reduksjon i fedmerelatert tilleggssjukdom. Vi syntes dette var overraskande, særleg sett i lys av at ein tidlegare har påpeikt gunstig effekt på fedmerelatert sjukdom ved eit vekttaap på 5-10 prosent. Nyare data frå SOS-studien støttar opp om våre funn og tyder på at ein treng eit større vekttaap for å oppnå effekt på fedmerelatert sjukdom over tid (22). Dei opererte pasientane var operert med forskjellige metodar (vertikal ventrikelreseksjon, duodenal omkobling, gastrisk bypass), og endring i KMI, tilleggssjukdommar og sjølvopplevd helse er slik ein kan forvente ut ifrå litteraturen. Arbeidslivsdeltaking blant dei opererte auka frå 13 til 18 av dei 22 vi har arbeidslivsdata på, ein auke frå 59 prosent til 82 prosent, noko som er på same nivå som den generelle norske befolkninga (11).

EK og RKHR hadde litt ulik tilnærming. På EK var ideologien at pasientane skulle vere lenge nok borte frå eige miljø for å innarbeide varige livsstilsendringar, medan fokuset på RKHR var

at pasientane skulle ta kontroll over eige liv. Nokre av pasientane uttrykte misnøye og frustrasjon over at der var forskjellig tilnærming. Vidare vart livsstilsbehandlinga for dei to gruppene gjennomført på to ulike tidsperiodar og åtskilte frå kvarandre. Sjølv om inntakskriteria var like og behandlingssopplegget uforandra var der likevel noko fleire i gruppe to som vart opererte i

ettertid. Her kan ulik gruppedynamikk vere ein mogleg medverkande faktor, då pasientane i gruppe to oppgjer å framleis ha kontakt med kvarandre.

Studien omfattar 41 av 48 pasientar (85 prosent). Studiepopulasjonen er liten, og dersom der er store endringar hjå dei vi ikkje har lukkast i å få data på kan dette påverke resultatane. Gruppa som var uoperert ved oppfølging var mindre enn gruppa som var operert ( $n=13$  versus  $n=25$  for sekundærutfall), noko som stiller større krav til endring for å finne statistisk signifikans. Vi har prøvd å balansere dette ved også å presentere ES, samt at vi har samanlikna gruppene med justerte analysar. Her ser vi til dømes at endring i eigenvurdert helse er relativt stor ( $ES = 1,0$ ), men ikkje signifikant hos dei opererte. Dette kan vere ein type 2 feil. At vi samla inn seks års data ved telefonintervju kan ha vore både ein svakheit og ein styrke. Ein svakheit ved slike intervju er at opplysningane er sjølvrapporterte og kan då vere unøyaktige, og det er hevda at sjølvrapportert vekt ofte er lågare enn reell vekt. Oppgitt vekt etter seks år hjå dei opererte pasien-

tane gir likevel eit vekttap som forventta etter dei operasjonane som er utført. Dette bidrar til å styrke truverde til oppgitt vekt for opererte pasientar medan oppgitt vekt for uopererte kan vere meir usikkert. Styrken ved telefonintervju er at ein då kan nå fleire, og oppfølgingsdata på 41 av 48 pasientar etter seks år er bra for denne type studiar.

Fedmekirurgi har vist seg å vere livsforlengande (4, 23), livskvalitetsfremjande (5) og samfunnsøkonomisk kostnadssparande (2) medan livsstilsintervensjon er sett på som utprøvande behandling med mange uavklarte spørsmål (3, 7, 24). Erfaringar mellom anna frå Ebeltoft-modellen har ført til endringar i opplegget ved RKHR. Opplegget i dag byggjer på fleire, kortare opphald med lokal oppfølging som ledd i samhandlingsreforma. Ein legg vekt på å etablere sunne vanar med omsyn til kosthald og fysisk aktivitet, bruke motiverande intervju og kognitiv terapi (25), og ein vil generelt unngå å skape urealistiske forventningar om eit stort vekttap (26-28). Målsetjinga er å betre livskvalitet gjennom auka sosial- og arbeidslivsdeltaking, unngå utvikling/forverring av fedmerelatert sjukdom og forbetring av fysisk og psykisk helse. Vidare forskning lyt avklare kva resultat dette og liknande behandlingstilbod gir.

## KONKLUSJON

Fleirtalet av pasientane som deltok i Ebeltoft-modellen for livsstilsbehandling av sjukleg overvekt har i ettertid gjennomgått fedmekirurgi. Opererte pasientar har statistisk signifikant betring i KMI, fedmerelatert sjukdom, sjølvopplevd helse og arbeidslivsdeltaking medan dei som ikkje er operert har statistisk signifikant fall i KMI utan signifikant endring på dei tre andre utfalla. Resultat

for andre modellar av livsstilsbehandling ved sjukleg overvekt må evaluerast.

## REFERANSER

1. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskr Nor Lægeforen. 2007;127:34-7.
2. Picot J, Jones J, Colquitt JL, Gospodarovskaya E, Loveman E, Baxter L, Clegg AJ. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2009; 14: 215-57.
3. Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2009;CD003641.
4. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lönroth H, Näslund I, Öbers T, Stenlöf K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LM. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med. 2007; 357:741-52.
5. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. Int J Obes. 2007; 31:1248-61.
6. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.
7. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. Obes Rev. 2005; 6:67-85.
8. Sendi P, Brunotte R, Potoczna N, Branson R, Horber FF. Health-related quality of life in patients with class II and class III obesity. Obes Surg. 2005;15:1070-6.
9. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: manual & interpretation guide 2 edn. QualityMetric Inc, Lincoln, RI. 2000.
10. SSB. Samordnet levekårsundersøkelse 2002 - tverrsnittsundersøkelsen. Statistisk sentralbyrå, Oslo. 2004.
11. SSB. Arbeid. Tilgjengeleg frå: <http://ssb.no/arbeid/>. (Lasta ned 10.10.2012).
12. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences 1 edn. Academic Press, New York. 1988.
13. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Larsson B, Narbro K, Sjöström CD, Sullivan M, Wedel H. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med. 2004; 351:2683-93.
14. Anderson JW, Vichitbandra S, Qian

15. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. Am J Clin Nutr. 2005; 82:22-5.
16. Golay A, Buclin S, Ybarra J, Toti F, Pichard C, Picco N, de Tonnac N, Allaz AF. New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: a 5-year follow-up study. Eat Weight Disord. 2004; 9:29-34.
17. Christiansen T, Bruun JM, Madsen EL, Richelsen B. Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. Obesity. 2007; 15:413-20.
18. Reinhold RB. Critical analysis of long term weight loss following gastric bypass. Surg Gynecol Obstet. 1982; 155:385-94.
19. Deitel M, Gawdat K, Melissas J. Reporting weight loss. Obes surg. 2007; 17:565-8.
20. Gripeteg L, Lindroos AK, Peltonen M, Sjöström L, Narbro K. Effects of bariatric surgery on disability pension in Swedish obese subjects. Int J Obes. 2012; 36:356-62.
21. Andersen JR, Aasprang A, Bergsholm P, Sletteskog N, Vage V, Natvig GK. Health-related quality of life and paid work participation after duodenal switch. Obes surg. 2010; 20:340-5.
22. Sjöström CD, Lystig T, Lindroos AK. Impact of weight change, secular trends and ageing on cardiovascular risk factors: 10-year experiences from the SOS study. Int J Obes. 2011; 35:1413-20.
23. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, Lamonte MJ, Stroup AM, Hunt SC. Long-term mortality after gastric bypass surgery. N Engl J Med. 2007; 357:753-61.
24. Simpson SA, Shaw C, McNamara R. What is the most effective way to maintain weight loss in adults? BMJ. 2011; 343:d8042.
25. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2005;CD003818.
26. Wooley SC, Garner DM. Obesity treatment: the high cost of false hope. J Am Diet Assoc. 1991; 91:1248-51.
27. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. Nutr j. 2011; 10:9.
28. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, Purcell K, Shulkes A, Kriketos A, Proietto J. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. N Engl J Med. 2011; 365:1597-1604.

# Trenger støtte og oppfølging

› Pasienter med sykkelig overvekt trenger langvarig støtte og oppfølging uavhengig av behandlingsform.

Foto: Erik M. Sundt



**Anne Lise Hustadnes**

Fagkonsulent, Lærings- og mestringssenteret, Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus HF

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Jeg har med interesse lest artikkelen: «Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt». Undersøkelsen støtter internasjonal forskning som viser at selv om intensiv livsstilsbehandling kan vise til gode resultater på kort sikt, faller mange tilbake til gamle vaner og vekt ett til to år etter livsstilsopphold. Dette kjenner jeg igjen fra egen praksis.

Artikkelen følger pasienter som har deltatt i et 40-ukers behandlingsprogram. Behandlingen medførte økt kunnskap, motivasjon for vektreduksjon og livsstilsendring. Likevel er det store flertallet operert eller venter på operasjon på intervju-tidspunktet. Dette viser hvor vanskelig det er å gå ned i vekt og opprettholde vekttao når fedme først er etablert.

I mitt arbeid på Lærings- og mestringssenteret (LMS) har jeg møtt flere som har gått ned 40–50 kg, for siden å legge på seg alt igjen. Dette er mennesker som befinner seg i en sårbar og fortvilet situasjon, og trenger å

bli møtt med en genuin respekt og anerkjennelse.

Artikkelen viser at opererte opplevde større bedring i fedme-relatert tilleggssykdom, selvopplevd helse og arbeidsevne enn uopererte. Men ikke alle ønsker, kan eller bør opereres. Mange får et bedre og lettere liv, men behandlingen kan medføre alvorlige komplikasjoner både på kort og lang sikt. De positive opplevelsene er ofte størst i vektreduksjonsfasen, også fedmekirurgi krever endring av matvaner og livsstil for å få et varig resultat.

Fedmeutvikling kan henge sammen med indre uro og vanskelige følelser. Man må ikke bagatellisere spiseforstyrrelser og bakenforliggende psykiske traumer fra barndom og oppvekst. Psykologhjelp kan bidra til å bearbeide vanskelige livshendelser og øke mestring hos disse pasientene.

Nye retningslinjer for behandling av overvekt og fedme som kom i 2010, legger ansvaret for utredning, behandling og langtidsoppfølging til primærhelse-

tjenesten. Forhåpentligvis har pasienter bedre kjennskap til lokale ressurser i hjemkommunen slik at overgangen mellom ulike behandlingsnivåer går lettere etter dette. Som helsepersonell må vi jobbe for et helhetlig pasientforløp. Tettere samarbeid og kompetanseutveksling mellom behandlingsinstitusjoner og ulike nivåer av helsetjenesten kan være avgjørende for å opprettholde motivasjonen hos pasientene.

Langvarig oppfølging og støtte kan være avgjørende for et godt resultat. Det gjelder alle behandlingsformer. LMS har vist seg å være en viktig møteplass for mange både før, under og etter behandling. Deltakerne møter andre i samme situasjon, og får mulighet til å danne et støttende nettverk. Mange velger å fortsette i selvhjelpsgrupper etter endt behandling, aktiv bruk av sosiale medier er også viktige motivasjonskilder både før, under og etter behandling.

Les artikkelen på side 36





## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Selvskading er en hyppig årsak til døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern til tross for at retningslinjer fraråder dette. Det er undersøkt lite om hva som er bedringsfremmende under slike opphold.

**Hensikt:** Å utforske hvordan kvinner med erfaring med selvskading opplever at bedringsprosessen kan fremmes under døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern.

**Metode:** Studien har et fenomenologisk-hermeneutisk design. Det er gjennomført intervjuer og e-postut-

veksling med fem kvinner som har egen erfaring med temaet.

**Funn:** Bedringsprosessen var knyttet til 1) betydningen av fellesskap, 2) betydningen av likeverd og 3) betydningen av å ta ansvar. Beskrivelsen «fordi det er mennesker der» utgjorde helhetsforståelsen av studien. Ønske om innleggelse opplevdes som en mestringsstrategi. Mulighet for tilbaketrekning ble beskrevet som viktig i bedringsprosessen. Akutt-posten representerte samtidig en god treningsarena med et fysisk og sosialt miljø som kunne bidra til

bedring. Tilgjengelig helsepersonell ble ansett som grunnmuren i bedring ved innleggelse og særegent ved akuttposten. Helsepersonell hadde betydning både for at pasienten følte seg verdsatt og for å bli utfordret til ansvarliggjøring.

**Konklusjon:** Avgjørende for at innleggelse fremmer bedring, er tilgjengelig helsepersonell som anerkjenner pasientens autonomi og medbestemmelse som et grunnlag for samhandling. Det innebærer at helsepersonell må tåle utryggheten som ligger i det å gi noe av kontrollen til pasienten.

## ENGLISH SUMMARY

### Women Who Self-harm Experience Admission Into Acute Mental Health Care as Promoting Recovery.

**Background:** Self-harm is a frequent reason for admission into acute mental health care despite the fact that guidelines discourage this. There are few descriptions of how admissions could promote the patient's recovery.

**Objective:** To explore how women with a history of self-harm experience the promotion of recovery during admission in mental health acute wards.

**Method:** The study applies a phenomenological hermeneutics approach. Five women with a history of self-

harm gave descriptions of treatment during interviews and by mail.

**Results:** Recovery was related to 1) The importance of fellowship, 2) The importance of equality and 3) The importance of responsibility. The description «because there are people there» became the comprehensive understanding of the study. The request for admission was experienced as a strategy to cope. The opportunity to emotionally withdraw was described as essential to recovery. The acute ward represented a social environment that promoted recovery. Available healthcare professionals were considered to be essential for recovery

during admission particularly for the acute ward. Healthcare professionals contributed to a feeling of appreciation as well as challenge to take responsibility.

**Conclusion:** Available healthcare professionals who appreciate the patient's autonomy and participation are vital for the admission to promote recovery. This means that healthcare professionals have to stand the insecurity of transferring some of the control to the patient.

**Key words:** Qualitative study, mental health, user participation, recovery, institution, woman

# » Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern

Forfattere: Jan Hammer, Katrine Wilhelmsen, Monica Strand, Gry Bruland Vråle

## NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Psykisk helse
- Brukermedvirkning
- Rehabilitering
- Kvinne

## INTRODUKSJON

Selvskading beskrives som et lite utforsket område (1). Det er behov for kunnskap fra mennesker som selvskader om hvordan behandling i døgnpost i psykisk helsevern kan støtte deres bedringsprosess (2,3). Forskning om effekt av behandling i døgnpost er sparsom (4). Det er viktig å innhente kunnskap fra personer med egenerfaring om døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern, heretter kalt akuttpost (5). Deres erfaringskunnskap må sees som et virkemiddel i kunnskapsutvikling for helsepersonell (2,3,6).

Bedring kan forstås som en prosess (7) hvor personen blant annet gjenoppdager og gjenoppbygger en varig følelse av selvtillit som aktiv og ansvarlig agent (8). Selvskading omfatter selvpåført indre eller ytre skade som overdose eller ved å skjære i kroppen (9). Videre inkluderer

det redusert selvvaretakelse som det å ikke reagere på alvorlige kroppslige symptomer (9).

Selvskading forstås hovedsakelig uavhengig av selvmordsintensjon (10-13). Flere studier viser at selvskading forekommer omtrent tre ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn (14,15). Samtidig har ideen om selvskading som et problem blant kvinner gjenfattet ganger blitt tilbakevist de siste årene (16,17). Retningslinjer anbefaler å behandle både selvskading og mindre alvorlige selvmordsforsøk ambulant (18). Ved nødvendig innleggelse ved akutt selvmordsfare, anbefales innleggelse kun for den akutte selvmordskrisen (18). Selvskading er imidlertid en vanlig årsak til innleggelse (11,18-20). Tilgjengelig litteratur om hva innlagte pasienter som selvskader opplever som bedringsfremmende under innleggelse, handler blant annet om helsepersonells respekt, tilgjengelighet, forståelse og støtte samt eget ansvar for bedringsprosessen og medvirkning i egen behandling (2,3,21-26). Disse studiene omhandler ikke spesifikt døgnopphold i akutt psykisk helsevern.

Hensikten med studien var å utforske hvordan kvinner med egenerfaring med selvskading opplever at bedringsprosessen

kan fremmes under innleggelse i akuttpost. Studien søker å besvare to forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever kvinner som selvskader at døgninnleggelser i akutt psykisk helsevern bidrar til bedring?
- Hvilken betydning opplever kvinner som selvskader at helsepersonell har for bedringsprosessen?

## Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at kvinner som selvskader kan oppleve bedring ved selvalgt innleggelse i døgnpost i akutt psykisk helsevern.

## Mer om forfatterne:

Jan Hammer er spesialsykepleier med master i klinisk helsearbeid og arbeider som rådgiver i FoU-avdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus, VV HF. Katrine Wilhelmsen er spesialsykepleier med master i klinisk helsearbeid og arbeider ved Mottaksseksjonen, Klinikk for psykisk helse og rus, VV HF og som høgskolelektor ved Høgskolen i Buskerud. Monica Strand er sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og master i sykepleievitenskap. Hun arbeider med forskning og utviklingsarbeid i Klinikk for psykisk helse og rus, VV HF. Gry Bruland Vråle er psykiatrisk sykepleier og førstelektor ved Diakonhjemmet Høgskole. Kontakt: jan.hammer@vestreviken.no.

## METODE

Kvalitativ forskningsmetode er egnet til å skape kunnskap om et lite studert fenomen (27). Studien har et fenomenologisk-hermeneutisk design. Studien søker etter meningsinnhold i bedringsprosesser ved å beskrive, undersøke og forstå deltakernes erfaringer (28,29).

## Utvalg

Et strategisk utvalg av fem kvinner i alderen 23–38 år, med selvskadingserfaring opp til 25 år tilbake i tid og fra tjue til to hundre innleggelser på akuttposser i seks ulike fylker i Norge,

” Det er liksom hele grunnen til at jeg er innlagt; fordi det er mennesker der.

deltok i studien. Kontakten med deltakerne ble etablert via en interesseorganisasjon og via en erfaringskonsulent som også hadde en rådgivende rolle i studien.

## Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 25574). Informasjon om studien ble gitt ved forespørsel om deltakelse før intervjuene. Informasjon om at deltakerne når som helst og uten konsekvenser kunne trekke seg som deltakere i studien, ble gitt før og etter intervjuene. Deltakernes anonymitet er sikret ved at sitater og beskrivelser ikke kan knyttets til deres kontekst eller person. Intervjuene kunne føre til berøring av sårbare temaer. Deltakerne fikk mulighet til å kontakte en person i interesseorganisasjonen ved behov for henvisning til profesjonell hjelp.

## Datainnsamling

Data ble samlet inn ved ett fokusgruppeintervju og fem individuelle intervjuer. I tillegg

sendte deltakerne utdyping av temaer på mail til forskerne som er innlemmet i datamaterialet. Fokusgruppeintervjuet varte 90 minutter. Individuelle intervjuer varte cirka 60 minutter.

Vi valgte fokusgruppeintervju for å få innsikt i deltakernes felles erfaringer, behov og ønsker om helseproblemer og helsetjenesten, og for å gjøre bruk av gruppedynamikk (30,31). Som nøytralt intervjusted valgte vi lokale i en interesseorganisasjon (27). Et semistrukturert intervjudesign som reflekterte studiens tema ble utarbeidet i samarbeid med erfaringskonsulenten. Avslutningsvis

ble det foretatt en oppsummering med mulighet for korrigerings fra gruppen.

Individuelle intervjuer er formålstjenlig for å fordype seg i sensitive temaer som fordrer trygghet (29). Tema fra fokusgruppeintervju dannet utgangspunkt for de individuelle intervjuene. Ett intervju ble gjennomført ansikt til ansikt og fire per telefon.

## Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lyd-bånd og transkribert. Lindseth og Nordberg (28) har utviklet en fenomenologisk hermeneutisk metode for tekstanalyse hvor utarbeiding av en helhetsforståelse av meningen i datamaterialet er målet. Mening og forståelse skapes i en dialektisk prosess som består av tre steg; naiv lesing av teksten, en strukturell analyse og formulering av en helhetsforståelse.

Etter naiv gjennomlesning av teksten fra fokusgruppeintervjuet utførte vi en usystematisk kategorisering. For eventuelt

å finne temaer som ikke sto i temaguiden, fokuserte vi på deltakernes utsagn. Et sammendrag av kategoriseringen ble sendt til deltakerne for gjennomlesning før de individuelle intervjuene. Teksten fra de individuelle intervjuene ble gjennomlest flere ganger. Vi gjorde en strukturell analyse ved at all tekst ble inn-delt i meningsbærende enheter i form av setninger og avsnitt innarbeidet i en matrise (subtema og tema). I den strukturelle analysen abstraherte vi til slutt tre temaer. For å komme frem til en helhetlig forståelse, ble all tekst lest gjennom med den naive forståelsen med temaene fra den strukturerte analysen som bak-teppe. Forfatterens forforståelse, kritisk refleksjon og dialog med fagpersoner, samt litteratur, har i denne prosessen vært vesentlig.

## RESULTATER

### Strukturell analyse

#### 1) Betydningen av fellesskap

Et tema deltakerne la vekt på var opplevelsen av kontakt og samhandling med helsepersonell. Deltakerne beskrev en forventning om menneskelig kontakt ved innleggelsen, at helsepersonell bryr seg og er tilgjengelige. «Det er liksom hele grunnen til at jeg er innlagt; fordi det er mennesker der». Deltakerne beskrev hvordan samvær ga opplevelse av å bli verdsatt og av at noen ønsket å tilbringe tid sammen med dem. Det var viktig å ikke føle seg alene: «For meg var det å være på et rom alene, det likner på å være død. ... og så fant de meg og spurte om jeg ville bli med ut, «Vi vil ikke at du skal være død», sa de indirekte til meg sånn som jeg forsto det. «Vi vil ha deg her sammen med oss i noe sosialt». Deltakerne beskrev samvær som mer enn fysisk tilstedeværelse. De vektla



det å holde ut sammen, å være et korrektiv og en utfordrer, samt det å formidle interesse, tid og kjennskap til pasienten, som viktig. Deltakerne la vekt på at samhandling med helsepersonell ga læringsmuligheter ved tilbakemelding og utfordringer i vanskelige situasjoner: «Hvis du løper sammen med meg er det noe helt annet, for da er jeg-plutselig sammen med et medmenneske som vil bruke tid på at jeg kanskje skal lære meg en teknikk eller kanskje skal holde ut den timen her mens vi løper. Jeg synes det er en himmelforskjell på å være en og å være to».

Deltakerne fortalte at de ikke alltid klarte å fortelle om egne behov eller hva som kunne hjelpe dem. Forslag fra helsepersonell om mestringsstrategier motiverte til utprøving. Deltakerne omtalte det som forsiktig «pushing». Avtaler og skriftlig plan som samarbeidsredskaper, ble vektlagt av deltakerne som praktiske hjelpemidler til å kartlegge hjelpebehov. Deltakerne uttrykte at det var til hjelp når helsepersonell bidro til oppmerksomhet på endring og bedring som hadde skjedd over tid. God relasjon til helsepersonell var viktig for deltakerne og for bedringsprosessen: «At du plutselig må ta hensyn til kontakten din. Det var vel ei som nevnte at nå må du ikke stikke av for jeg orker ikke løpe i dag. Får du god kjemi med noen så vil du automatisk også vise det mennesket respekt».

2) Betydningen av likeverd- Deltakerne ga uttrykk for at det er betydningsfullt å bli sett som likeverdig og anerkjent av helsepersonell. De hevdet at en brukerstyrt plass kunne få dem til å føle seg verdsatt og velkommen til posten. «Hvis jeg bare kan komme, så synes jeg at de gir meg en verdi, at jeg er verdi-

full nok til å komme og at jeg får det uten å krangle». Deltakerne understreket at de følte seg sett som mennesker når helsepersonellet viste tillit ved for eksempel å delta i praktiske gjøremål. Å være tilliten verdig var viktig og kunne bidra til den enkeltes evne og vilje til å ta ansvar og være aktør i egen bedringsprosess. Ikke minst ble følelsen av likeverd styrket hos deltakerne når helsepersonell delte interesser og erfaringer fra eget liv med dem: «Så klart, en skal ikke brette ut om alt mulig, men bare være både et sårbart menneske og et sterkt menneske, fordi det er jo sånn vi er – vise seg som et vanlig menneske».

Når helsepersonell anerkjente og tålte følelsesuttrykk, kunne deltakerne bruke akuttposten som et sted for å bli kjent med egne følelser. Flere deltakere beskrev det «å få lov til å være den lille» som viktig i en bedringsprosess på akuttpost. De skildret det som en tilstand der de i ulik grad ble som barn ved håndtering av følelser. De hevdet det var nødvendig for å lære å bli kjent med egne følelser, og å føle seg trygge slik at de kunne tørre å utfordre seg selv. Deltakerne hevdet at arbeid med følelser bidro til bedring: «Jeg var redd for å ligge i sengen, så jeg spurte «Kan vi ikke legge madrassen ned på gulvet?», som et lite barn som på en måte ikke skal falle ut av sengen, og det fikk jeg lov til, ... bare å få lov til og vokse opp litt på følelseslivet».

3) Betydningen av å ta ansvar

Deltakerne beskrev det å være aktive og ta ansvar i behandlingen som viktig for bedringsprosesser. Det fysiske miljøet beskrev deltakerne som en nødvendig sikkerhet for å våge nye utfordringer. Rutinene på akuttposten som faste måltider, gjøre-

mål og regler, kunne gi struktur. Slik opplevde deltakerne at de ble holdt fast i virkeligheten gjennom hverdagslivets aktiviteter.

Når deltakerne selv hadde bedt om innleggelse, opplevde de at de hadde tatt ansvar for å søke hjelp i stedet for å overlate det til andre. En deltaker beskrev læringseffekten i et langsiktig perspektiv: «Når jeg da har valgt å legge meg inn, så tok jeg det valget, nå kan jeg ikke selvskade, jeg er nødt å holde ut. Og så lærer en etter hvert at det går over, og så skjer det flere ganger at det går over, og så etter hvert så lærer man å håndtere det og».

En deltaker sa at det å ha kjente redskaper som hun hadde kontroll over kunne minske sjansen for alvorlig selvskading. Muligheten til å skade seg selv ga minsket stress og økt mot til å holde ut selvskadingstrang: «Jeg kunne klare å holde det ut, fordi at stresset med at noen skulle ta det fra meg ikke var der. Jeg hadde hele tiden den muligheten, sånn som det er hjemme ... ved at jeg hadde lov, så turte jeg å utsette det». Andre deltakere mente at hensikten med innleggelse ikke var å ha mulighet til selvskading, men å ta imot hjelp som også inkluderer inndragning av selvskadingsredskaper. Deltakernes erfaring var at de våget å ta mer ansvar for å bruke andre mestringsstrategier enn selvskading når helsepersonellet var sammen med dem.

Deltakerne beskrev akuttpost som en god treningsarena for utfordring og mestring i den akutte krisen og som forberedelse til livet etter utskrivelse. De beskrev daglige konkrete utfordringer og målsetting som betydningsfulle fordi det kunne gi en følelse av mestring: «Jeg tror det hadde vært så viktig for alle å ha små mål i løpet av dagen. Sånn

at noen kan si før en legger seg at en har fått til noe».

### Helhetsforståelse

Helhetsforståelse av funnene kan beskrives gjennom informantenes vektlegging av tilgjengelig menneskelig kontakt. Det å ha helsepersonell rundt seg hele døgnet er en avgjørende forskjell fra ambulant behandling, og ble beskrevet som motivasjon for innleggelse. Tilgjengelig helsepersonell skapte forutsigbarhet og ga en nødvendig støtte til å våge å ta utfordringer,

seg, blir beskrevet som vanlig praksis (1,33).

### Tilgjengelig helsepersonell

Deltakerne i denne studien poengterer betydningen av å ha helsepersonell tilgjengelig i utfordrende situasjoner og hevder at en trygg relasjon er grunnmuren i bedring ved innleggelse. Deltakerne mener at den trygge relasjonen med helsepersonell var en forutsetning for å våge å ta utfordringer. Ved innleggelse i akuttpost er det tilgjengelig helsepersonell hele døgnet.

” Jeg synes det er en himmelforskjell på å være en og å være to.

samtidig som det ga en opplevelse av å bli verdsatt som menneske. Beskrivelsen «fordi det er mennesker der» er en tolket helhetsforståelse av at samarbeidet mellom pasient og helsepersonell kan forstås som det sentrale i bedringsprosessen ved akuttposten.

## DISKUSJON

### Studiens funn

Deltakerne beskriver ønske om innleggelse ut fra behov for mellommenneskelig kontakt, et nødvendig pusterom og mulighet til utfordring gjennom aktiv samhandling med helsepersonell. Dette beskrives som viktig for å kunne ta fatt på egen bedringsprosess. Deltakerne vurderer anerkjennelse og likeverd som sentralt for sin opplevelse av egen bedringsprosess ved innleggelse. Medbestemmelse ved innleggelse og i behandlingen, bidrar til opplevelse av anerkjennelse. Det kan være en utfordring å imøtekomme dette dersom innleggelse kun tilbys ved akutt selvmordsfare der det primære fokus for helsepersonell vil være sikkerhet og overtakelse av kontroll (32). Å anse sikkerhet som en prioritet og å unngå at pasienten skader

Pasienter klarer å forholde seg til egen utrygghet når de opplever at helsepersonell er tilgjengelig (34). Det kan imidlertid oppstå problemer om pasientens trygghet i akuttposten ved korte innleggelses er hovedmålet. Å fungere godt på en trygg døgnpost kan være vanskelig å overføre til en utrygg hjemmesituasjon (32). Pasienten kan komme til å søke til akuttposten som det eneste stedet vedkommende opplever trygghet. Dette kan skape et problemforsterkende avhengighetsforhold, hyppige reinnleggelses og vanskeliggjøre utskrivelse (32,35). Bedring er en prosess hvor personen utvikler en bedret og mer stabil selvfølelse (8). Når pasienten legges inn er det hensiktsmessig å benytte relasjonen med helsepersonell som plattform for endringsarbeid (36).

### Samhandling

Deltakerne i studien beskriver medvirkning som godt samspill med helsepersonell og dette opplever de som betydningsfullt. Medvirkning i behandling fører til at pasienten opplever økt kontroll, ansvar, håp og optimisme i forhold til fremtiden (21). Posi-

tive aspekter ved innleggelse i akuttpost kan knyttes til autonomi og kvalitet i menneskelig interaksjon (37). Pasienter føler seg verdifulle ved inkludering og ansvarliggjøring i eget tempo (3). Samhandling mellom helsepersonell og pasient som øker pasientens ferdigheter, oppmuntrer til ansvarsfølelse (38). Deltakerne i studien poengterer at helsepersonell som tok initiativ og hadde en aktiv rolle, hjalp dem til å bryte ut av isolasjon. Om helsepersonellet bruker tid på aktiv samhandling med pasienten, kan det redusere tiden de bruker på negativ atferd og krisetilstander (39).

### Et nødvendig pusterom

Deltakerne beskriver akuttposten som et sted der de kunne være den lille, og slik lære å kjenne egne følelser. Dette kan forstås som en nødvendig pause i hverdagen og som læringsmulighet. Tilbaketreking kan gi mulighet til indre prosesser som kan hjelpe personen til å orientere seg, og være grunnleggende for pasientens vekst (40). Midlertidig hvile fra virkelighetens krav kan være nødvendig for å forhindre forverring (41). Utfordringen kan være at det å være den lille og den midlertidige hvilen kan bli en vedvarende eller hyppig tilbakevendende tilstand. Begrunnelsen for å begrense innleggelses er nettopp faren for problemforsterkende prosesser (35). At både helsepersonell og pasient har fokus på så vel helsefremmende som problemforsterkende handlinger, kan etter vår vurdering bidra til nyansert hjelp til de som trenger innleggelse. Dette kan tematiseres i samtaler med pasienter slik at man finner fram til felles holdning og mål.

### Ansvarliggjøring

Brukerne hevder at ansvarlig

og aktiv deltakelse i behandling inkluderer muligheten til regulering av selvskading (2,21,42). En deltaker hevdet at hun reduserte selvskadingen når hun selv hadde ansvar for den. En deltaker nevnte at selvskading hindret henne i å begå selvmord, en erfaring som også beskrives i litteraturen (13,26,43,44). Når helsevesenets forventning er å kontrollere selvskade, kan man hindre pasientens autonomi. Samtidig kan det være nødvendig å regulere pasientens selvskading. Reguleringen må da være forankret i en empatisk holdning og ikke gi respons som i neste omgang kan øke selvskading (34,36,45).

Helsepolitiske føringer som hevder at innleggelse av personer som selvskader er uheldig, kan føre til at pasientens ønske om innleggelse blir en maktkamp (12). Pasienten kan da oppleve ignorering fra helsepersonell. Det kan paradoksalt nok forverre pasientens symptomer (33). Deltakerne beskriver ønske om innleggelse som å velge bort å skade seg. En bønn om hjelp kan være tegn på bedring ved at man tar ansvar for egen situasjon (40). Erfaringer med brukerstyrte plasser hvor pasienten selv tar ansvar for å be om innleggelse, viser at antall liggedøgn totalt kan gå ned (46,47). Dette kan tyde på at balanse mellom anerkjennelse av brukerens behov og ansvarliggjøring kan bidra til mestring av egen situasjon.

### Metodekritikk

Til nå er det sparsomt med studier som fokuserer på behandling av personer som selvskader, dette gir studien relevans (1–3). Kvalitative forskningsintervjuer egner seg for få fram intervjupersonens erfaringer og dialogen om felles erfaringer kan

romme tabubelagte områder (48). Studiens gyldighet kan derfor begrunnes ut fra deltakernes erfaringskunnskap om temaet. Vi har søkt å ivareta refleksiviteten ved å inkludere erfaringskonsulent, ha dialog i intervjuer, samt diskutere studiens resultater de fire forfatterne imellom. Vi har tilstrebet å tydeliggjøre forskerprosessen slik at

” Får du god kjemi med noen så vil du automatisk også vise det mennesket respekt.

andre kan bedømme kvaliteten på arbeidet (49). Kombinasjonen av fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer, som en triangulering, kan øke reliabiliteten i data (49). Fem deltakere som ble intervjuet to ganger, er likevel ikke nok til å få frem alle variasjoner ved bedringsprosessene i denne konteksten. I litteratur og tidligere studier framkommer liknende fenomener som i våre funn (3,21–23) Dette kan tyde på at resultatene kan ha noe overføringsverdi. Overføringsverdien til kvinner under 20 år og over 40 år og til menn er usikker, siden kun kvinner mellom 23–38 år deltok. Slik har det stort sett også vært i liknende studier (2,3,23,24,26).

### KONKLUSJON

Deltakerne i studien hevdet, i motsetning til helsepolitiske føringer om å unngå innleggelser, at det å bli møtt på ønske om innleggelse og å få være den lille, fremmet bedringsprosessen. Deltakerne hadde ikke primært fokus på beskyttelse, slik helsepersonell har det. Deltakerne vektla betydningen av tilgjengelig helsepersonell som særegent ved akuttposten og som grunn for at døgninnleggelse ga bedring. Helsepersonell hadde betydning både for at deltakerne følte seg

verdsatt og for å bli utfordret til ansvarliggjøring. Helsepersonell bør derfor tåle utryggheten som ligger i det å gi pasienten kontroll. Deltakernes erfaringskunnskap bør vurderes på like fot med helsepersonells kunnskaper og tjene som veiviser i pasientnære situasjoner med personer som selvskader. Siden brukerkunnskap om dette temaet er sparsom,

anbefales det å gjennomføre liknende studier, der også menn og kvinner i andre aldre inkluderes som deltakere. Det er behov for kunnskap om medvirkning og terapeutiske og samhandlende intervensjoner som fremmer bedring.

### REFERANSER

1. O'Donovan A, Gijbels H. Understanding psychiatric nursing care with non-suicidal self-harming patients in acute psychiatric admission units: the view of psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing* 2006;20:186–92.
2. Duperouzel H, Fish R. Why couldn't I stop her? Self injury: the views of staff and clients in a medium secure unit. *British Journal of Learning Disabilities* 2007;36:59–65.
3. Lindgren B-M, Wilstrand C, Gilje F, Olofsson B. Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004;11:284–91.
4. Bowers L, Chaplin R, Quirk A, Lelliott P. A conceptual model of the aims and functions of acute inpatient psychiatry. *Journal of Mental Health* 2009;18:316–25.
5. Quirk A, Lelliott P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science & Medicine* 2001; 53:1565–74.
6. Bywaters P, Rolfe A. Looking beyond the scars. Understanding and responding to self injury and self harm. NCH, London, 2002.
7. Topor A. Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer. Kommuneforlaget, Oslo, 2006.
8. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology* 1992;65:131–145.

9. Turp M. Skin toughening and skin porosity: addressing the issue of self-harm by omission. I: Briggs S., Lemma A., Crouch W. (red.). *Relating to self-harm and suicide – Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. Routledge, East Sussex. 2008 (s.198–209).
10. Favazza A. *Bodies under Siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* [2. edt.]. John Hopkins University Press, Baltimore. 1996.
11. McAllister M. Multiple meanings of self harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing* 2003;12:177–85.
12. Paris J. Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Hvorfor det er behov for særskilte tilnærminger i behandlingen. *Suicidologi* 2010;15:3–7.
13. Bloch Thorsen GR. Selvskading og selvmord ... ingen selvfølge. *Suicidologi* 2006;11:5–9.
14. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences* 2006; 42: 611–21.
15. Ystgaard M. Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidologi* 2003;8:7–10.
16. O’Loughlin S, Sherwood L. A 20-year review of trends in deliberate self-harm in a British town, 1981–2000. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40:446–53.
17. Warm A, Murray C, Fox J. Why do people self-harm? *Psychology, Health & Medicine* 2003;8:71–79.
18. Sosial- og Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. 2008.
19. Bowers L. Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005;12:231–6.
20. Claassen CA, Trivedi, M.H., Shimizu, I., Stewart, S., Larkin, G.L., og Litovitz, T. Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006;36:192–212.
21. Bosman M, van Meijel B. Perspectives of Mental Health Professionals and Patients on Self-Injury in Psychiatry: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 2008;22:180–9.
22. Kool, N., van Meijel B. & Bosman M. Behavioral Change in Patients With Severe Self-Injurious Behavior: A Patient’s Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing* 2008; 23:25–31.
23. Palmer L, Blackwell, H., og Strevens, P. Service users’ experience of emergency services following self-harm – A national survey of 509 patients. *The Royal College of Psychiatrists – Better Services for People who Self-Harm*. 2007.
24. Rovik, A.M. Selvskading og miljøterapi – Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger. *Nordisk Sykeplejeforskning* 2011; 4: 299–313.
25. Smith SE. Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9:595–601.
26. Weber MT. Triggers for self-abuse: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing* 2002; 16:118–24.
27. Polit DF, Beck CT. *Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8. edt. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2008.
28. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004;18:145–53.
29. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave, 4. opplag Universitetsforlaget, Oslo. 2008.
30. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*. 2008; 3: 172–5.
31. Stewart DW, Rook DW, Shamdasani PN. *Focus Groups: Theory and Practice*. 2. rev. edt. London: Sage Publications Ltd. 2006.
32. Stangeland T. Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2012;49:138–44.
33. Edwards SD, Hewitt J. Can supervising self-harm be part of ethical nursing practice? *Nursing Ethics*. 2011;18:79–87.
34. Crittenden PM. *Raising parents: attachment, parenting and child safety*. Willan Publishing, Cullompton. 2008.
35. Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *J Pers Disord*. 2004;18:240–7.
36. Swenson CR, Sandersen C., Dulit R, Linehand M. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly* 2001;72:307–24.
37. Walsh J, Boyle J. Improving Acute Psychiatric Hospital Services According to Inpatient Experiences. A User-Led Piece of Research as a Means to Empowerment. *Issues in Mental Health Nursing* 2009;30:31–8.
38. Mullen, A. Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing* 2009;18:83–90.
39. Baker J. Developing psychosocial care for acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2000;7:95–100.
40. Borg M, Topor A. Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Kommuneforlaget, Oslo. 2007.
41. Cullberg J. *Dynamisk psykiatri i teori og praksis* [5. utg.]. Tano Aschehoug AS, Oslo. 1998.
42. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. *Self-Injury: A Research Review for the Practitioner*. *Journal of Clinical Psychology* 2007;63:1045–56.
43. Nock MK, Cha CB. Psychological models of nonsuicidal self-injury. I: Nock M.K. (red.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury*. American Psychological Association, Washington: 2009 (s 65–77).
44. Urnes Ø. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2009;129:872–6.
45. Hammer J & Heggdal D. Vil BET bidra til mer effektiv behandling? *Sykepleien Psykisk Helse og Rus* 2011;3:12–17.
46. Anda SO. Åpen innleggelse gav bedre liv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2010;47:35–7.
47. Nome HH, Skinnerlien TE. Virksomhetsrapport om 3-dagersavtalen ved SSHF akuttpsykiatrisk post 6.1. Kristiansand. (Upublisert materiale). Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand. 2010.
48. Kvale S, Brinkmann S. *Interview – introduktion til et håndværk*. 2. utgave. Hans Reitzels Forlag, København. 2009.
49. Halkier B. *Fokusgrupper*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo. 2010.

# Kan behandles poliklinisk

> Selvskading er ofte en tilleggsproblematikk og poliklinisk behandling gir ofte bedring.



**Martin C. Veland**

Avdelingsleder på Lovisenberg Diakonale Sykehus ved akuttpsykiatrisk mot-tak. Har master i psykososialt arbeid, studieretning selvmordsforebygging.

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen til Hammer og kollegaer tar opp et viktig tema som er godt kjent i psykiatriske klinikker. Informantene i studien har til felles at de har personlig erfaring med selvskading og er samstemte om at de har opplevd bedring ved innleggelse på akuttavdeling. I praksis har vi sett en betydelig nedgang av akuttinnleggelse hvor selvskading er pasientens hovedproblem. Ofte ser vi selvskading som en tilleggsproblematikk knyttet til mer alvorlig psykopatologi.

Jeg tolker nok de helsepolitiske føringene annerledes enn artikkelforfatterne når det gjelder innleggelse av pasienter med selvskadingsproblematikk. Med dagens organisering av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er den helsepolitiske føringen at flere pasienter skal behandles poliklinisk. Etter min oppfatning betyr ikke det at døgnopphold ikke fører til bedring, men at bedring kan skje på et lavere

omsorgsnivå. Her vil prioriteringer basere seg på hvor alvorlig tilstand pasienten er i. Dersom det ikke er forsvarlig å behandle pasienten poliklinisk, legges pasienten inn til akutt døgnbehandling. De senere årene er det opprettet ulike ambulerende team som er «tett på og raskt inn» for å gi behandling, enten hjemme hos pasienten eller på poliklinikk. Ivaretagelse og bevisstgjøring av egne ressurser og mestringsstrategier, samt å støtte pasienten til å opprettholde kontrollen uten innleggelse, er viktig i poliklinisk sammenheng.

Vi har erfart at behandlere på poliklinikk gradvis har blitt mer restriktive med å legge inn pasienter med selvskading, noe som kan bety at erfaringene tilsier at pasientene holder ut mindre kriser uten å måtte innlegges. Derfor ville det vært svært interessant om studien til Hammer også hadde informanter med erfaring fra denne type

behandling. Hvis pasienter med selvskadingsproblematikk også opplever bedring ved poliklinisk behandling, blir det vanskeligere å rettferdiggjøre ferdigbehandling ved akuttavdeling. Derfor ser vi det ofte hensiktsmessig å behandle akutt krise, og (re) etablere poliklinisk behandling når den akutte krisen er over. Den samme diskusjonen er tatt i medisinsk og kirurgisk sammenheng, hvor hjemmesykepleie og fastlege overtar oppfølging av pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Her er det ikke spørsmål om pasienten får bedring på sykehuset, men om pasienten kan motta videre oppfølging på et lavere omsorgsnivå. Dagens etterspørsel på døgnplasser, gjør at man også ved akuttpsykiatriske avdelinger må vurdere hva som er laveste effektive omsorgsnivå.

Les artikkelen på side 46





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Praksisstudier organisert som studenttett post innebærer at det er mange studenter på samme praksissted, at flere sykepleiere har veilederansvar og at studentene samarbeider med medstudent i par. Tidligere studier har vist at en slik praksisorganisering har både positive og negative sider.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan studenter erfarte praksisstudier organisert som studenttett post.

**Metode:** Data ble samlet inn via spørreskjema høsten 2009 og våren 2010. Svarprosenten var på 85 prosent (N=34). Dataene ble analysert ved hjelp av SPSS. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive dataene, og det ble brukt kryssanalyse for å se om det var forskjell mellom grupper.

**Hovedresultat:** Studentene erfarte flere sykepleiere som veiledere, som både positivt og negativt. Det var flest negative erfaringer med å ha flere sykepleiere som veiledere: sykepleierne kjente ikke til

hva studenten kunne og usikkerhet på grunn av ulike tilbakemeldinger. De fleste studentene erfarte sykepleiernes bruk av et tilbakemeldingsskjema som positivt da de fikk konkrete tilbakemeldinger. Samarbeid med medstudent i par ble vurdert positivt.

**Konklusjon:** Studenttett post er en organisering av praksisstudier som studentene i hovedsak vurderte som positiv, og som tilsynelatende har tilfredsstillende betingelser med tanke på læring.

## ENGLISH SUMMARY

### How Students Experienced Clinical Practise When Organised in «Student Dense» Wards.

**Background:** Clinical practise in nursing education in «student dense» wards involves a high number of students at the same ward as part of the same nursing team. The students have several supervisors and work together in pairs. Earlier research has shown that this organisation has both advantages and disadvantages.

**Objective:** The purpose of this study was to gain knowledge about students' experiences of clinical practise

organised as «student dense» wards.

**Method:** Data was gathered through questionnaires during autumn 2009 and spring 2010. Response rate was 85 % (N=34). Data was analysed with SPSS. Descriptive statistics and cross-tabulation were used to analyse data.

**Results:** The practise of having several nurses as supervisors was evaluated both negatively and positively. Students experienced several nurses as supervisors as the most negative factor: the nurses did not know the students' knowledge, and

students became insecure because of varying feedback. Almost all students evaluated the nurses' use of a response scheme as positive because they had feedback and an overview of what they needed to work on. Students working in pairs were positively evaluated.

**Conclusion:** The students evaluated the clinical practise in «student dense» wards as mainly positive, and seemed to have seemingly sufficient learning conditions.

**Key words:** Nursing students, education clinical, questionnaire

# >> Sykepleierstudenters erfaringer med praksisstudier organisert som studenttett post

Forfattere: Kari Strand, Kristian Devold og Alfild Dihle

## NØKKELORD

- Sykepleierstudent
- Praksisstudie
- Spørreundersøkelse

## INTRODUKSJON

Flere høyskoler organiserer praksisstudier med mange studenter på samme post. Studentene inngår i postens team der alle teamets sykepleiere har felles veilederansvar for studentene gjennom praksisstudiet (1–4).

En organisering av praksisstudier som studenttett post har flere fordeler. Halse (1) fant at praksisstudier organisert som studenttett post medvirket til at studenter opplevde økt selvstendighet og ansvarlighet. Halse fant også at studenter kunne oppnå en tilfredsstillende utvikling og læring, selv om de var mange studenter på samme post. En modell tilsvarende studenttett post ga, ifølge Callaghan med flere (5), studentene erfaring med å arbeide sammen med ulike sykepleiere og lære ulike måter å praktisere sykepleie på. Kleiven, Jøndal og Snilsberg (4) fant at det i praksisstudier organisert som studenttett post ble stilt større krav til studentene om å

være bevisste på egne mål, hvilke utfordringer studentene trengte å oppsøke og det å formidle dette til veileder for dagen.

Det har stor betydning for studentens læring å få tilbakemelding på eget arbeid (6,7). Ifølge Benner (6) er studentens læring avhengig av et læringsmiljø der han eller hun får en tilbakemelding som gir anledning til en planlagt refleksjon. Dette kan hjelpe studenten til å utvikle klinisk bedømmelse og argumentasjon. For at en tilbakemelding skal være effektiv bør den være tydelig, forståelig og relevant ut fra studentens kunnskap, og være relatert til tydelige mål uten å være en trussel for studentens selvforståelse (7). Budgens (8) oversiktsstudie over ulike praksismodeller viste at en modell tilsvarende studenttett post gir mindre kontinuitet i veiledning av studenter og mindre tilbakemelding på studentenes utvikling i læringsprosessen. Halse (1) fant at noen studenter opplevde mangel på veiledning i praksisstudier organisert som studenttett post, og konkluderte med at det er en utfordring å sikre at studentene får den veiledning de trenger når det er mange studenter på samme post. I samme studie (1) hadde flere av personalet mindre kjennskap til studentenes faglige nivå

og opplevde at kontinuiteten i studentveiledningen ble vanskelig, noe som blant annet ble forklart med at de ikke hadde så mye ansvar for veiledning av studenten.

Ifølge en oversiktsartikkel av Secomb (9) er medstudentlæring en effektiv pedagogisk metode som fremmer læring. Flere studier (1,4,10–13) har vist at studenters samarbeid med medstudenter i praksisstudier ble opplevd som positivt. Studentene delte erfaringer, diskuterte med hverandre, veiledet hverandre i praktiske ferdigheter og lærte av hverandre. Slettebø med flere

### Hva tilfører artikkelen:

Studien viser at studenttett post er en organisering av praksisstudier som i hovedsak ble vurdert av studentene som positiv og at det ga tilfredsstillende betingelser med tanke på læring.

### Mer om forfatterne:

Kari Strand er cand.san og lektor ved Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleier og helse. Kristian Devold har master i Verdbasert ledelse og er enhetsleder ved Diakonhjemmet sykehus. Alfild har PhD og spesialutdanning i anestesi. Hun er 1.-amanuensis ved Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse. Kontakt: strand@diakonhjemmet.no

(12) fant at det er en utfordring der studentparet har en student som er «sterk» og en student som er «svak». Jensen (13) fant at for at samarbeid med medstudent i par skal vurderes positivt, trengte studenten å oppleve at medstudenten har noe å tilføre en selv.

Funn fra studier i Norge (1–4) har vist at studenter vurderer praksisstudier organisert som studenttett post positivt. Som en ulempe ved denne praksisorganisering nevnes manglende

postens studenter og evaluere studentene ut fra sykepleiernes utfylte tilbakemeldingsskjemaer.

- Sykepleieren som har ansvaret for den pasienten studenten følger opp, gir studenten daglig tilbakemelding ved bruk av et tilbakemeldingsskjema som er strukturert ut fra rammeplanens kompetanseområder.
- Studentene samarbeider med medstudent i faste par med samme turnus.

” Det at sykepleierne ikke kjente til hva studentene kunne, var den negative erfaringen flest studenter rapporterte.

kontinuitet i veiledningen av studentene (1,8,13), men det er ingen data på hvor mange som erfarte dette som en ulempe. Det er ikke funnet studier som evaluerer bruk av tilbakemeldingsskjema til daglig bruk i vurdering av studenters utøvelse av sykepleie. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan studenter erfarte praksisstudier organisert som studenttett post ved å få kunnskap om: 1) å ha flere sykepleiere som veiledere, 2) tilbakemelding ved bruk av tilbakemeldingsskjema, 3) studenters samarbeid med medstudent i par.

## DESIGN OG METODE

Studien hadde et beskrivende design og var en pilotstudie for å teste ut om man skal gå videre med en større studie (14).

Ved Diakonhjemmet høyskole innebærer organisering av studenttett post følgende:

- Studentene får veiledning av flere sykepleiere gjennom praksisperioden. En studentansvarlig sykepleier på hver post har ansvaret for å følge opp

## Utvalg

Alle studenter ved bachelorstudiet i sykepleie ved Diakonhjemmet høyskole i Oslo studieåret 2009–2010, som gjennomførte praksisstudiet organisert som studenttett post i 2. studieår ved enten medisinsk eller kirurgisk sengepost, ble invitert til å delta. Praksisstudiet var ved et sykehus i Helse Sør-Øst. Studien har en svarprosent på 85 prosent da 34 av 40 studenter besvarte spørreskjemaet.

## Innsamling av data

Data ble samlet inn ved spørreskjema Questback (15), et e-postbasert instrument med anonym mail-link, som ble sendt til studentenes studentmail høsten 2009 og våren 2010. Innsamlingen av data skjedde etter sluttvurdering i siste uke av studentenes praksisstudium.

Spørreskjemaet ble utarbeidet av prosjektleder og prosjektmedarbeidere ut fra relevant litteratur, sentrale komponenter i organisering av praksisstudiet og prosjektmedarbeidernes erfaring med denne organiseringen av praksisstudiet. Temaene i

spørreskjemaet var studenters erfaringer med å ha flere sykepleiere som veiledere, studenters erfaringer med tilbakemelding ut fra tilbakemeldingsskjema og erfaringer med samarbeid med medstudent i par. Spørsmålene i spørreskjemaet ble utformet enten som en gradert skala fra 1–7, der 1 var laveste skår og 7 høyeste skår, eller som spørsmål med faste svaralternativer der studentene skulle krysse av for det som stemte med deres egen erfaring. Eksempel på spørsmål med gradert skala fra 1–7: I hvilken grad opplevde du at sykepleierne var engasjerte i din læresituasjon? Eksempel på faste svaralternativer er variabelen: antall sykepleiere som veiledet studenten, der det er tre svaralternativer: 1–3, 4–6 og 7–10. Studentenes anbefaling av praksisstudier organisert som studenttett post hadde svaralternativene: ja, nei og usikker.

## Analyse

Dataene fra spørreskjemaet ble analysert ved hjelp av SPSS, versjon 19. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive dataene. Det ble brukt kryssanalyse for å se om det var forskjell mellom studentgrupper. Kryssanalyse ble utført på følgende studentgruppers erfaringer: 1) Studentgruppen som anbefalte praksisstudier organisert som studenttett post sammenliknet med studentgruppen som var usikker på om de anbefalte praksisstudiet organisert på en slik måte. 2) Studentgruppen som hadde fire til seks veiledere sammenliknet med studentgruppen som hadde sju til ti veiledere. Sammenlikningen ble gjort for alle variablene knyttet til temaene: studenters erfaringer med å ha flere sykepleiere som veiledere, studenters erfaringer med bruk av tilbakemeldings-



**TABELL 1:** Studenters erfaringer med å ha flere sykepleiere som veiledere (N = 34)

Positive erfaringer	N	%
Så flere måter å utøve sykepleie på	32	94,1
Kunne diskutere ulike måter å utøve prosedyrer på	29	85,3
Ble mer selvstendig	23	67,6
Hadde nytte av at sykepleierne veiledet på forskjellige måter	17	50,0
Måtte tenke selv	15	44,1
<b>Negative erfaringer</b>		
Sykepleierne kjente ikke til hva jeg kunne	21	61,8
Usikker pga. ulik veiledning på utførelse av prosedyrer	13	38,2
Usikker pga. ulik veiledning på dokumentasjon av sykepleien	13	38,2
Fikk sprikende tilbakemeldinger fra sykepleierne	10	29,4
Forvirret pga. sprikende tilbakemelding på egen dyktighet	7	20,6
Usikker pga ulik veiledning på håndtering av legemidler	6	17,6
Ble ikke trygg på sykepleierne	4	11,8
Usikker pga. ulik veiledning på kommunikasjon og samhandling med pasienten	3	8,8

Studentene kunne krysse av for flere svaralternativer.

**TABELL 2:** Studenters erfaringer med bruk av et tilbakemeldingskjema (N = 34)

Positive erfaringer	N	%
Oversikt over hva jeg må arbeide med	30	88,2
Ga anledning til å snakke om min læring	27	79,4
Fikk konkrete tilbakemeldinger	26	76,5
Klarte å se betydningen av teoretisk kunnskap for praktisk handling	10	29,4
<b>Negative erfaringer</b>		
Oppløp meg vurdert på en negativ måte	5	14,7
Fikk ikke hjelp til å reflektere over praksiserfaringer	3	8,8
Kunne ikke ta opp andre temaer enn de som sto på skjemaet	2	5,9
Oppløp meg ikke sammenheng mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling	1	2,9

Studentene kunne krysse av for flere svaralternativer.

skjema og studenters erfaringer med samarbeid med medstudent i par. Sammenlikningen ble analysert med Fishers eksakt test (tosidig) som kan brukes i 2x2 tabeller når antallet i celler er lavt (16). P-verdier lavere enn 0,05 ble vurdert som statistisk signifikant. Gjennomsnitt og standardavvik ble brukt for å beskrive kontinuerlige variabler da dette gir et bilde av spredningen for variablene.

### Etiske overveielser

Studien ble forhåndsgodkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, ledelsen ved sykehuset og høgskolen. Alle studenter fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. Det ble informert skriftlig om at informert samtykke ble gitt ved å svare på spørreskjemaet. Alle data i studien ble anonymisert. Prosjektmedarbeiderne hadde ikke tilgang til hvem som svarte/ikke svarte på spørreskjemaet da en person utenom prosjektgruppen administrerte Questback.

### RESULTAT

#### Flere sykepleiere som veiledere

Studentene rapporterte at det varierte hvor mange sykepleiere de hadde som veiledere. Ingen studenter hadde en til tre veiledere. Elleve studenter (32,4 prosent) hadde fire til seks veiledere, mens 23 studenter (67,6 prosent) hadde mellom sju og ti veiledere.

Mange studenter rapporterte det å se flere måter å utøve sykepleie på samt å kunne diskutere ulike måter å utøve prosedyrer på, som en positiv erfaring. Det at sykepleierne ikke kjente til hva studentene kunne var den negative erfaringen flest studenter rapporterte. Se tabell 1.

Funnene viste at 97 prosent av studentene vurderte sykepleiernes

engasjement til å være over middels, og 41,6 prosent av studentene vurderte sykepleierens engasjement til nest best på skalaen (skala fra 1-7). Studentenes vurdering av sykepleierens engasjement i deres læresituasjon ga en gjennomsnitt på 5,5 og standardavvik på 1,1.

### Sykepleierens bruk av tilbakemeldingsskjema

Ifølge studentene brukte sykepleierne tilbakemeldingsskjemaet som utgangspunkt for å gi studenter respons på utøvelsen av sykepleie. Trettito studenter (94,1 prosent), rapporterte at tilbakemeldingsskjemaet ble brukt minst tre ganger per uke, mens to studenter (5,9 prosent) rapporterte at det ble brukt av og til.

Mange studenter rapporterte det å få oversikt over hva de måtte arbeide videre med ved bruk av tilbakemeldingsskjema som positivt. Den negative erfaringen flest studenter rapporterte var at de opplevde seg vurdert på en negativ måte. Se tabell 2.

” Ingen studenter svarte at de ikke ville anbefale praksisstudier organisert som studenttett post.

Det var 79,5 prosent av studentene som rapporterte nytten av sykepleierens bruk av tilbakemeldingsskjemaet til å være over middels. Analysen ga en gjennomsnitt på 5,6 (skala fra 1-7) og standardavvik på 1,2. Dette viser at studentene vurderte sykepleierens bruk av tilbakemeldingsskjemaet som nyttig for deres læring.

**Samarbeid med medstudent i par**  
Funnene viste at mange studenter rapporterte positive erfaringer med samarbeid med medstudent i par. Mange studenter rapporterte det å kunne diskutere sammen med medstudent som en positiv

**TABELL 3:** Studenters erfaringer med samarbeid med medstudent i par (N = 34)

Positive erfaringer	N	%
Kunne diskutere sammen med medstudent	30	88,2
Fikk tilbakemelding fra medstudent	25	73,5
Kunne planlegge sammen med medstudent	24	70,6
Ga tilbakemelding til medstudent	21	61,8
Ble utfordret av medstudent	19	55,9
Negative erfaringer		
Medstudent tok ikke initiativ overfor meg	3	8,8
Medstudenten dominerte og jeg trakk meg unna	2	5,9
Klarte ikke å samarbeide med medstudent	1	2,9
Fikk ikke tilbakemelding fra medstudent	1	2,9
Strakk ikke til overfor medstudent	1	2,9

Studentene kunne krysse av for flere svaralternativer.

erfaring. Tre studenter rapporterte det at medstudent ikke tok initiativ overfor dem som en negativ erfaring. Se tabell 3.

Det var 79,4 prosent av studentene som rapporterte at de hadde over middels nytte av å samarbeide

erne ikke kjente til hva de kunne. Tilsvarende rapporterte 19 prosent som hadde fire til seks sykepleiere som veiledere at sykepleierne ikke kjente til hva de kunne.

### Studentenes anbefaling

Ingen studenter svarte at de ikke ville anbefale praksisstudier organisert som studenttett post. Det var 24 studenter (70,6 prosent) som anbefalte praksisstudier organisert på denne måten, mens ti studenter (29,4 prosent) var usikre på om de ønsket å anbefale en slik organisering.

Av gruppen som var usikker på om de ville anbefale praksisstudier organisert som studenttett post, erfarte denne gruppen signifikant mer usikkerhet på grunn av ulik veiledning på hvordan dokumentere sykepleie. Se tabell 4.

### DISKUSJON

I denne studien var hensikten å få kunnskap om hvordan studenter erfarte praksisstudier organisert som studenttett post. Studentene hadde både positive og negative erfaringer med å ha flere sykeplei-

**TABELL 4:** Sammenlikning mellom gruppen studenter (N = 34) som anbefalte og gruppen som var usikker på å anbefale at praksisstudiet organiseres som studenttett post.

		Anbefaler praksisstudiet organisert som studenttett post				Totalt %
		Ja		Usikker		
		Antall	%	Antall	%	
Usikkerhet pga. ulik veiledning på hvordan dokumentere sykepleie	Erfart	6	17,7	7	20,6	38,3
	Ikke erfart	18	52,9	3	8,8	61,7
	Total	24	70,6	10	29,4	100

$\chi^2$  Fishers' exact test: 0,022

ere som veiledere. Positive erfaringer var knyttet til å se og diskutere ulike måter å utøve sykepleie på, mens negative erfaringer var knyttet til usikkerhet på grunn av ulik veiledning og at sykepleierne ikke kjente til hva studenten kunne. Studentene erfarte det som positivt at bruk av et tilbakemeldingsskjema gjorde at de fikk konkrete tilbakemeldinger og oversikt over hva de måtte arbeide videre med, mens negative erfaringer var knyttet til hvordan tilbakemeldingen ble gitt. Samarbeid med medstudent i par ble hovedsakelig erfart som positivt da studentene planla, diskuterte og ga hverandre tilbakemelding.

I praksisstudier organisert som studenttett post hadde hver student flere sykepleiveiledere (1–4). I denne studien erfarte mange studenter at det var positivt å se flere måter å utøve sykepleie på. Dette er i samsvar med Callaghan med flere (5) sine funn der flere sykepleiere som veiledere ga studentene mulighet til å erfare ulike tilnærminger til sykepleiepraksis og reflektere over sykepleiernes ulike perspektiver på sykepleieutøvelsen. En

refleksjon over utøvelse av sykepleie er sentral i studentenes praksisstudium for å oppøve en kritisk vurdering av sykepleiepraksis (6).

En negativ faktor studentene erfarte ved å ha mange sykepleiere som veiledere, var at sykepleierne ikke kjente til hva studentene kunne. Dette samsvarer med Halse og Hages (1) funn om at personalet på praksisstedet ikke hadde så mye kjennskap til studentenes faglige nivå. I tillegg fant både Halse og Hage (1) og Challaghan med flere (5) at kontinuitet i veiledningen var en utfordring når flere sykepleiere veiledet studenten. Vår studie sier ikke noe om hvor mange studenter en sykepleier kan veilede i samme praksisperiode før det blir vanskelig å følge studentens læringsprosess. En annen negativ faktor var at studentene ble usikre på grunn av ulik tilbakemelding. Sykepleiernes ulike veiledning kan ha sin grunn i ulike perspektiver på sykepleieutøvelsen (5) eller i manglende kunnskap og manglende ferdighetsutvikling (17). Ulik veiledning når det gjelder utøvelse av sykepleie kan føre til usikker-

het dersom studenten ikke har den nødvendige faglige kunnskap til å vurdere den praksis de ser. En student som har faglig kunnskap vil kunne diskutere ulike tilnæringsmåter med sykepleieren, mens en student som mangler kunnskap ikke vil kunne dette i samme grad. Hvorvidt studentens usikkerhet på grunn av ulik veiledning førte til at studenten prøvde å finne ut hva som var riktig å gjøre, sa ikke denne studien noe om.

Funnene i vår studie viste at studentene fikk konkrete tilbakemeldinger og oversikt over hva de måtte arbeide videre med, ved bruk av et tilbakemeldingsskjema. Betydningen av tilbakemelding er i samsvar med pedagogisk teori og forskning (6,7,18–20). Et strukturert tilbakemeldingsskjema kan bidra til å hjelpe sykepleierne til å gi studentene daglige tilbakemeldinger som kan bidra til trygghet i praksisstudiet, noe som fremmer læring (19, 20). Et tilbakemeldingsskjema kan også være til hjelp for sykepleierne til å strukturere en planlagt tilbakemelding til studenten. Dette kan hjelpe studenten til å se sammenhenger og utfordre studenten til å reflektere slik at studenten daglig kan arbeide med å utvikle sin kliniske bedømmelse og argumentasjon (6). Studentenes negative erfaringer var knyttet til måten tilbakemeldingen ble gitt på. Forskning viser at engasjement og støtte karakteriserer en dyktig lærer, noe som påvirker studentens læring positivt (21, 22). Tilbakemelding til studenten, formidlet med engasjement og uten å være en trussel for studentens selvforståelse, kan gi studenten mulighet til å forbedre egen sykepleieutøvelse. Tilbakemelding som oppleves som en trussel for studentens selvforståelse kan derimot hemme læring (7).

I tillegg viste funnene at stu-

dentene hadde god nytte av samarbeid med medstudent i par ved å planlegge og diskutere med medstudent og få tilbakemelding fra medstudent på utøvelsen av sykepleien. Dette samsvarer med flere studier (1,9,12,13,23) som fant at å hjelpe hverandre i læringsprosessen (1), bruke hverandre som ressurser og gi hverandre støtte og rom for refleksjoner (12,13) ble vurdert som positivt. Medstudentlæring kan bidra til å øke studentens selvtilit i praksisstudier (9) og forsterke studenters

## ” Studentene hadde god nytte av samarbeid med medstudent i par.

læring (23). Funnene viste også at enkelte studenter rapporterte negative erfaringer med samarbeid med medstudent i par, som at medstudenten dominerte og at studenten ikke strakk til overfor medstudenten. Dette samsvarer med andre studier som fant at faktorer knyttet til personlighet (9) og ulikt faglig nivå (12,13) reduserte studentens utbytte av samarbeid med medstudent.

Det er en styrke ved studien at den har høy svarprosent. Studien har imidlertid et lite utvalg og det er derfor nødvendig å være kritisk til bruk av statistikk, analyse og tolkning (16). Det lave antall informanter kan ha bidratt til at det ikke ble signifikante funn i sammenlikning mellom studentgruppene. Spørsmålene i datasamlingsinstrumentet hadde både faste og graderte svaralternativer. Med et annet valg for noen variabler kunne vi trolig fått mer utfyllende data, for eksempel ville en kontinuerlig variabel for antall sykepleiere som veiledet studenten, gitt mer nøyaktige data. Det er en svakhet ved studien at det ikke ble innhentet bakgrunnsdata om informantene og at spørreskjemaet ikke er validert.

## KONKLUSJON

Studentene rapporterte mest positive erfaringer med praksisstudier organisert som studenttett post, og to tredjedeler av studentene ville anbefale en slik organisering av praksisstudiet. Tilbakemeldings-skjemaet bidro til at studentene fikk kontinuerlige tilbakemeldinger på egen sykepleieutøvelse, noe som fremmet læring. Studentene erfarte samarbeid med medstudent i par som positivt. Organisering av praksisstudier som studenttett post har tilsynelatende tilfredsstillende

betingelser med tanke på læring.

Det trengs flere studier om hvordan det å ha flere sykepleiere som veiledere påvirker studentenes læring i praksisstudiet og hvordan sykepleiere erfarer praksisstudier organisert som studenttett post. Videre trengs det flere studier om studenters og sykepleieres erfaring med bruk av et tilbakemeldings-skjema.

## REFERANSER

- Halse K, Hage AM. Studenttett post-en veiledningsmodell for kliniske studier i sykepleierutdanningen. HiO-rapport nr. 13. Høgskolen i Oslo, Oslo. 2004.
- Halse K, Hage AM. An acute hospital ward, densely populated with students during a 12-week clinical study period. *J Nurs Educ.* 2006; 24:133-6.
- Irgens V, Devold K, Notevarp JO. Rapport om studenttett post med fokusbaserte praksisstudier ved Diakonhjemmet Sykehus, kirurgisk avdeling 9: i perioden 2006-2007. Diakonhjemmet Sykehus, Oslo. 2007.
- Kleiven IF, Jøndal S, Snilsberg LM. Studenttett post med fokus på kunnskapsbasert praksis: videreutvikling av modellen «studenttett post». Rapportserie nr. 1. Høgskolen i Gjøvik, Gjøvik. 2010.
- Challaghan D, Watts WE, McCullough DL, Moreau JT, Little MA, Gamroth LA, Durnford KL. The experience of two practice education models: Collaborative learning unit and preceptorship. *Nurse Education in Practice.* 2009; 9:244-52.
- Benner P, Shulman LS. Educating

- nurses: a call for radical transformation. California: Jossey-Bass, San Francisco. 2010.
- Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. *Rev Educ Re.* 2007; 77:81-112.
  - Budgen C, Gamronth L. An overview of practice education models. *Nurs Educ T.* 2008; 28:273-83.
  - Secomb J. A systematic review of peer teaching in clinical education. *J Clin Nurs.* 2008; 17:703-716.
  - Bjerkvold MP, Myhren AB, Sørlie K. Alternativ praksismodell. *Sykepleien.* 2003; 91:39-42.
  - Gregersen AG, Nilsen SR. Lærer av hverandre. *Sykepleien.* 2005; 93 (15): 56-57.
  - Slettebø Å, Bryn V, Hovdsveen RK, Veitsle KC, Syvertsen AL. Praksisstudier i tospann. *Sykepleien Forskning.* 2009; 4:44-50.
  - Jensen KT. Å være student i en feltbasert utdanning: en analyse av studenters fellesskap, som kontekst for læring og identitetsdannelse. [Doktoravhandling nr. 65]. Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Oslo. 2006.
  - Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research.* 3. edith. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
  - Quest back. Komplette feedback managementløsninger. [www.questback.no](http://www.questback.no) [Nedlastet 14.12.12]
  - Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research.* Chapman & Hall, CRC. 1991.
  - Bjørk IT. [2003] Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske sykepleierferdigheter. *Klinisk sykepleie.* 20:23-30.
  - Pettersen RC. Kvalitetslæring i høyere utdanning. Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Universitetsforlaget, Oslo. 2005.
  - Holmsen TL. Hva påvirker sykepleiestudenters trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden.* 2010; 30: 24-8.
  - Löfmark A, Wikblad K. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *J Adv Nurs.* 2001; 34:43-50.
  - Chitsabesan P, Corbett S, Walker L, Spencer J, Barton JR. Describing clinical teacher's characteristics and behaviours using clinical incidents and repertory grids. *Med Edu.* 2006; 40:645-653.
  - Klem AM, Connell JP. Relationship Matter: Linking Support to Student Engagement and Achievement. *J Sch Healt.* 2004; 74:262-73.
  - Ranse K, Grealish L. Nursing students' perception of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *J Adv Nurs.* 2007; 58:171-9.

# Veiledning krever kontinuitet

> Flere veiledere per student krever tett samarbeid mellom veilederne.



**Åse Helen Myklebust**  
Intensivsykepleier/praksisveileder, OUS

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Artikkelen til Strand og medforfattere om organisering av praksisstudier har undersøkt studentenes erfaring med studenttett post. Artikkelen beskriver hvordan tilbakemeldinger til studentene foregår og hvordan arbeidet organiseres ved at studentene jobber sammen to og to. Artikkelenes funn viser at det både er fordeler og ulemper med studenttett post.

Min erfaring fra praksis er at hvis man har flere veiledere per student, må det være et system som sikrer at veilederne samarbeider tett og har fokus på progresjonen til studenten. Å få til et sikkert system for dette, kan være en utfordring på grunn av turnusarbeid. I tillegg er studenter ulike når det gjelder å tilegne seg kunnskap. Noen takler flere veiledere og liten kontinuitet, mens andre kan få en flattere læringskurve ved et slikt opplegg.

Jeg ser også at det er en fare for pulverisering av ansvar når det legges på alle teamets sykepleiere. Særlig i slike tilfeller som beskri-

ves i artikkelen på side 4, hvor 23 studenter hadde mellom sju og ti veiledere. Undersøkelsen viser at sykepleierne da ikke klarer å få god nok oversikt over studentene.

I min praksishverdag ser jeg styrken i at det er god kontinuitet i veiledningen ved et praksissted, særlig i starten, slik at studenten blir trygg og kjent med rutiner, prosedyrer og så videre. Man kan heller bli mer fleksibel etter hvert, men jeg vil påstå at kontinuitet i veiledningen er viktig for å utvikle reflekterte praktikere. Min erfaring tilsier også at det blir vanskeligere å skrive evaluering jo mindre kontinuitet det er i praksis.

Studien viser at flere studenter opplevde å bli vurdert på en negativ måte. Min erfaring er at mye negativ tilbakemelding kan hemme læring. Artikkelen sier lite om muntlig tilbakemelding. Muntlig tilbakemelding, i tillegg til skriftlig, kan være en hjelp ved at tilbakemeldingen slik blir utdypet og forklart. I en slik samtale kan studenten og veilederen sammen

finne ut hvordan studenten kan forbedre seg. Dette er kanskje særlig viktig når et forbedringspotensial skal formidles.

Ifølge artikkelen opplevde studenter det å jobbe to og to som både positivt og negativt. Selv har jeg god erfaring med at studenter samarbeider med medstudenter. Studentene sier det kan være lettere å spørre en medstudent, og også reflektere sammen med en annen student, enn med veileder. Samtidig ser jeg at denne positive effekten blir svekket hvis kunnskapsnivået på studentene er svært ulikt eller at personlighetene er svært forskjellige.

I artikkelens konklusjon savner jeg det som står under hovedresultat, nemlig at studentene opplevde det negativt å gå med flere sykepleiere. Jeg savner også å vite hvor mange studenter det var på hvert praksissted i undersøkelsen.

Les artikkelen på side 54





Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Klinisk stige er ett av flere virkemiddel for systematisk kompetanse- og fagutvikling. Ledere, kollegaer og kontekstuelle forhold påvirker i hvor stor grad deltakere opplever at de anvender sin faglige kompetanse.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å få systematisk kunnskap om hvordan kliniske spesialister opplevde at de vedlikeholdt, videreutviklet og brukte kompetansen til fagutvikling.

**Metode:** En spørreundersøkelse inkluderte kliniske spesialister i

Norge med mer enn to års erfaring. Et strukturert spørreskjema ble utarbeidet på bakgrunn av teori omkring begrepene kompetanse- og fagutvikling.

**Resultat:** De fleste respondentene opplevde at de hadde bevart spisskompetansen som klinisk spesialist og at de fortsatt brukte sin kompetanse. Et sentralt funn var at de kliniske spesialistene i stor grad vedlikeholdt, videreutviklet og brukte kompetansen gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis, mens de sjeldnere utviklet og

brukte kompetansen til teoretiske orienterte aktiviteter som krevde organisatorisk tilrettelegging.

**Konklusjon:** For å øke kliniske spesialisters muligheter til å bruke sin kompetanse på arbeidsplassen, er et overordnet fokus på kompetanse- og fagutvikling på arbeidsplassen sentralt. Det innebærer et samarbeid mellom leder og sykepleier om spesialiseringsområde og planlagt bruk av kompetansen, og at arbeidsgiver stiller krav til og legger til rette for vedlikehold og bruk av kompetanse.

## ENGLISH SUMMARY

### The Clinical Specialist Education-Best Suited to Enhance Learning Through Informal Activities?

**Background:** The clinical ladder is one of several tools in the advancement of competence and practise improvement. Leaders, colleagues and contextual factors influence how participants experience use of their professional competence.

**Objective:** The purpose of the study was to acquire systematic knowledge about the perception of clinical specialists concerning how they maintained, developed and used competence in practise development.

**Method:** A survey included clinical specialists in Norway with at least two years of experience. A structured questionnaire was developed based on concepts of competence and practise development.

**Results:** Most of the respondents expressed that they had maintained their expertise as clinical specialists and still used their competence. A central finding was that the clinical specialists to a large degree maintained, developed and used their competence in informal activities in clinical practise. Theoretically-oriented activities requiring organizational

facilitation were less used.

**Conclusion:** An overarching focus on the development of competence and practise development is necessary in order to increase clinical specialists' use of their competence at work. This entails collaboration between leaders and nurses in the choice of specialization and in planning the use of acquired competence. Employers should command and facilitate an environment where clinical specialists can maintain and develop their competence.

**Key words:** Survey, education, nursing role

# »» Utdanning til klinisk spesialist – best egnet til å styrke læring gjennom uformelle aktiviteter?

Forfattere: Anne Grethe Knutheim,  
Ida Torunn Bjørk

## NØKKELORD

- Spørreundersøkelse
- Utdanning
- Sykepleierolle

## INTRODUKSJON

Sykepleieres plikt til å holde seg faglig oppdatert og til å utøve yrket forsvarlig blir understreket fra flere hold (1–3). Kompetanse ervervet gjennom formell utdanning er bare ett fundament å bygge videre på (1,4–6). Kontinuerlig kompetanseutvikling er derfor nødvendig (7–11). I Nasjonal helseplan understrekes betydningen av helsetjenestens kompetansestrategi for å få et kompetent helsepersonell og at innhold i etterutdanninger er i samsvar med utfordringene i helsetjenesten (12,13). Kompetanseutvikling omhandler det yrkesutøveren gjør for å holde seg oppdatert til å møte pasientens, helsevesenets og eget behov for kompetanse. Det inkluderer kontinuerlig tilegning av ny kunnskap, ferdigheter og verdier (14). Kompetanse kan utvikles gjennom formidling av kunnskap på kurs og etterutdanning gjennom refleksjon sammen med andre yrkesutøvere i praksis (6,15), faglig diskusjon, fordyp-

ning i litteratur, veiledning i praksis, studiebesøk og gjennomføring av faglige prosjekt (4).

Klinisk stige er ett virkemiddel for systematisk kompetanseutvikling (10,16) der deltakerne utvikler kompetanse innen et område i det kliniske feltet gjennom en kombinasjon av klinisk praksis, systematisk veiledning, teoretisk fordypning og gjennomføring av et faglig prosjektarbeid (10). Klinisk stige kombinerer dermed teoretiske og praktiske læringsformer. Gjennomføring av klinisk stige gir godkjenning som klinisk spesialist. Godkjenning kan også oppnås ved å gjennomføre et individuelt løp, eller som en kombinasjon av et individuelt løp, og et arbeidsgiverorganisert program (10,16). Uansett må sykepleieren dokumentere fem års relevant kompetansen som rollemodell, i veiledning og annet fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen (18,19).

Fagutvikling er en kontinuerlig forbedringsprosess der utvikling av individuell og kollektiv kunnskap og ferdigheter bidrar til forbedring og endring av kulturen og kvaliteten av sykepleien (20, 21). Fornying og endring av praksis

krever systematisk og helhetlig utvikling og evaluering (4,22,23). Tidligere studier om klinisk stige har vist at ledere, kollegaer og kontekstuelle forhold påvirket hvordan deltakerne opplevde at de anvendte den faglige kompetansen (18,19,24). Flere nyere studier evaluerer lokale kliniske stiger i USA (25,26,27), men vi har ikke funnet studier med fokus på hvordan kliniske spesialister vedlikeholder og utvikler sin kompetanse over tid. Hensikten med denne studien var derfor å få systematisk kunnskap om hvordan kliniske spesialister selv erfarte sin kompetanse, hvordan de vedlikeholdt og videreutviklet kompetansen og hvordan de

### Hva tilfører studien?

Undersøkelsen viser at sykepleiere med klinisk kompetanse erfarte at de fortsatt hadde spisskompetanse som klinisk spesialist og at de fortsatt brukte kompetansen sin.

### Mer om forfatterne:

Anne Grethe Knutheim er intensivsykepleier med master i sykepleievitenskap og praktisk pedagogisk utdanning. Hun arbeider ved Akuttmottaket, Sykehuset i Drammen. Ida Torunn Bjørk er professor ved avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Kontakt: anne.grethe.knutheim@gmail.com

brakte kompetansen til fagutviklingsarbeid.

## METODE

Studien var en landsomfattende tverrsnittundersøkelse gjennomført i Norge fra desember 2009 til januar 2010. Designet var deskriptivt med en kvantitativ tilnærming.

## Utvalg

Kliniske spesialister i sykepleie og spesialsykepleie registrert i Norsk Sykepleierforbund (NSF) ble invitert til å delta i studien. Inklusjonskriteriet var minimum to års erfaring som klinisk spesialist. Svarprosenten var 66,8 (n= 748).

## Utvikling av spørreskjema

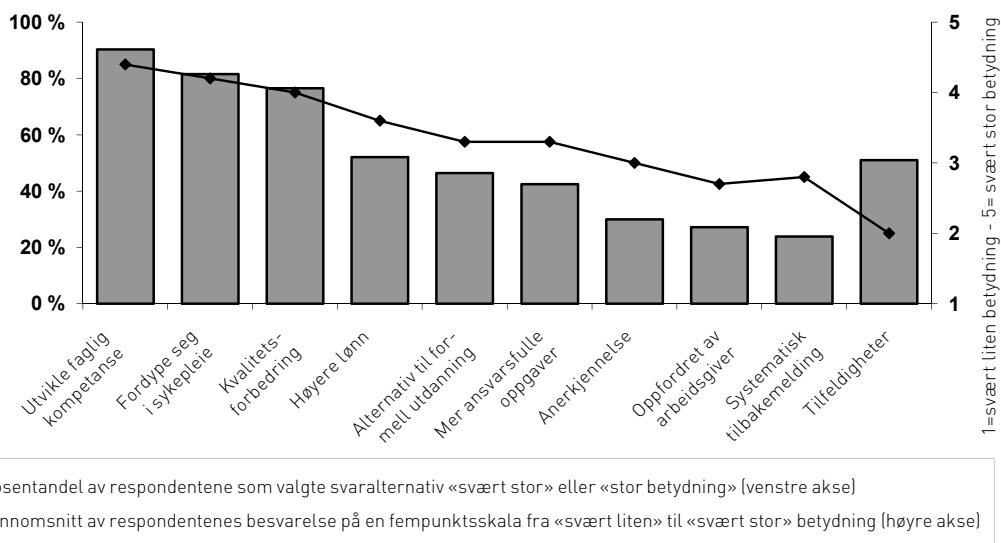
Data ble samlet inn med et strukturert spørreskjema med 30 hovedspørsmål utviklet spesielt for denne studien. Spørsmålene bygget på: Nygrens (6) teori om handlingskompetanse hos profesjonelle personer, perspektiver på kompetanseutvikling (5,6,28), fagutvikling (4,20–23) og tidligere spørreskjemaundersøkelser blant kliniske spesialister (16,18). Skjemaet besto av: 1. Respondentenes utdannings- og arbeidsstedsbakgrunn, 2. Vedlikehold og utvikling av kompetanse som klinisk spesialist, 3. Faglige og personlige nytteeffekter av utdanningen og bruk av kompetansen i fagutviklingsarbeid, 4. Muligheter for å vedlikeholde, videreutvikle og bruke kompetansen som klinisk spesialist. Spørsmålene i del 2 ble delt inn i to kategorier: teoretisk orienterte og praktisk orienterte aktiviteter. I del 3 ble fagutviklingsaktiviteter delt inn i tre kategorier: fremme endring av praksis, personalutvikling, og kvalitetsforbedring og forskning. Spørsmålene i del 2, 3 og 4 hadde underspørsmål formulert som påstander. De fleste spørsmålene hadde fem svaralternativer med endepunktene helt enig og helt

**TABELL 1:** Bakgrunnsdata om respondentene knyttet til utdanning, arbeidsplass og stillingstittel

<b>Vei til godkjenning som klinisk spesialist</b>	<b>n (%)</b>	
Jeg samlet dokumentasjon om praksis, veiledning, kurs, litteratur jeg hadde fra før	268 (35,8 %)	
Jeg planla og gjennomførte mitt eget program	123 (16,4 %)	
Jeg gjennomførte program organisert av arbeidsgiver	313 (41,9 %)	
Ikke besvart spørsmålet	44 (5,9 %)	
<b>Tilleggsutdanning relevant for sykepleie</b>		
Ingen tilleggsutdanning	165 (22,1 %)	
Utdanning før eller etter godkjenning som klinisk spesialist	280 (37,4 %)	
Utdanning både før og etter godkjenning som klinisk spesialist	234 (31,3 %)	
Ikke besvart spørsmålet	69 (9,2 %)	
<b>Stillingstittel ved innsamling av data</b>		
Sykepleier	139 (18,6 %)	
Spesialsykepleier	300 (40,1 %)	
Fagutviklingssykepleier	61 (8,2 %)	
Annen stilling	211 (28,2 %)	
Ikke besvart spørsmålet	37 (4,9 %)	
	Ved godkjenning som klinisk spesialist	Ved utdeling av spørreskjema
<b>Ansettelsessted</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Somatisk sykehus	363 (48,5 %)	311 (41,6 %)
Sykehjem, hjemmetjeneste eller forebyggende helsetjeneste	74 (9,9 %)	76 (10,2 %)
Psykisk helsevern	182 (24,3 %)	169 (22,6 %)
Annet	107 (14,3 %)	167 (22,3 %)
Ikke besvart	22 (2,9 %)	25 (3,3 %)



**FIGUR 1:** Begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist (N= 713–740)



uenig/svært sjelden og svært ofte. Denne artikkelen behandler data fra delene 1–3 i spørreskjemaet.

### Validitet og reliabilitet

Spørreskjemaet ble pilottestet av seks sykepleiere i målgruppen. Pilottesten resulterte i endring og fjerning av noen spørsmål. I prosessen ga faglig ansvarlige representanter for NSF's godkjenningsordning for klinisk spesialist tilbakemelding på spørreskjemaets tematiske områder.

### Praktisk gjennomføring

NSF ga tilgang til navn- og adresseregister over godkjente kliniske spesialister. Et datafangstfirma gjennomførte utsending, innsamling og optisk lesing av spørreskjemaene. Skjema ble sendt ut i posten sammen med en frankert svarkonvolutt og informasjonsbrev i november 2009. En purrerunde ble gjennomført i januar 2010.

### Etiske overveielser

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Navn- og adresselisten ble brukt for å merke utsendingskonvolutt med navn og adresse og for å gjennomføre en purrerunde. Forskerne

fem svaralternativene gruppert i tre verdier. I noen analyser er respondentene gruppert ut fra godkjenningstidspunkt som

” Kompetanseutvikling omhandler det yrkesutøveren gjør for å holde seg oppdatert til å møte pasientens, helsevesenets og eget behov for kompetanse.

var ikke i direkte kontakt med personopplysninger. Det ble skrevet databehandlingsavtale mellom NSF og databehandlingsfirmaet.

### Statistisk analyse

Statistiske analyser av data ble utført i SPSS versjon 16.01. Det ble gjennomført beskrivende statistikk, Kji Kvadrat-test og ANOVA. I artikkelens figurer presenteres spørsmål med fem svaralternativ på følgende måte: I figurene 1, 4 a og b og 5 a, b og c vises søyler der de to beste svaralternativene er sammenslått samt gjennomsnitt av alle svaralternativene, og i figur 3 er de

klinisk spesialist: gruppe 1 (før 2000), gruppe 2 (mellom 2000–2003), gruppe 3 (etter 2003).

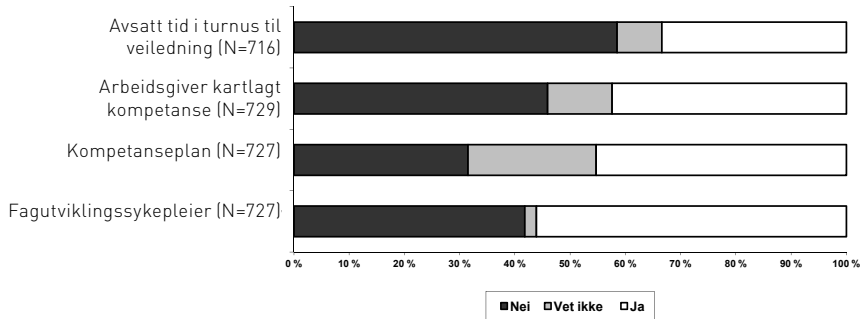
### RESULTAT

#### Demografiske og kontekstuelle data

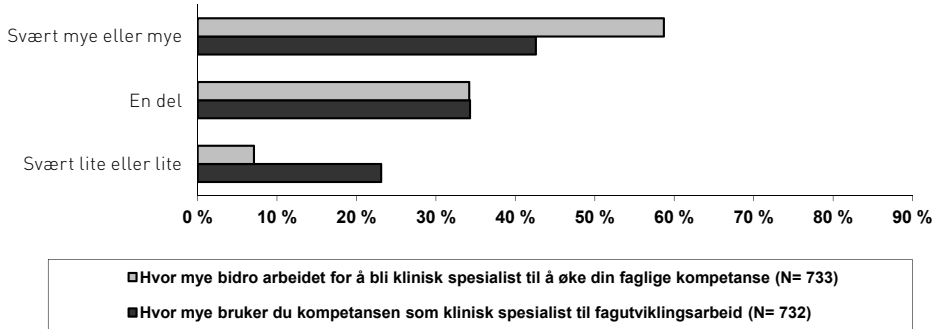
Kjønnsfordelingen var 5,9 prosent (n= 44) menn og 94,1 prosent (n=699) kvinner. Gjennomsnittlig tid som autorisert sykepleier var 24,7 år, (SD= 9,0) og klinisk spesialist i 6,3 år (SD= 3,6). I tabell 1 presenteres data om veien til klinisk spesialist, utdanningsnivå og yrkesbakgrunn.

Tabell 1 viser at en høy andel respondenter hadde tatt annen

**FIGUR 2:** Forhold av betydning for kompetanse- og fagutvikling



**FIGUR 3:** Opplevelse av faglige effekter av utdanningen til klinisk spesialist



utdanning relevant for sykepleie. Mange hadde stillingstittel «spesialsykepleier», mens få hadde stillingstittel «fagutviklingspsykepleier». Analyser viste at et mindretall (n=165, 22,9 prosent) hadde fått ny stillingstittel på bakgrunn av godkjenning som klinisk spesialist.

Respondentene kunne velge mellom ti alternativer for hvilket sted de var ansatt ved godkjenning som klinisk spesialist og ved tidspunktet for datainnsamlingen. Før analyse ble svaralternativene kategorisert i fire typer ansettelsessteder. Tabell 1 viser at flest respondenter var ansatt på somatisk sykehus på begge tidspunkter. Analyser viste at et mindretall av respondentene hadde byttet til annen type arbeidsplass eller avdeling siden godkjenning

gen (n=145, 19,9 prosent).

Tabell 1 viser at flest ble klinisk spesialist gjennom arbeidsgiverorganiserte programmer som klinisk stige. Analyser viste at før år 2000 ble flest godkjent som klinisk spesialist gjennom å samle dokumentasjon, mens fra og med år 2000 ble flest godkjent gjennom å delta i program organisert av arbeidsgiver (Kji Kvadrat test p mindre enn 0,001).

### Begrunnelser for å bli klinisk spesialist

Respondentene ble spurt om hvilken betydning ti ulike begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist hadde på en fempunkts skala fra 1= ingen betydning til 5= svært stor betydning (Figur 1).

Respondentene la mest vekt

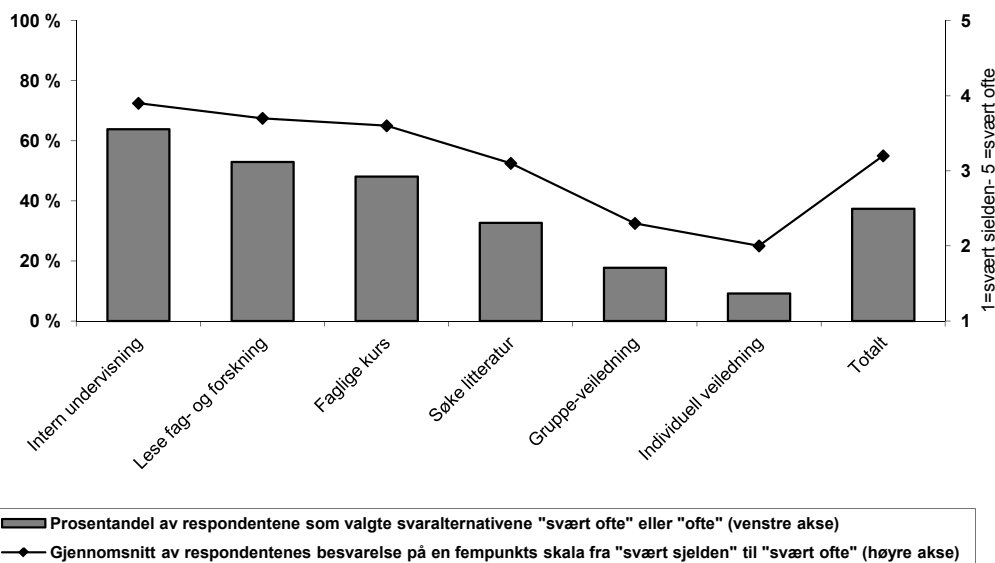
på indre faglige motivasjonsfaktorer. Arbeidsgivers oppfordring hadde relativt lav skår (Figur 1).

### Betydning for kompetanse- og fagutvikling

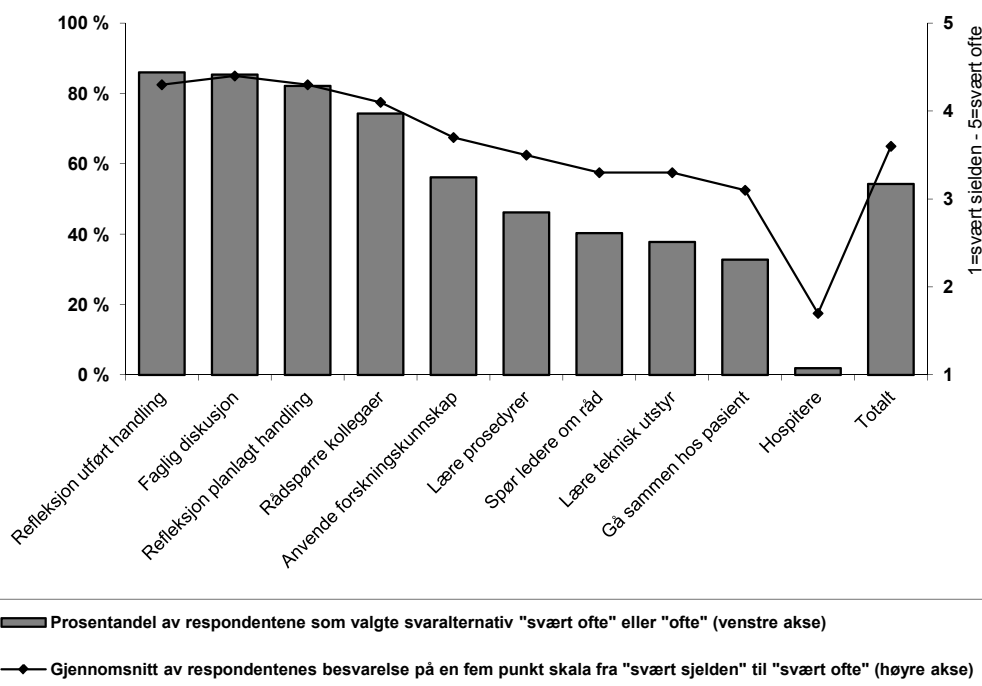
Respondentene svarte på spørsmål om kontekstuelle forhold på arbeidsplassen med betydning for personlig kompetanseutvikling og bruk av kompetanse til fagutvikling (Figur 2).

Figur 2 viser at det var en betydelig andel respondenter som ikke hadde avsatt tid til veiledning og som ikke visste om det forelå kompetanseplan på arbeidsplassen eller om arbeidsgiver hadde kartlagt deres kompetanse. Analysene viste også at 43 prosent (n=305) av respondentene ikke hadde avsatt tid til faglig ajourhold,

**FIGUR 4A:** Engasjement i teoretisk orienterte aktiviteter (N= 723–730)



**FIGUR 4B:** Kliniske spesialisters oppfatning av hvor hyppig de engasjerte seg i praktisk orientert aktiviteter (N= 711–730)



mens 18 prosent (n=127) hadde avsatt mer enn en dag per måned.

### Nytteeffekt av utdanningen til klinisk spesialist

Respondentene ble bedt om å ta stilling til i hvilken grad utdanningen til klinisk spesialist hadde bidratt til deres kompetanseutvikling og til bruk av kompetansen i

og sykepleiere med godkjenning mellom 2004–2007 hadde også signifikant høyere gjennomsnittsskår enn sykepleiere med godkjenning mellom 2000–2003 (ANOVA  $p=0,011$ ). Mellom 88–96 prosent av respondentene var enig i at kompetansen som klinisk spesialist påvirket faglig trygghet, hadde positiv effekt på

sykepleiere i gruppe 2 (ANOVA  $p=0,027$ ).

Praktisk orienterte aktiviteter hadde generelt høyere total gjennomsnittsskår enn teoretisk orienterte aktiviteter (Figur 4a og 4b). Flest respondenter oppfattet at de ofte engasjerte seg i aktiviteter knyttet til refleksjon og faglig diskusjon eller rådføring med kollegaer, mens de sjeldnere konsulterte sine ledere i faglige spørsmål (Figur 4b). Kliniske spesialister i gruppe 2 hadde signifikant høyere skåre enn sykepleiere i gruppe 1 på engasjement i praktisk orienterte aktiviteter (ANOVA  $p=0,049$ ).

” Ønsker om kompetanse og fagutvikling, og om høyere lønn, var respondentenes hovedbegrunnelser for å bli klinisk spesialist.

fagutviklingsarbeid (Figur 3).

Figur 3 viser at flertallet av respondentene mente at arbeidet for å bli klinisk spesialist bidro til å øke deres faglige kompetanse, mens færre rapporterte at de fortsatt brukte kompetansen til fagutviklingsarbeid. De som skåret høyt på at klinisk stige hadde gitt økt kompetanse, brukte den også signifikant mer enn sykepleiere som i mindre grad mente de hadde fått økt kompetanse (Kji-kvadrat test  $p$  mindre enn 0,000). Godkjenningstidspunkt påvirket ikke rapportert bruk av kompetanse i fagutviklingsarbeid. Sykepleiere som ønsket å bidra til kvalitetsforbedring som en viktig motivasjonsfaktor for å bli klinisk spesialist, opplevde også i signifikant større grad at de økte sin faglige kompetanse i ettertid enn de som skåret lavt på denne motivasjonsfaktoren. Samtidig hadde ikke denne motivasjonsfaktoren betydning for om de brukte sin fagkompetanse i ettertid.

Svært mange (n= 626, 85 prosent) var enig i at de hadde bevart spisskompetansen innenfor området de hadde fordypet seg i. Sykepleiere med godkjenning før 2000 hadde signifikant høyere gjennomsnittsskår enn sykepleiere med godkjenning mellom 2000–2003 (ANOVA  $p=0,008$ ),

fagmiljøet, at de tok flere faglige initiativ, var dyktigere i praktisk sykepleie, ivaretok pasient/pårørende bedre og var flinkere til å kommunisere med kollegaer og pasienter. Et flertall av respondentene oppga at de var enige i at det var bakgrunnen som klinisk spesialist som bidro til egen utvikling og bruk av kompetansen i fagutvikling, n= 398 (56,2 prosent), mens n=210 (29,7 prosent) var usikre og n=100 (14,1 prosent) mente at deres bakgrunn som klinisk spesialist ikke bidro.

### Vedlikehold og videreutvikling av kompetanse

Respondentene ble bedt om å angi hvor ofte de engasjerte seg i 16 ulike aktiviteter for å vedlikeholde og videreutvikle sin faglige kompetanse. Svaralternativene ble kategorisert i teoretisk og praktisk orienterte aktiviteter (Figur 4a og 4b).

Figur 4a viser at veiledning og litteratursøk var av de aktivitetene færrest engasjerte seg i. Analyser viste i tillegg at veiledning var uaktuell på manges arbeidsplass (gruppeveiledning n= 152 (21,0 prosent), individuell veiledning n= 101 (13,9 prosent)). Kliniske spesialister i gruppe 1 var signifikant mer engasjert i teoretisk orienterte aktiviteter enn

### Bruk av kompetanse

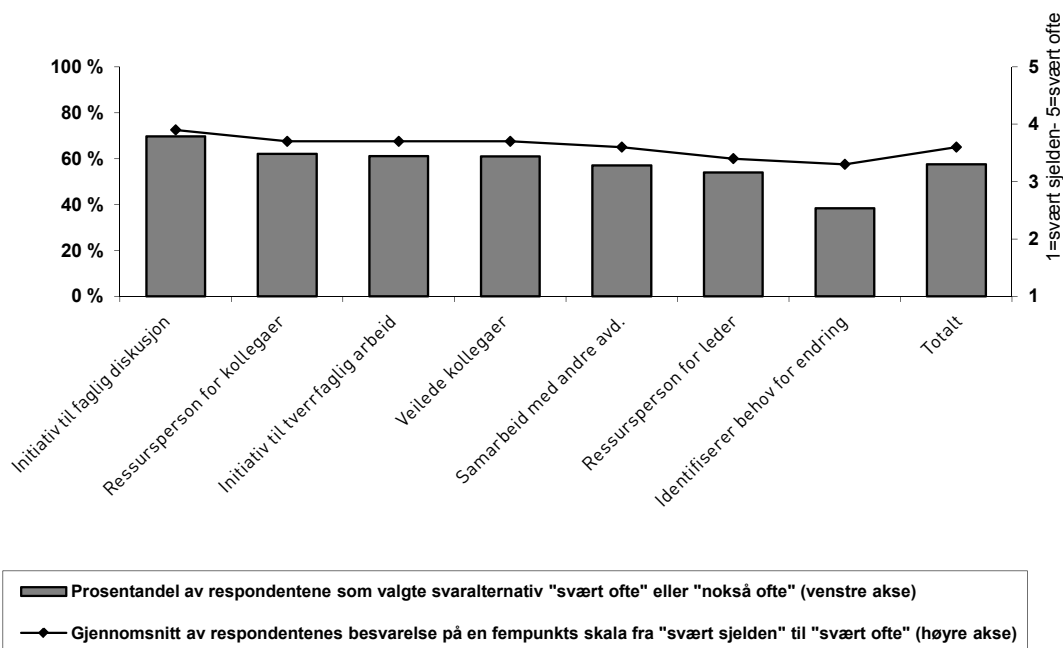
Respondentene fikk også spørsmål om hvor ofte de brukte sin faglige kompetanse til 18 ulike fagutviklingsaktiviteter. Aktivitetene ble tematisk kategorisert i tre typer fagutviklingsaktiviteter (figur 5a, b og c).

Figur 5a viser at respondentene relativt hyppig mente at de brukte kompetansen sin til uformelle aktiviteter, som å ta initiativ til faglig diskusjon, tverrfaglig arbeid, og til å veilede kollegaer. Kliniske spesialister i gruppe 1 oppga at de brukte sin kompetanse til å fremme endring i praksis i signifikant høyere grad enn sykepleiere i gruppe 3 (ANOVA  $p=0,049$ ).

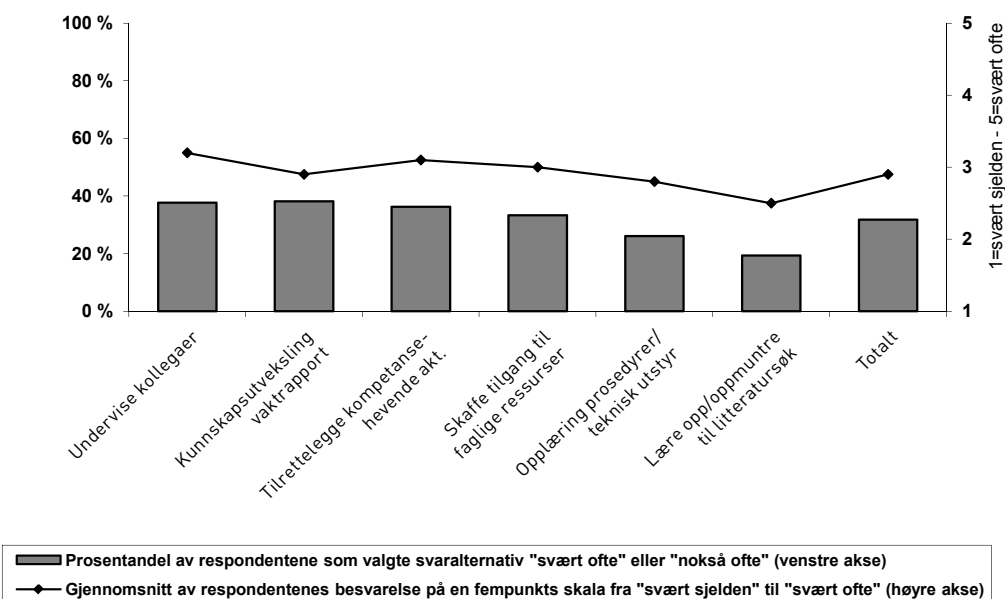
Et mindretall av respondentene oppfattet at de hyppig brukte kompetansen sin til å utvikle sine kollegaers kompetanse gjennom undervisning, opplæring og tilrettelegging for kompetansehevende aktiviteter (Figur 5b).

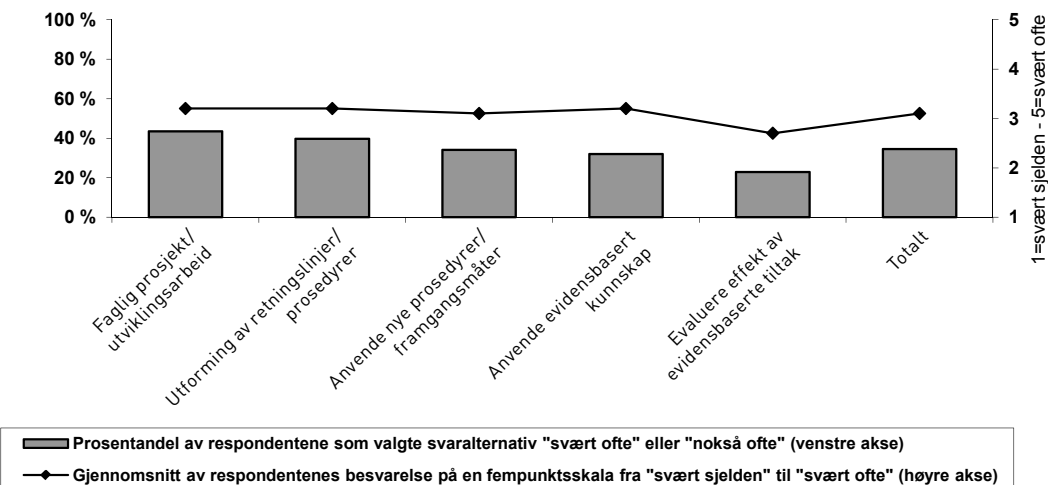
Figur 5c viser at et mindretall av respondentene opplevde at de hyppig brukte kompetansen sin i faglige prosjekter og utviklingsarbeid. De brukte også sjelden evidensbasert kunnskap for å utvikle praksis, og evaluere effekt av slike tiltak. Det var ingen signifikante

**FIGUR 5A:** Bruk av kompetanse til aktiviteter som fremmer endring i praksis (N= 713-736)



**FIGUR 5B:** Bruk av kompetanse til aktiviteter forbundet med personalutvikling (N= 676-732)



**FIGUR 5C:** B ruk av kompetanse til implementering av fag- og forsknings-kunnskap og kvalitetsutviklingsarbeid i praksis (N= 698-729)

forskjeller mellom noen grupper når det gjaldt kompetanse brukt til personalutvikling og kompetanse til implementering av fag og forskningskunnskap. De som hadde høy skåre på indre motivasjonsfaktorer for å begynne i klinisk stige, var ikke signifikant mer aktive i noen av de tre typene fagutviklingsaktiviteter.

## DISKUSJON

Ønsker om kompetanse og fagutvikling var respondentenes hovedbegrunnelser for å bli klinisk spesialist. Mange mente også at utdanningen hadde gitt økt faglig trygghet og spisskompetanse innenfor feltet deres. Denne oppfatningen av individuelle faglige effekter er dermed sammenfallende med tidligere studier på kliniske spesialister (16,18,29). En vedvarende erfaring av spisskompetanse kan tyde på at arbeidet for å bli klinisk spesialist ikke bare ga deltakerne konkret kompetanse, men også redskaper og stimuli til å vedlikeholde kompetansen. Et mindretall opplevde at de i liten grad fikk brukt sin kompetanse på arbeidsplassen. Hvor-

vidt kompetanse blir en operativ handlingskompetanse avhenger av yrkesutøverens evne til å vedlikeholde, tilpasse og anvende de delene av kompetansen som er relevant i arbeidssituasjon (5, 6). Bytte av arbeidsplass kan medføre at kompetanse ikke lenger er relevant (4). Funnene viste imidlertid også at de kliniske spesialistene oppfattet at de hadde utviklet generelle faglige og personlige effekter på individnivå, og disse burde potensielt også kunne brukes innenfor andre fagfelt. Ledere har et stort ansvar for styrking og bruk av personalets kompetanse. Tidligere studier har vist at lederne ikke tar dette ansvaret (16,19,24,29). Kliniske spesialister i denne studien rapporterte at de i stor grad vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte sin kompetanse gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis, og i mindre grad gjennom mer formelle og teoretisk orienterte aktiviteter som krever mer tilrettelegging fra arbeidsgiver.

Respondenter godkjent før år 2000 skilte seg fra de andre ved at de i større grad opplevde at de fortsatt hadde spisskompetanse,

og de engasjerte seg oftere i teoretisk orienterte aktiviteter og i aktiviteter knyttet til å fremme og endre praksis. Flertallet av disse respondentene ble kliniske spesialister på eget initiativ. Drivkraften til å oppdatere og bruke spisskompetansen i andre aktiviteter enn de som finner sted i daglig praksis kan derfor være større enn hos respondenter som ble kliniske spesialister gjennom et program organisert av arbeidsgiver. Et forhold om denne tolkingen må tas da denne gruppen sykepleiere ikke oppga at de brukte kompetansen mer enn andre sykepleiere. Læring gjennom deltakelse i praksis er en viktig måte å lære på (6,28,30,31). Samtidig er teoretisk kunnskap og refleksjon essensielt for å utvikle personlig kompetanse som kan føre faget framover (5,8). Systematisk veiledning framheves som en viktig kilde til bevisstgjøring og refleksjon, både av deltakere i kliniske stiger (16,17) og av sykepleiere generelt (32-34), men formalisert veiledning var en av læringsformene respondentene hadde minst tilgang til. Refleksjon kan selsagt

skje i konkrete situasjoner som krever overveieelse, men muligheten til å få tilbakemelding på seg selv som fagperson er mindre ved adhoc-refleksjon i praksis enn i en formell veiledningssituasjon. For å kunne se sin praksis og sine handlinger i nytt lys fordrer intensjonell refleksjon i større grad distanse til den konkrete situasjonen (5,15).

En fjerdedel av respondentene søkte sjelden etter litteratur i databaser. Tilsvarende brukte de relativt sjelden sin kompetanse til implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis. Hurtige endringer i helsevesenet og krav om forsknings- og evidensbasert praksis fordrer at sykepleierne holder seg oppdatert i eget felt (12,35,36). Kliniske spesialister er i en særstilling i forhold til sykepleiere generelt, fordi de skal være eksperter innenfor et avgrenset felt i praksis. Når de i liten grad søker etter litteratur mister de en viktig mulighet til oppdatering og til å vurdere om litteraturen og retningslinjene på arbeidsplassen faktisk er nyeste viten på området. Dette kan sees i sammenheng med at et flertall av sykepleierne hadde mindre enn én dag per måned til faglig ajourhold og fordypning. For å utvikle kompetanse til å lese, vurdere fag- og forskningskunnskap, og for å kunne bruke kunnskapen aktivt i praksis, er tid, tilgjengelighet og muligheter essensielt (23,37,38). Kliniske spesialister (29) og sykepleiere (39) har hevdet at kompetansetid i turnus var betydningsfullt for muligheten til å fordype seg i teoretisk kunnskap. Uten avsatt tid til faglig ajourhold må disse oppgavene enten skje imellom alle de andre oppgavene i praksis, eller på fritiden. Det blir dermed ikke en systematisk aktivitet, men en aktivitet som i stor grad avhenger av den enkeltes kapasitet og indre motivasjon.

Etter år 2000 var det en økende andel sykepleiere som ble klinisk spesialist gjennom program organisert av arbeidsgiver. Det kan tyde på at klinisk stige har vært et tiltak som institusjonene satset på. Samtidig hadde under halvparten av de kliniske spesialistene fått kartlagt sin kompetanse av arbeidsgiver og like få hadde en kompetanseplan på arbeidsplassen. I tråd med annen forskning kan dette tyde på at

### Metodiske overveielser

Svarprosenten viser at det var stor interesse for studien. Funnene har gitt detaljert informasjon om i hvilken grad de kliniske spesialistene utviklet og anvendte sin kompetanse på arbeidsplassen. Det var imidlertid utfordrende å tolke om variasjonene var naturlige eller om de representerte et gap i forhold til en ideell situasjon. Spørreskjemaundersøkelser har begrensninger

” Et flertall av sykepleierne hadde mindre enn én dag per måned til faglig ajourhold og fordypning.

arbeidsgivere har liten oppmerksomhet på spesialkompetansen til kliniske spesialister og i liten grad gjør bruk av denne (16,19,24,40). Ytre faktorer som arbeidsplassens målsettinger og ideologier har betydning for utvikling og bruk av kompetanse (6), og ledelsen er svært sentral (4,9,24,41). Ledelsens ansvar for forvaltning av kompetanse og kontinuerlig kartlegging av arbeidsplassens kompetansebehov, samt utarbeiding av mål- og behovsorienterte kompetanse- og læringsplaner, understrekes i offentlige dokumenter (12,42). Klinisk stige gir arbeidsgiver mulighet til å påvirke hvilket område sykepleieren skal fordype seg i (42). Arbeidsgiver har dermed mulighet til å få skreddersydd kompetanse ut fra arbeidsplassens behov. Ifølge Manley og McCormack (43) kan arbeidsgiverstyrte kompetanseprogram føre til enkeltstående «tekniske fagutviklingstiltak» dersom ikke kompetansen til de ansatte sees som ledd i en større utviklingsplan. For at kompetanseutviklingsprogram skal gi nytteeffekter for individ, organisasjon og fag er det nødvendig med klare organisatoriske mål og evaluering av resultat (44).

som informasjonskilde da de er basert på selvrapportering. Spørsmål kan misforstås, og respondenters uttrykte oppfatninger er ikke alltid i tråd med reelle følelser og handlinger.

### KONKLUSJON

Respondentene erfarte i stor grad at de fortsatt hadde spisskompetanse som klinisk spesialist, og relativt mange erfarte at de fortsatt brukte kompetansen sin. Vedlikehold, videreutvikling og bruk av kompetanse skjedde i all hovedsak gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis. En forutsetning for at arbeidstakerens kompetanse skal bli brukt er et overordnet fokus på kompetanse- og fagutvikling på arbeidsplassen. Kartlegging av kompetansen på arbeidsplassen, og av hvilke områder det er behov for kompetanseøkning, er essensielt. For at kliniske spesialisters kompetanse skal kunne møte arbeidsplassens behov, er det nødvendig med tett samarbeid mellom leder og sykepleier i valg av spesialiseringsområde og planlagt bruk av kompetansen. Kontekstuelle forhold var lite tilrettelagt, og dette kan tyde på en manglende bevissthet om og strategisk tenkning rundt forvaltning

av personalets kompetanse. Studien har avdekket at det er behov for å få mer kunnskap om hvordan arbeidsgiver og nærmeste leder konkret følger opp og bruker de kliniske spesialistenes kompetanse.

#### REFERANSER

1. **Kunnskapsdepartementet.** Rammepplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25. april 2008.
2. **Norsk Sykepleierforbund.** Yrkesetiske retningslinjer. Revidert 18. desember 2007.
3. **Lovdata.** Lov om helsepersonell 2. juli 1999; nr. 4 [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 03.01.2013).
4. **Engelund C.** Competenceudvikling. I: Bydam J. (red). Organisering og ledelse af sygeplejen. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København. 2003 (s 78–91).
5. **Kirkevold M.** Vitenskap for Praksis? Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 1996.
6. **Nygren P.** Handlingskompetanse, – om Profesjonelle Personer. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2004.
7. **Bjørk IT, Tørstad S, Hansen BS, Samdal GB.** Estimating the cost of professional development activities in health organizations. *Nurs Econ.* 2009; 27: 239–44.
8. **Gustavsen C, Fagerberg I.** Reflection, the way to professional development? *J Clin Nurs.* 2004;13: 271–80.
9. **Naustdal AG.** Kompetanseutvikling under press– erfaringer til sjukepleieleiarar etter omorganisering av sjukehusa. *Sykepleien Forskning.* 2010;4:286–92.
10. **Norsk Sykepleierforbund.** Klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie. Basert på praksisnær etter- og videreutdanning. Norsk Sykepleierforbunds godkjenningsordning. Upublisert materiale. Norsk Sykepleierforbund, Oslo. 2005.
11. **Ryan J.** Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurs Educ Today.* 2003;23:498–508.
12. **Helse og omsorgsdepartementet.** St.prp. nr. 1. Nasjonal helseplan (2007–2010). Kapittel 6. 2006–7.
13. **Helse og omsorgsdepartementet.** St.meld. 16. Nasjonal helseplan (2011–2015). 2010–11.
14. **Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T.** Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ.* 2000;320:432–35.
15. **Gjerberg E, Amble N.** »Train the trainer«–refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren. *Sykepleien Forskning.* 2011;2:134–41.
16. **Kvamme E, Bjerke P.** Kliniske spesialister. En kartlegging. Defacto Kunnskaps-senter for fagorganiserte, Oslo. 2003.
17. **Andersen H.** Klinisk stige. Et program for kompetanseheving og anerkjennelse av sykepleiere i klinisk praksis. Diatext, Oslo. 1997.
18. **Bjørk IT, Hansen BS, Samdal GB, Tørstad S, Hamilton GA.** Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *J Nurs Scholarship.* 2007;39: 88–94.
19. **Samdal GB.** Kompetanseprogrammet klinisk stige som virkemiddel for strategisk kompetanseutvikling. Masteroppgave. Seksjon for sykepleievitenskap, Medisinsk fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen. 2004.
20. **Garbett R, McCormack B.** A concept analysis of practice development. *J Res Nurs.* 2002;7(2): 87–100.
21. **Bjørk IT, Solhaug M.** Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok. Akribe, Oslo. 2008.
22. **McSherry R, Warr J.** Practice development: confirming the existence of a knowledge and evidence base. *Pract DevHealth Care.* 2006;5: 55–79.
23. **Granum V, Solvoll B-A.** Sykepleieren – den forskende praktiker. Tano Aschehoug, Oslo 2006.
24. **Tørstad S, Bjørk IT.** Nurse leaders' views on clinical ladders as a strategy in professional development. *J Nurs Manage.* 2007;15:817–24.
25. **Korman C, Eliades AB.** Evaluation through research of a three-track career ladder program for registered nurses. *JNSD.* 2010; 26(6): 260–6.
26. **Nelson JM, Cook PF.** Evaluation of a career ladder program in an ambulatory care environment. *Nurs Econ.* 2008;26(6): 353–60.
27. **Riley JK, Rolband DH.** Clinical ladder: Nurses' perceptions and satisfiers. *J Nurs Adm.* 2009; 39(4): 182–8.
28. **Eraut M.** Developing professional knowledge and competence. The Falmer Press, London. 1994.
29. **Tradin IM.** Klinisk spesialist- en ressurs i intensivavdelingen? Masteroppgave, Institutt for sykepleievitenskap og Helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo 2007.
30. **Hunter CL, Spence K, McKenna K, Ledema R.** Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs.* 2008;62:657–64.
31. **Ferguson LM.** From the perspective of new nurses: what do effective mentors look like in practice? *Nurse Educ Pract.* 2011;11:119–23.
32. **Thidemann IJ.** Vi bare tar oss av hverandre. *Sykepleien.* 2002;90(19): 42–6.
33. **Ryan A, Goldberg L, Evans J.** Wise women: mentoring as relational learning in perinatal nursing practice. *J Clin Nurs.* 2010;19:183–91.
34. **Fornieris SG, Peden-McAlpine C.** Creating context for critical thinking in practice: the role of the preceptor. *J Adv Nurs.* 2009;65:1715–24.
35. **Christensen B, Carlsen TC, Jensen K.** Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning.* 2009;4:100–6.
36. **Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW.** Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. *Sykepleien Forskning.* 2011;6:160–67.
37. **Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D.** Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *J Adv Nurs.* 2009; 65:371–81.
38. **Gerrish K, McDonnell A, Nolan M, Guitaume L, Kirshbaum M, Tod A.** The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *J Adv Nurs.* 2011;67:2004–14.
39. **Fagerjord B.** Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis. Masteroppgave. Institutt for klinisk medisin, Medisinsk fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø. 2009.
40. **Solli H.** Nyutdannete sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning.* 2009;1:52–60.
41. **Lai L.** Strategisk kompetansestyring. 2.utg. Fagbokforlaget, Oslo. 2004.
42. **Norsk Sykepleierforbund.** Klinisk spesialist i sykepleie. Godkjenningsordning. Upublisert materiale. Norsk Sykepleierforbund, Oslo. 2004.
43. **Manley K, McCormack B.** Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nurs Crit Care.* 2003; 8:22–29.
44. **Ellis L, Nolan M.** Illuminating continuing professional education: unpacking the black box. *Int J Nurs Stud.* 2005; 42:97–106.



# Fagutvikling må forankres i ledelsen

› Kompetanse- og fagutvikling krever at kliniske spesialister samarbeider tett med lederne sine.



**Line Pedersen**

Intensivsykepleier og masterstudent i intensivsykepleie, Intensiv/oppvåkning på Sørlandet Sykehus HF/Universitetet i Agder

KOMMENTAR FRA PRAKSISFELLET

Studien til Bjørk viser at de kliniske spesialistene opplever at utdannelsen har gitt dem økt faglig trygghet innenfor feltet deres. De bruker kompetansen sin til uformelle aktiviteter som å ta initiativ til faglige diskusjoner, tverrfaglig arbeid og ved å veilede kollegaer. Beklageligvis får de i mindre grad utviklet og brukt kompetansen sin til mer teoretisk orienterte aktiviteter som krever organisatorisk tilrettelegging. Så mye som en fjerdedel av respondentene sier at de sjelden søker etter faglitteratur i databaser. De bruker dessuten sjelden kompetansen til kvalitetsutvikling i praksis. Arbeidet med å identifisere områder for kvalitetsforbedring, litteratursøk, litteraturgjennomgang og eventuelt implementering i praksis er en læringsprosess. Denne kunnskapen må vedlikeholdes og arbeidet er tidkrevende i seg selv. Det er ikke en arbeidsoppgave som kan utføres i ledig tid, eller kun avhenge av den enkelte sykepleiers egen kapasitet og motivasjon. Tid, tilgjengelighet og muligheter

er essensielt for å utvikle denne kompetansen, sier Bjørk.

Sykepleiere har plikt til å holde seg faglig oppdatert, og som klinisk spesialist blir man ofte sett på som ekspert innenfor sitt felt. Kliniske spesialister har utviklet verktøy som skal brukes til systematisk kompetanse- og fagutvikling. Det er lite samsvar mellom hva som forventes av å ha tatt en slik utdanning og hvordan ressursene fordeles i etterkant. Selv sier respondentene i undersøkelsen at de kun har en dag per måned til faglig ajourhold og fordypning.

Kontekstuelle faktorer er vesentlige for å kunne arbeide med kvalitetsutvikling i det daglige. Men også yrkesutøverens evne til å holde ved like, tilpasse og anvende deler av sin kompetanse til avdelingens behov betyr mye for at kompetansen skal være brukbar i praksis. Mange sykepleiere identifiserer områder som kan forbedres, og er interessert i å utvikle fagfeltet til beste for pasientene, men hindres av at tiden og ressursene ikke strekker til.

I undersøkelsen til Bjørk framkommer det at kompetansen som klinisk spesialist blant annet påvirker faglig trygghet, har positivt effekt på fagmiljøet, fører til flere faglige initiativ, bedre ivaretagelse av pasienter og bedre kommunikasjonsferdigheter. Dette er kvaliteter ledere i helsevesenet ønsker seg. Kvaliteter som gjør arbeidstakerne mer fornøyd og gir pasienter og pårørende bedre sykepleie og omsorg.

Studien er svært relevant og konkret, blant annet fordi den peker på kompetansekartlegging av ansatte. Analyse av på hvilke områder det er behov for kvalitetsforbedring vil kunne føre til at ledere kan benytte seg av kompetansen til de kliniske spesialistene ut fra avdelingens behov. Fagutvikling må forankres i ledelsen og kliniske spesialister og deres ledere oppfordres til tettere samarbeid.

Les artikkelen på side 62





## STOLT PROSEDYREMAKER

› Kari Sunnevåg har vært med på å lage den første prosedyren for sykehjem i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.

Tekst **Susanne Dietrichson**  
Foto **Bjørn Erik Larsen**  
Illustrasjonsfoto: Colourbox

Åtte prosedyrer om diabetes rettet mot eldre, skrøpelige pasienter på sykehjem er kommet med i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Det er en database med 53 kunnskapsbaserte prosedyrer, fortrinnsvis utarbeidet av og rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Kari Sunnevåg, spesialrådgiver/geriatrik sykepleier og ansatt ved Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i

på den samme kunnskapsbaserte behandlingen og oppfølging som pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Hun forteller at arbeidet er et resultat av samarbeid med Senter for kunnskapsbasert praksis i Bergen.

– Samarbeidet har ført til at sykepleiere tilknyttet Utviklingscenter for sykehjem i hele Norge har tatt videreutdanning i kunnskapsbasert praksis (KBP).

Men kunnskapen er ikke alltid like lett å videreføre i praksis når den travle hverdagen krever sitt. For å stimulere sykepleiere til å

reutdanning i kunnskapsbasert praksis, forteller hun.

### FANT KUNNSKAPSHULL

Fagringen foregikk i fire hele dager over fire måneder med forelesninger, undervisning og gruppearbeid. Deltakerne ble satt til kritisk å vurdere nasjonale retningslinjer for diabetes, med utgangspunkt i sjekklister for vurdering av faglig retningslinjer på Kunnskapscenteret.no.

– Problemstillingen tok utgangspunkt i et ønske om å sikre skrøpelige eldre med diabetes i alders- og sykehjem god behandling, sier Sunnevåg.

– Vurderingen resulterte i at vi avdekket kunnskapshull i de nasjonale retningslinjene, noe som igjen førte til at endokrinolog Geir Hølleland og jeg gikk i gang med å utarbeide diabetesprosedyrer.

### LAGET PROSEDYRER

Sunnvåg innrømmer at arbeidet med å lage prosedyrer var krevende. Hun er takknemlig for at Hølleland brukte deler av sin utdanningspermisjon til arbeidet, og for at Monica Nortvedt ved Senter for Kunnskapsbasert

“ Fagringer er en god modell for å implementere forskning i praksis og for å stimulere til at kunnskapsbasert praksis faktisk blir brukt.

Hordaland, Bergen kommune, er en av forfatterne.

– Jeg er veldig stolt, innrømmer hun.

– Særlig fordi vi er den første kommunen som har publisert prosedyrer i nettverket.

### STARTET FAGRINGER

Sunnvåg understreker at pasienter i kommunehelsetjenesten har krav

anvende kunnskapen sin i praksis tok Sunnevåg initiativ til en fagring i 2011.

– Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester skal være en spydspiss for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenesten, understreker hun.

– Vi sendte ut invitasjoner til sykepleiere som jobbet med eldreomsorg og som hadde tatt vide-



› **BEDRE PLEIE:** Kari Sunnevåg tror diabetesprosedyrene kan bidra til å kvalitetssikre pleie av eldre med diabetes i sykehjem. Foto: Bjørn Erik Larsen

praksis bisto med undervisning og veiledning.

– Fagringer er en god modell for å implementere forskning i praksis og for å stimulere til at kunnskapsbasert praksis faktisk blir brukt, mener Sunnevåg.

– Dette er i tråd med nasjonale føringer. Alle i fagringen bidro til forarbeidet og kan være stolt av fagprosedyrene som er utviklet.

Nå ligger prosedyrene ferdig tilgjengelig i prosedyrenettverket, og hele landet kan ta dem i bruk.

Praktisk hjelp og støtte til å utarbeide prosedyrene finner man i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer på Helsebiblioteket.no. Her kan man i tillegg til å finne ferdige, godkjente prosedyrer, se hvilke prosedyrer som er i ferd med å utarbeides. Diabetesprosedyrene har vært til bred ekstern høring både i fagmiljøet i Bergen, DiaBest forskningsgruppe, på Haukeland, i faggruppen for diabetessykepleiere i NSF, Dia-

betesforbundet i Hordaland og i Helsedirektoratet. Resultatet er med andre ord godt kvalitets-sikret.

#### MÅLGRUPPEN

– Hvem er diabetesprosedyrene laget for?

– Målgruppen er først og fremst sykepleiere og helsearbeidere i alders- og sykehjem, forteller Sunnevåg.

– Men prosedyrene er også relevante for sykepleiere i hjemmetjenesten og andre helsearbeidere som jobber med problemstillingen.

Hun mener Det nasjonale prosedyrenettverket bidrar til at tilgjengelig og oppdatert forskning når ut til praksis og stimulerer helsearbeidere til å jobbe kunnskapsbasert.

– Dessuten er prosedyrene ikke-kommersielle, understreker hun.

– De er gratis, tilgjengelige for hele landet, og de er tverrfaglige.

Dette vil komme kommunene til gode i disse samhandlingstider, understreker hun.

#### STØTTE I PRAKSIS

Også Kristi Litlabø Bunes, spesialsykepleier i diabetessykepleie ved Medisinsk poliklinikk på Stord sjukehus og leder for faggruppen for diabetessykepleiere i Norsk Sykepleierforbund, mener de nasjonale retningslinjene for diabetes bidrar til økt trygghet for diabetespasientene.

– De nasjonale retningslinjene må alltid følges og være basis i prosedyrer uansett hvor den med diabetes bor eller hvilken funksjon man er i, sier hun.

– Alle som er rammet av diabetes, skal til en hver tid være sikret trygg og god kvalitet i helsetjenesten uavhengig av profesjoner. Standardiserte prosedyrer ut fra retningslinjene må ligge i bunnen, selv om man lager lokale strategier for å få det til.

# SKAL SPRE KUNNSKAP OM LÆRING

› Sølvi Lillejord leter etter forskning som kan gjøre praksis bedre.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Foto **Erik M. Sundt**

Lillejord, professor og leder av det nyetablerte Kunnskapscenter for utdanning, mener hun har Norges mest spennende jobb, og ser klare paralleller til helsesektoren.

– Utdanning er et felt i enorm utvikling, påpeker Lillejord.

– I tillegg er jobben dynamisk og internasjonal, det liker jeg.

## KUNNSKAPSBASE

Kunnskapscenteret er en avdeling i Forskningsrådets divisjon for samfunn og helse, og har som sentral oppgave å være en strategisk aktør innenfor formidling og bruk av utdanningsforskning. I likhet med Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten skal Kunnskapscenter for

til kunnskapsbasert praksis, sier hun.

Kunnskapsoppsummeringene skal også ha relevans for norske utdanningsreformer.

– Vi må etablere gode møteplasser slik at dette blir en arena ikke bare for forskere, men også for praktikere, presiserer Lillejord.

– Vi har tre målgrupper: Praksisfeltet, politikere og forskere. Vi ønsker å få til en god sirkelvirkning; fra forskning via praksis og tilbake til forskning.

## KARTLEGGE BEHOV

En annen viktig oppgave for Lillejord og staben hennes blir å kartlegge hvilke oppsummeringer som allerede finnes.

– Vi leter etter kunnskapsoppsummeringer som gir relevant informasjon på områder der praksisfeltet har behov for mer

### Sølvi Lillejord

1952

#### Utdanning:

Lærer og dr. philos, professor i pedagogikk, direktør ved Kunnskapscenter for utdanning

– Vi kommer til å jobbe tett med lærerutdanningene, sier hun.

– Vi skal være et kunnskapscenter, ikke et forskningscenter. Men vi ønsker å dra veksler på hvordan forskere jobber. Den generelle delen av læreplanen sier at vitenskapelig arbeidsmåte skal danne grunnlag for aktivitetene i utdanningssektoren. Det vil si at vi må få til en kunnskapsbasert praksis.

## UTFORDRENDE

– Hva ser du på som hovedutfordringene ved arbeidet så langt?

– Jeg har jo ikke hatt denne jobben så lenge, smiler Lillejord.

– Men jeg må innrømme at jeg allerede har støtt på en rekke utfordringer.

Hun tenker seg om.

– Det er ikke så lett å finne gode grep som gjør at forskningen kan anvendes i praksis. Samtidig er det nok mange praktikere som bruker kunnskap fra forskning uten å ha et helt bevisst forhold til at de gjør nettopp det, sier hun.

– Når det gjelder kunnskapsoppsummeringene, så er de preget av en litt konstaterende form; de sier at noe er slik eller slik. For eksempel at tilbakemeldinger virker læringsfremmende. Men hvis denne innsikten skal ha verdi for praksisfeltet, må vi

” Vi henter inspirasjon fra helsefagenes forhold til kunnskapsbasert praksis.

utdanning ha en database med systematiske kunnskapsoppsummeringer tilrettelagt for norske forhold.

– Vi skal samle og formidle norsk og internasjonal forskning innenfor utdanning. Og vi vil gjøre forskningsresultatene tilgjengelige på en slik måte at brukerne forstår hva som bidrar

kunnskap, sier hun.

– I tillegg leter vi etter gode grep for å gruppere kunnskapsoppsummeringene og gi dem aktualitet i lys av utdanningsreformer som Kunnskapsløftet og Kvalitetsreformen.

Lillejord er opptatt av at senteret skal formidle kunnskap på en balansert måte.



> **HJERTE FOR UNDERVISNING:** Selve det å undervise er ikke blitt betraktet som et eget kunnskapsområde, sier Sølvi Lillejord, som vil samarbeide med Kunnskapssenter for helsetjenesten om hvordan praksisfeltet kan ta i bruk ny viten.

også kunne si noe om hvordan dette kan gjøres.

### INSPIRERT AV HELSEFAG

Lillejord har tidligere ledet institutt for utdanning og helse ved Universitetet i Bergen. Hun ser mange paralleller mellom utdanningsfag og helsefag og vil samarbeide med Kunnskapssenter for helsetjenesten om metoder.

– Vi henter inspirasjon fra helsefagenes forhold til kunnskapsbasert praksis, sier hun.

Men hun understreker at det også er klare forskjeller mellom de to fagområdene

– For eksempel eksisterer det 29 sertifiserte helseprofesjoner, påpeker hun.

– Lærere har ingen sertifiseringsordning, og med stadig nye krav til profesjonsretting kan nok yrket oppleves som overbelastet.

Ideen om kunnskapsbasert praksis diskuteres også i utdanningsmiljøene.

– Vi har forankring i den tyske, didaktiske tradisjonen som legger vekt på dannelsesperspektivet ved utdanning, forteller Lillejord.

– Mange opplever derfor den

angloamerikanske pedagogikken som bygger på kunnskapsbasert praksis, eller «what works», som reduksjonistisk. Dette kan jo minne om den debatten som har vært i sykepleiermiljøene.

Hun presiserer at senteret, blant annet gjennom samarbeid med de nye sentrene for fremragende utdanning, skal etterstrebe å balansere mellom god erfaringsbasert kunnskap og innsikten man får gjennom god forskning.

Hun mener profesjonsdelen av lærerutdanningen har de største utfordringene.

– Skolens struktur gjør at lærere historisk sett har jobbet veldig individuelt, sier hun.

– Selv om vi ser store forskjeller innad i kommuner og fylker og mellom skoler, har nok den tradisjonelle klasseromsundervisningen ført til isolasjon og lite tverrfaglig samarbeid. Dette strider imot dagens forventninger om økt profesjonalisering og tverrfaglig samarbeid i skolen.

### FORSØMT OMRÅDE

Følelsen av isolasjon var også en av grunnene til at Lillejord selv

valgte nye veier etter seks år bak kateteret.

– Som lærer opplevde jeg den gangen at jobben var ensom. Det ble litt for kjedelig for meg, sier hun.

– Jeg ble valgt som tillitsvalgt på fylkesnivå og det ble en form for videreutdanning; en skikkelig «boost».

Så fulgte jobb hos fylkesskolesjefen i Hordaland. Deretter jobbet hun som rektor før hun tok doktorgrad på spesialundervisning i videregående skole.

Selv om hun i de senere år mest har forsket på ledelse og organisasjon, er det nå undervisning som står Lillejords hjerte nærmest.

– Undervisning er et forsømt kompetanseområde både i Norge og internasjonalt, på alle nivåer fra grunnskole til profesjonsutdanningene, mener hun.

– Som lærere lager vi utallige fagplaner og undervisningsopplegg som vi evaluerer og forsker på, men selve det å undervise har ikke blitt betraktet som et eget kunnskapsområde. Her trenger vi mer forskning!

# HVORFOR TRENGER VI STATISTIKK?

Statistikk kan hjelpe oss med å skille mellom virkelige sammenhenger og tilfeldighetenes spill.

*Sykepleien Forskning har invitert forsker Kjetil Gundro Brurberg ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til å lage en serie nyttestoff om grunnleggende statistiske begreper og analyser.*

Av **Kjetil Gundro Brurberg**, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og **Hugo Hammer**, Hioa

Mange lot seg engasjere av «Folkeopplysningen» på NRK i fjor høst. Programserien tok for seg mange spennende og tidsaktuelle tema der fellestrekket var den risikoen vi står overfor når vi trekker slutninger som utelukkende baseres på erfaring og magefølelse. Årsakene til at vi har lett for å trekke slike feilslutninger er mange, men fenomenet er verken nytt eller særegent for helsefag (1, 2). Utfordringene vi står overfor blir imidlertid ekstra tydelig i medisins verden fordi feilslutninger kan føre til ubotelig skade og i verste fall tap av liv (3). Erkjennelsen av at erfaring kan vildele det menneskelige sinn har bidratt til at vi i dag besitter gode våpen som reduserer faren for erfaringsbaserte feilslutninger.

## > ROBUSTE DESIGN

Vi har i dag tilgang til kraftfulle og robuste studiedesign. Randomiserte kontrollerte forsøk med blinding er en gullstandard når vi lurer på om noe virker, siden dette designet sørger for at gruppene vi sammenlikner faktisk er sammenliknbare og kontrollerte for placeboeffekter. Ved spørsmål om årsak og risiko for sykdom kan vi utnytte design som kohortstudier og kasus-kontrollstudier. Hvilket studiedesign som er det ideelle vil være avhengig av spørsmålet du stiller deg, men dyrekjøpt erfaring har lært oss hvordan studier bør gjennomføres for å minimere faren for bias (4).

Statistikk gir også en annen kontrollmekanisme mot kognitive feilslutninger. Når vi samler inn og tolker tall må vi ta høyde for at resultatet blir påvirket av tilfeldigheter. Du skal være forsiktig med å beskyldte noen for juks selv om fem kast ikke resulterer i en eneste kron, et slikt resultat kan forklares av tilfeldighetenes spill. Statistikk kan hjelpe oss med å skille mellom virkelige sammenhenger og sammenhenger som bare skyldes tilfeldighetenes spill. Når vi skal lese og vurdere kvantitative forskningsartikler trenger vi både metode- og



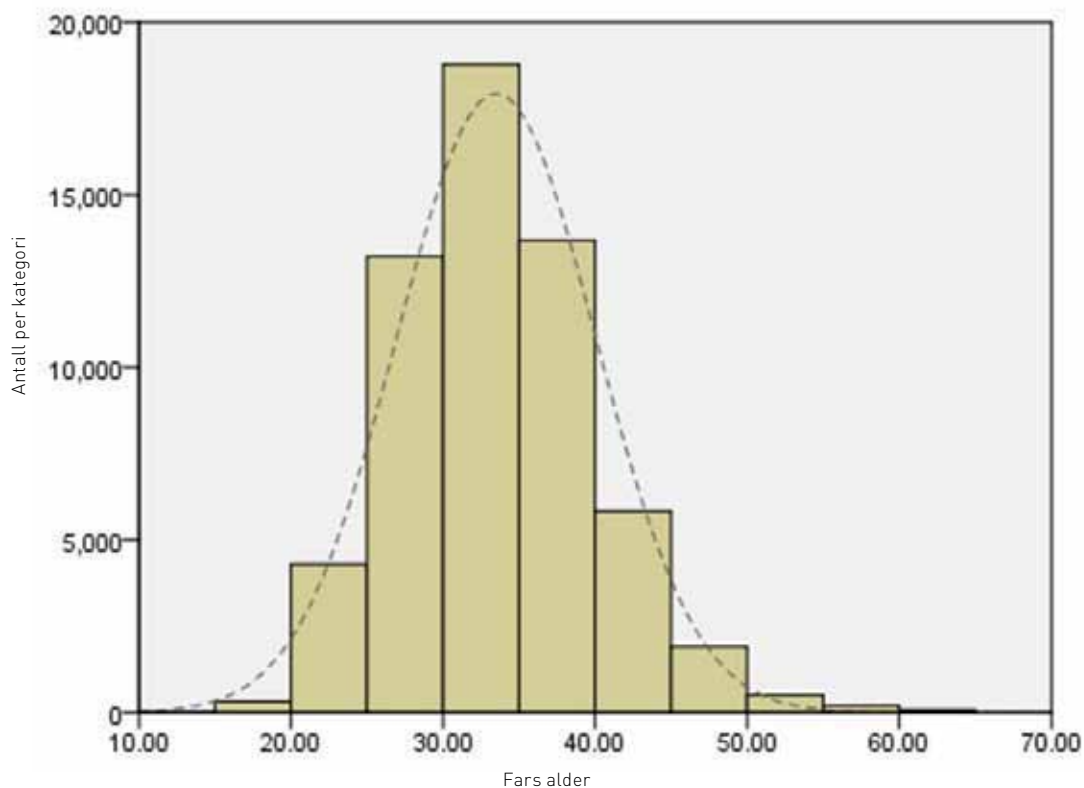


tallforståelse. Uten slik kunnskap er det vanskelig å avgjøre hvilke resultater vi kan stole på.

En del sykepleiere har, som befolkningen for øvrig, et anstrengt forhold til statistikk. Gjennom denne artikkelserien ønsker vi å motivere sykepleiere med og uten tallfobi til en ekstra innsats. Det skal ikke så mye til. Det finnes eksempler på medisinske forskningsartikler der forfatterne, med rette, benytter komplisert statistikk, men i mange tilfeller kan

grunnleggende kjennskap til statistikk bidra til langt bedre forståelse. Ved å investere litt tid til å forstå utvalgte kjernebegrep blir forskningsartikler lettere å lese, og du reduserer faren for å bli lurt av gode selgere. I denne første artikkelen skal vi definere hva vi mener med begrepene populasjon, utvalg og statistiske fordelinger. I senere nummer skal vi se nærmere på konfidensintervall, p-verdier, gjennomsnittsforskjeller, relativ risiko og odds ratio.

**FIGUR 1:** Histogram som viser alderen til menn som ble registrert som fedre i 2011. Stiplet linje viser tilpasset normalfordelingskurve. Kilde: Medisinsk fødselsregister





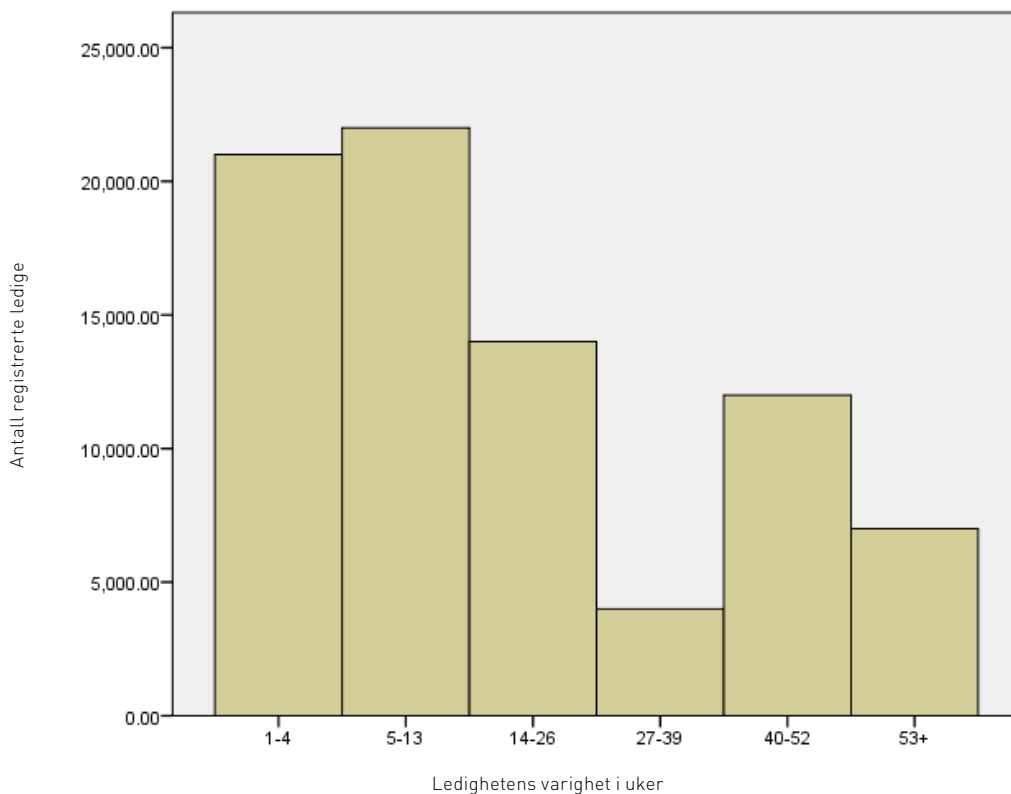


### > POPULASJON OG UTVALG

Det finnes eksempler på spørsmål der statistikk baserer seg på hele den aktuelle befolkningen eller populasjonen – medisinsk fødselsregister er ett eksempel. Figur 1 er basert på alle registrerte fødsler i 2011, og viser alderen til de som ble fedre dette året. Noen av dem som ble fedre i 2011 var yngre enn 20 og noen var eldre enn 50, men majoriteten av dem som ble fedre var mellom 30 og 35 år.

For mange formål er det upraktisk å samle statistikk om hele populasjonen. Et av hovedformålene med bruk av statistikk er nettopp å trekke slutninger om en populasjon basert på et mindre utvalg. Hvis du vil vite hvor mange av mennene som ble fedre i 2011 som var til stede under fødselen, er det upraktisk å spørre alle de 60000 som ble fedre dette året. Isteden kan vi spørre et utvalg av dem som ble fedre. Hvis vi spør 1000 nybakte fedre, og får vite at 95 prosent var

**FIGUR 2:** Histogram som viser antall personer som var registrert som arbeidsledige i 2012 samt varigheten av ledighetsperioden. Flertallet av de ledige hadde vært uten jobb i relativt kort tid og det er ikke mulig å finne en normalfordelingskurve som passer godt til dataene. Kilde: SSB



til stede under fødsel, kan vi velge å generalisere til alle norske fedre (populasjonen) og anta at 95 prosent av alle fedre er til stede under fødsel i Norge.

Generalisering fra et utvalg til en større populasjon er ikke alltid rett frem. På den ene siden må vi være klar over at tilfældigheter kan lure oss. Hvis vi hadde spurt ti fedre istedenfor 1000 kan det godt hende at alle hadde vært til stede på fødestua, men det er også ganske stor sjans for at vi finner to personer som ikke var til stede under fødsel blant de ti spurte. En viss usikkerhet må vi lære å leve med, men statistikken hjelper deg med å synliggjøre hvor stor denne usikkerheten er. Hvis usikkerheten er større enn du er villig til å akseptere kan du iverksette tiltak i et forsøk på å redusere usikkerheten, for eksempel ved å øke utvalgsstørrelsen.

### > SYNLIGGJØR USIKKERHET

Statistikken hjelper oss først og fremst med å synliggjøre grad av usikkerhet, og bidrar i mindre grad til å fjerne denne usikkerheten. Sitter du med dårlige data er det begrenset hva statistikken kan hjelpe deg med, for statistikken er ikke en tryllestav som skaper gull av gråstein. Mange ser likevel på statistikk som en fortryllende svart boks der man lempet inn tall i den ene enden og får et ferdig fordøyd svar ut i den andre. En slik innfallsvinkel kan være farlig. Det å sette tall inn i en formel vil alltid gi et svar, men uten bakgrunnskunnskap er det vanskelig å vite hva svaret betyr og om det er til å stole på.

La oss gå tilbake til vår spørreundersøkelse blant nybakte fedre der vi spurte om hvor mange som var til stede under fødselen. Av 1000 spurt var 95 prosent til stede under fødsel, og vi konkluderte med at cirka 95 prosent av alle norske menn er til stede på fødestua når barn blir født. En forutsetning for en slik generalisering er at de som ble spurt (utvalget) gjenspeiler den norske befolkningen (populasjonen) på en god måte. Hvis data om fedres tilstedeværelse under fødsel baserer seg på undersøkelser ved ett bestemt sykehus kan vi gå glipp av variasjoner som forekommer på landsbasis, og da kan en generalisering gi et

feilaktig totalinntrykk. Statistikken forutsetter at du ser på et representativt utvalg, men varsler deg ikke om betingelsen er oppfylt. Du trenger derfor kunnskap om både statistikk og forskningsmetode når du skal vurdere om du kan stole på resultatene av en studie.

### > STATISTISKE FORDELINGER

Alder er en kontinuerlig måleenhet, og histogrammet i figur 1 viser hvordan nybakte fedre fordeler seg i ulike alderskategorier. I eksempelet valgte vi å benytte 11 alderskategorier à 5 år (søylebredder), og vi ser at histogrammet antar en tilnærmet klokkeform (stiplet linje). Formen ville kommet enda tydeligere frem hvis vi hadde laget histogram med mer finmasket aldersinndeling (smalere søyler). I statistikken ser vi ofte histogram med en slik klokkeform, og vi sier da at data følger en Gauss- eller normalfordelingskurve. Normalfordelingskurven er symmetrisk, det vil si at kurven er like bratt enten man beveger seg fra midten mot venstre eller fra midten mot høyre. I tillegg til at slike symmetriske data ofte dukker opp i reelle situasjoner, har normalfordelingen en del egenskaper som gjør matematikere glade. Det er derfor ikke uten grunn at normalfordelingen er blitt statistikkens viktigste sannsynlighetsfordeling. I den virkelige verden finnes det mange eksempler på data som nekter å innordne seg etter normalfordelingens klokkeform. Figur 2 oppsummerer norske arbeidsledighetstall fra 2012 og illustrerer skjevfordelte data som ikke passer med normalfordelingen. Siden normalfordelingen ikke alltid passer med virkeligheten har statistikere utviklet andre fordelingskurver for diverse formål, blant annet Kjikvadratfordelingen, Fisherfordelingen, Rektangulærfordelingen, Poissonfordelingen og Den binomiske fordelingen. I denne omgang begrenser vi ambisjonsnivået til å nevne at disse finnes.

### REFERANSER

1. Sutherland S. Irrationality. Pinter & Martin, London. 1992
2. Goldacre B. Bad science. Fourth Estate, London. 2008
3. Wootton D. Bad medicine. Doctors doing harm since Hippocrates. Oxford University Press, Oxford. 2006
4. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! Akribes, Oslo. 2012



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.

# HVEM SKAL EIE PUBLISERTE ARTIKLER?

Det er urimelig at forskere skal betale for å få adgang til egne og andres forskningsresultater.



Av **Grete Strand**, avdelingsdirektør, Avdeling for formidling, Helsebiblioteket.no, **Magne Nylenna**, direktør, Kunnskaps-senteret

Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

De aller fleste som publiserer forskningsresultatene sine i et tidsskrift, sier samtidig fra seg rettighetene til den publiserte artikkelen. Resultatene fra den forskningen som er gjort, må kjøpes tilbake i form av tilgang til tidsskriftene. Dette koster mange penger for de offentlige institusjonene, mens internasjonale forlag har stor fortjeneste på dette systemet. Det er ofte også slik at tidsskriftene baserer sin kvalitetssikring på kollegabasert rettelse av artiklene som kommer inn til redaksjonen. Dette er i stor grad gratisarbeid, og utført i en arbeidstid som er betalt av det offentlige. Bare ved Universitetet i Tromsø er slik kvalitetssikring på vegne av tidsskrifter estimert til 23 vitenskapelige årsverk (1).

## > VEKKELSE

«Forskere får midler fra samfunnet til å drive sin forskning. Da er det urimelig at fellesskapet skal betale for å få tilgang til resultatene fra forskningen», skriver Arild Bjørndal og Magne Nylenna i en kronikk i Dagbladet i 2006. Situasjonen er dessverre den samme i dag, men det skjer en vekkelse flere steder i verden over urettferdigheten i dette. Wikipedia-grunnlegger Jimmy Wales er engasjert av den britiske regjeringen for å jobbe for fri, online tilgang til all forskning som er betalt av skattebetalerne i Storbritannia. Det er en stor kampanje på gang, der 11 000 forskere har skrevet under på en boikott av tidsskriftene som eies av en av de største forleggerne i verden; Elsevier. (2)

## > DANMARK

«I Danmark har forskere og forskningsinstitusjoner stått i den paradoksale situasjon, at de må betale for at få adgang til sine egne og andres forskningsresultater», skriver Informationen.dk i juni i fjor. (3). «Dette til tross for at det er de samme forskerne og forskningsinstitusjonene som utfører forskningen,

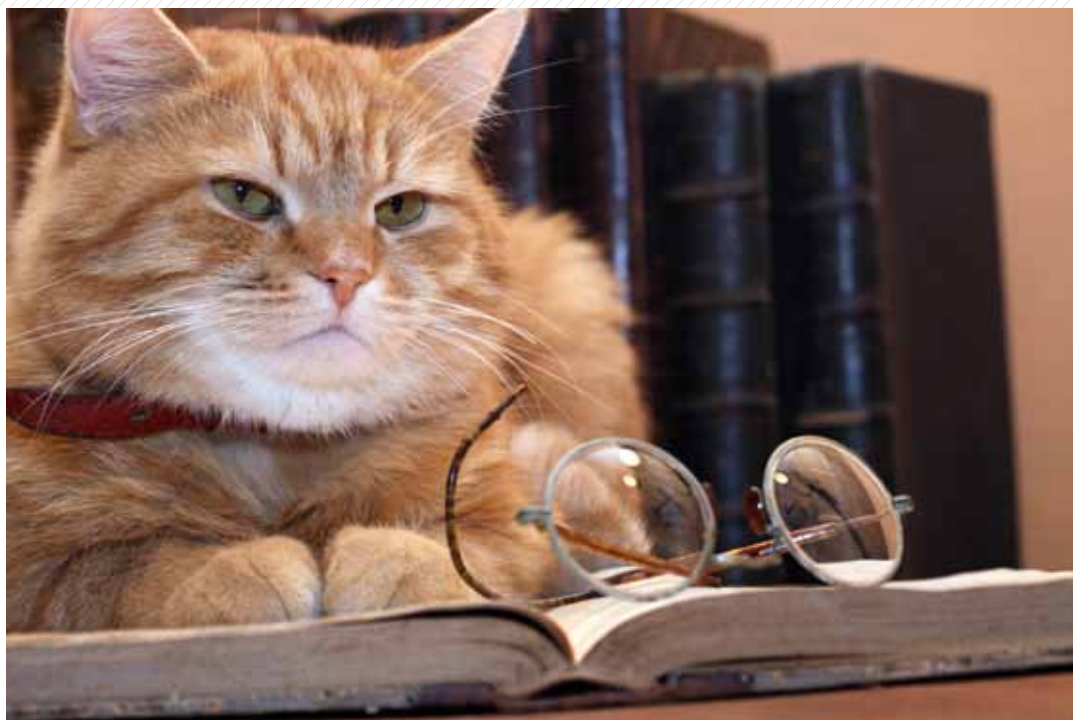
sammenfatter resultatene i vitenskapelige artikler og forærer dem til de vitenskapelige tidsskriftene, som får dem gratis kvalitetssikret av andre forskere.» Nå har forskningsrådene i Danmark nylig vedtatt en policy for «open access» (åpen arkivering/publisering) som skal gjøre offentlig finansiert forskning tilgjengelig for alle. Allerede i 2007 kom EU med en konklusjon om viktigheten av å gjøre offentlig finansiert forskning fritt tilgjengelig for alle.

## > OPEN ACCESS

«Open access» er et alternativ som benyttes stadig mer for publisering. Det innebærer at vitenskapelige artikler gjøres fritt tilgjengelig på internett. Det skjer ved at man velger å publisere vitenskapelige artikler i tidsskrifter med åpen publisering. De som likevel ønsker å publisere i et mer tradisjonsrikt tidsskrift, kan sørge for å få en avtale med tidsskriftet slik at de kan egenarkivere artikkelen i ettertid. Slik beholder forfatteren opphavsretten til artikkelen, og gir brukere tillatelse til å lese, laste ned, kopiere og søke i artikkelen uten å forlange penger for det. På den måten vil artikkelen være mer tilgjengelig for andre, noe som også gjør at forskningen kan bli mer lest og brukt.

## > STATUS I NORGE

Universitetet i Tromsø lanserte i februar 2011 et publiseringsfond som skal finansiere forfatterbetaling i «open access-tidsskrifter». I 2010 vedtok styret ved Universitetet i Tromsø en helhetlig, institusjonell policy for «open access». Forskningsrådet gjorde i 2010 endringer i sine generelle kontraktsvilkår, og blant endringene er et krav om åpen arkivering/publisering. Det er imidlertid behov for at alle i Norge som skal publisere i tidsskrift får uttelling for å velge den åpne varianten. Dette kan skje ved at man setter av en pott av forskningsmidlene til publisering i open access-tidsskrifter. Det kan forhandles frem nasjonale avtaler med disse tidsskriftene slik at man får en best mulig pris. Det er også behov for en tydelig policy på dette fra myndighetene slik at offentlige institusjoner får tydelige instruksjoner om hvilken retning man skal velge. Forskere, institusjonene de er tilknyttet og de som finansierer forskningen må komme på banen for å endre systemet slik det er nå.



### > HVA KAN FORFATTERNE GJØRE?

Forfatterne må vise engasjement og komme på banen for at det skal bli en endring. Det er minst to muligheter i dag for å fortsatt bevare rettighetene til artiklene man publiserer:

- Man kan velge å publisere i et open access-tidsskrift, det vil si et tidsskrift som gir fri tilgang til alt innhold. Slike tidsskrifter, som det blir stadig flere av, får sine inntekter fra forfatterne i stedet for leserne. Kostnadene ligger vanligvis på 10–15 000 kroner per artikkel. En studie fra 2012 viser at open access-tidsskrifter har like høy siteringsfrekvens og status som andre tidsskrifter. Noen vil imidlertid ønske å publisere i et mer tradisjonsrikt tidsskrift som er bedre kjent i fagmiljøet. Da blir det desto viktigere å egenarkivere artiklene sine.
- Alle forskere bør lagre en kopi av artiklene sine i en åpen database. Det finnes flere slike databaser, ofte knyttet til akademiske institusjoner. Ulike tidsskrifter har ulike regler for slik arkivering. Noen tillater arkivering av den endelige, publiserte artikkelversjonen, gjerne en viss tid etter primærpublisering, mens andre kun tillater arkivering av

manuskriptet som ble innsendt til vurdering. University of Nottingham har laget en oversikt over de tillatelser som utgiverne av ulike tidsskrifter gir til slik arkivering (<http://www.sherpa.ac.uk/romeo/>). I dag egenarkiveres kun cirka 6 prosent ifølge tilstandsrapporten for UH-sektoren [4].

- Det er utfordringer knyttet til begge modellene, men dersom man ikke jobber internasjonalt og nasjonalt for å forbedre dette systemet, vil man for alltid ha et system der monopolister kan ta den sum de selv ønsker for å selge tilbake til publikasjonenes rettmessige eiere. Er det en situasjon vi ønsker?

Artikkelen er basert på en artikkel skrevet av samme forfattere i Morgenbladet 6. september 2012.

#### REFERANSER

1. Peer review at the University of Tromsø: a study of time spent on reviewing and researchers' opinions on peer review
2. The Guardian: [http://www.guardian.co.uk/technology/2012/may/01/Wikipedia-research-jimmy-wales-online?CMP=tw\\_t\\_gu](http://www.guardian.co.uk/technology/2012/may/01/Wikipedia-research-jimmy-wales-online?CMP=tw_t_gu)
3. Information.dk: <http://www.information.dk/304387>
4. <http://tinyurl.com/czqb54l>

# BARN OG FORGIFTNING

Forgiftninger hos barn har en del karakteristika som skiller dem fra forgiftninger hos voksne.

Av **Hanne Kristin Sørlid** farmasøyt og seniorrådgiver Giftinformasjonen, Helsedirektoratet, **Kristin Solberg Swahn** farmasøyt og seniorrådgiver Giftinformasjonen, Helsedirektoratet, **Fridtjof Heyerdahl** overlege og PhD Akuttmedisinsk avdeling, OUS, HF, Ullevål, **Thomas Rajka**, overlege Barne- medisinsk akuttavdeling, OUS, HF, Ullevål.

Illustrasjonsfoto: **Colourbox**

Forgiftninger hos barn skiller seg fra forgiftninger hos voksne ved at barn som regel får i seg små mengder av ett enkelt stoff (en smak på eller en munnfull væske, noen få tabletter, bær etc.). Dette gjør at de fleste forgiftninger hos barn kun gir milde symptomer. Hos voksne er alvorlige forgiftninger vanligere, fordi de ofte inntar større mengder og flere stoffer samtidig. Det er viktig å kjenne til hvilke stoffer som kan gi alvorlige forgiftninger hos barn, samt hvilke spesielle vurderinger som bør gjøres. Ved forgiftningsuhell hos barn er det særlig barn under 4 år som innlegges for observasjon. Blant dem er det flere gutter enn jenter. Blant barn mellom 5 og 12 år forekommer det relativt få forgiftninger, mens det er en økende forekomst av forgiftninger igjen i tenårene. Disse tilfellene har vanligvis et «voksent» mønster med tanke på forgiftningsagens- og intensjon. De domineres av rus og selvsykning, og omfatter flere jenter enn gutter. Tenåringforgiftninger er ikke tema i denne artikkelen.

## > HVA SKILLER SMÅ BARN FRA VOKSNE?

- Barn har lavere toleranse for respirasjons- og sirkulasjonssvikt, noe som kan gjøre at konsekvensene blir mer alvorlige enn hos voksne ved tilsvarende doser.
- Cardiac output utgjøres av slagvolum og hjerterefrekvens. Opp til to års alder kan barn kompensere et fallende cardiac output ved å øke hjerterefrekvensen med opptil 200 slag i minuttet, men de har ikke samme mulighet til å øke slagvolumet. Etter to års alder kan både slagvolum og hjerterefrekvens økes for å bidra til økt cardiac output slik som hos voksne. Det betyr at de minste barna har en lavere terskel for å utvikle sirkulasjonssvikt.
- Mykere brystkasse, mindre utholdende muskula-

tur, flatere diafragma, lettere kollaps av de minste luftveiene ved ekspirasjon og trangere luftveier bidrar alle til at barn lettere utvikler respirasjonssvikt enn voksne.

For øvrig ser man de største fysiologiske forskjellene fra voksne hos barn under ett år:

- Betydelig større kroppsoverflate i forhold til vekt enn hos voksne, mer blodsirkulasjon i huden og mer hydrert hud gjør at små barn har større per-kutan absorpsjon enn voksne. (For eksempel lido-kainkrem og gasser.)
- Barn har betydelig større andel kroppsvæske enn voksne. Jo mindre kropp, jo større andel utgjør vanninnholdet. Disse forholdene endrer distribusjonsvolumet til mange legemidler, avhengig av legemiddelets fettløselighet, proteinbinding og så videre. Generelt vil vannløselige legemidler ha relativt større volum å fordele seg på, slik at plasmakonsentrasjonen blir lavere. Sammenhengen med distribusjonsvolum for fettløselige legemidler er ikke fullt så enkel. Små barn har lavere plasmaproteinnivå, og for legemidler med høy proteinbinding vil dette bety økt fri fraksjon av stoffet sammenliknet med voksne. Ved økende alder vil forholdet forandre seg, og væskeinnholdet blir lavere. Hos de minste barna kan dette føre til at enkelte legemidler har sterkere virkning og andre svakere virkning enn hos voksne.
- Dårligere nyrefunksjon hos de minste barna kan føre til langsommere utskillelse av legemidler som skilles ut via nyrene, og dermed sterkere effekt. Både glomerulær filtrasjon og tubulær sekresjon modnes gradvis hos barn fram til de når voksent nivå ved omkring ett års alder.
- Langsommere tømning av ventrikkelen gjør at tiden til maksimal plasmakonsentrasjon nås er lengre for de minste barna.
- Levermetabolismen forandres fra spedbarnsalder til man er voksen i et komplisert mønster. Både såkalte fase I og fase II enzymer endrer seg. For fase I beskytter føtale cytokrom P-450 (CYP) enzymer de første ukene, mens de permanente CYP-enzymene utvikler seg svært ulikt. Enkelte har høyere aktivitet sammenliknet med voksent nivå og gir dermed raskere metabolisme hos barn (for eksempel karbamazepin), mens andre stoffer brytes



ned langsommere. Fase II enzymer har et minst like komplisert utviklingsmønster. Ett eksempel hvor ulik levermetabolisme gir ulik toksisitet hos små barn og voksne er paracetamol. Barn opp til cirka seks år tåler høyere dose paracetamol per kilo kroppsvekt enn det større barn og voksne gjør. Riktignok er glukuronidering av paracetamol nedsatt hos små barn, men både evnen til å sulfatere paracetamol og evnen til å fjerne den toksiske metabolitten NAPQI med glutation er økt.

- Mer reaktive slimhinner hos barn enn voksne gjør at barn ofte får raskere problemer med luftveisødem, for eksempel ved inhalasjon av irriterende gasser og varme, samt ved aspirasjon av irriterende og etsende væsker.

### > GIFTIG I SMÅ DOSER

I tilfeller der barn er eksponert er det bare ved 10–20 prosent av innleggelsene at forgiftningene blir moderate eller alvorlige. Det er likevel viktig å være klar over hva slags stoffer som kan være farlige for barn selv i små mengder.

Følgende legemidler kan gi toksiske effekter hos små barn ved doser som er tilnærmet lik en terapeutisk dose til voksne: Perorale antidiabetika av sulfonyleurea-typen, kinin og klorokin (malariamedisin), jern, kalsiumantagonister, fentiaziner (antipsykotika), trisykliske antidepressiva, opioider, klonidin, teofyllin, salisylater og første generasjons antihistaminer. Barn er spesielt følsomme for metoklopramid (antiemetikum), og gjentatt dosering medfører høy forgiftningsrisiko. Spedbarn kan være spesielt utsatt for forgiftning dersom de har blitt gitt voksenstyrke eller mer enn anbefalt dose av slimhinneavsvellende neseppray. Symptomer kan komme raskt, med påvirkning både på CNS, hjerte og respirasjon.

Ved mistenkt inntak av legemidlene nevnt over, er det spesielt viktig å finne informasjon om toksiske doser, barnet bør ofte undersøkes av lege, og innleggelse på sykehus for observasjon kan være nødvendig. Kontakt Giftinformasjonen for informasjon og diskusjon.

### > VANLIGE PROBLEMSTILLINGER

Dette avsnittet handler om barn over ett år. For mindre barn kan det være nødvendig å gjøre egne vurderinger.

Inntak av produkter som brukes i hjemmet forekommer ofte. Mange av dem er relativt ufarlige, som milde såper, håndkremer og blomstergjødsel. Det finnes imidlertid en del produkter som kan være farlige, for eksempel avløpsåpnere, ovnsrens og husvask som virker etsende på slimhinner, øyne og hud.

#### Maskinoppvaskmidler

Mange barn smaker på maskinoppvaskmidler til bruk i hjemmet. Ved slike inntak er det viktig å fjerne eventuelle rester i munnen raskt og gi barnet drikke. Små inntak av maskinoppvaskmidler til bruk i husholdningen gir vanligvis bare lokal irritasjon i munn og svelg. Maskinoppvaskmidler til bruk i storkjøkken inneholder derimot sterkt etsende stoffer, og ved inntak av slike produkter er det fare for utvikling av larynx- og epiglottisødem samt respirasjonsbesvær. Dette kan oppstå plutselig eller gradvis, oftest hos barn under to år. Slike inntak må derfor følges opp på sykehus.

#### Petroleumsdestillater

Tyntflytende petroleumsprodukter, som white spirit, tennvæske og lampeolje, kan ved aspirasjon gi svært alvorlige lungekomplikasjoner i form av kjemisk pneumoni. Ved inntak av slike produkter anbefales det å gi litt fettholdig drikke, samt å observere barnet hjemme med tanke på eventuelle luftveissymptomer som kraftig hoste og tungpustethet. Ved luftveissymptomer må barnet til sykehus, og behandling med oksygen eller respirator kan bli nødvendig. Ventrikkelskylling, brekkmiddel eller nedsetting av kull skal unngås.

#### Bilprodukter

En rekke bilprodukter kan være farlige for barn. **Frostvæske/kjølevæske/radiatorvæske** med høyt innhold av etylenglykol kan gi alvorlige forgiftninger allerede ved inntak av noen få milliliter. Etter







eventuelle tidlige magesymptomer kan det inntre en fredelig fase, mens toksiske metabolitter dannes, før det oppstår kliniske tegn som er vanskelig korrigerbare, med tiltakende metabolsk acidose, hyperventilering og påvirkning på CNS, nyre, sirkulasjon og respirasjon. **Avfettingsmidler** kan inneholde

uproblematiske tensider (såpestoffer), syrer, alkalier eller petroleumsdestillater. Produktenes toksisitet varierer dermed mye, og det er viktig å sjekke innholdsstoffene i det aktuelle produktet. **Felgrens** kan inneholde alkalier eller syrer, som regel i etsende konsentrasjoner. Metanol har også inngått i denne type produkter. **Vindusspylervæske** inneholder ofte isopropanol og/eller etanol. Isopropanol regnes som dobbelt så toksisk som etanol. **Rustrensprodukter** inneholder ofte en kombinasjon av syrer og glykoler/glykoletere.

#### **Rottegift**

I dag inneholder rottegift vanligvis superwarfariner. Dette er potente stoffer med lengre virkningstid enn warfarin. Inntak av rottegift er ofte så små at det ikke er fare for alvorlig forgiftning, men hvis inntatt dose er høy, er det viktig å måle INR i flere døgn før alvorlig forgiftning kan utelukkes.

#### **Alkohol**

Etanol kan være svært farlig for små barn. I tillegg til ruseffekter og CNS-depresjon er det fare for hypotermi og hypoglykemi, særlig hos barn under fem år. Inntak av mer enn 1 ml/kg kan gi alvorlige symptomer, det vil si et halvt til ett glass vin eller cirka 11 ml av konsentrerte etanolbaserte hånddesinfeksjonsmidler til et barn som veier ti kilo.

#### **Tobakk**

Inntak av tobakk i form av snus, sigaretter eller sneiper gir ofte magesymptomer hos barn. Større inntak kan gi symptomer som krever behandling og observasjon, med blant annet svimmelhet, forvirring, sløvhhet og påvirkning på hjerte og blodtrykk.



## Planter

De fleste planter og bær i Norge er lite farlige ved små inntak, men for å vurdere behovet for tiltak og behandling, er det viktig å identifisere planten. Noen planter inneholder stoffer som påvirker CNS eller hjerte, for eksempel tyrihjel, selsnepe og revebjelle. Inntak av disse plantene kan forde rask behandling og sykehusinnleggelse. Andre planter inneholder stoffer som virker irriterende på slimhinner, øyne og hud. Eksempler på irriterende planter er hvitveis, tulipan og zamioculcas. Inntak av disse plantene kan gi irritasjon i munn og svelg, magesmerter, brekninger og diaré. Fotoksiske planter som tromsøpalme og bjørnekjeks kan gi uttalt hudreaksjon ved eksponering for sollys etter hudkontakt. Kontakt Giftinformasjonen for vurdering av fare og råd om eventuelle tiltak ved eksponering for planter.

## Sopp

Giftinformasjonen får mange henvendelser om barn som har smakt på sopp. Mange sopper er det ufarlig å smake på, men noen er så giftige at selv en liten smakebit kan føre til alvorlig forgiftning. Når barn har smakt på sopp, bør de fem giftigste soppene alltid utelukkes: Spiss giftslørsopp, butt giftslørsopp, hvit fluesopp, grønn fluesopp og flatklokkehatt. Symptomene som kan oppstå ved inntak av giftig sopp varierer. En del sopper gir irritasjon i magetarmsystemet, mens andre kan gi nyreskade, leverskade eller påvirkning på nervesystemet. De giftigste soppene er såkalte skivesopper, det vil si at de har skiver på undersiden av hatten. Rørsoppene er svampaktige på undersiden av hatten. Det er ingen svært giftige sopper blant rørsoppene. Symptomer etter inntak av sopp kan ha andre årsaker enn at



soppen er giftig. Mange barn får lette magetarmsymptomer som kvalme, oppkast og diaré etter å ha spist rå sopp, fordi sopp er tungt fordøyelig. Inntak av gammel eller råten sopp kan også gi magebesvær. Ved mistanke om at barn kan ha spist giftig sopp, anbefales det å kontakte Giftinformasjonen for vurdering av forgiftningsfare og råd om eventuelle tiltak. Giftinformasjonen er behjelpelig med å identifisere sopp i akutsituasjoner.

## Fluor

Inntak av fluortabletter gir svært sjelden alvorlige forgiftninger. Noen titalls tabletter kan gi magesymptomer på grunn av søtningstoffer i tablettene. Man kan gjerne gi melk å drikke ved inntak av fluortabletter. Kalsium i melken binder fluoridet, og begrenser dermed opptaket. Ved inntak av store mengder tabletter må dosen vurderes, og annen behandling kan være aktuell.

## Feildoseringer

Det er ikke uvanlig at barn får feil dose av medisiner. Det er relativt vanlig at barn får doble paracetamoldoser, fordi foreldre gir en stikkpille eller tablett med feil styrke, men dette er sjelden problematisk. Feildosering av antibiotikamiksturer gir sjelden annet enn magesymptomer. Ved store doser er det imidlertid viktig å sjekke kaliuminnholdet, da enkelte antibiotikamiksturer inneholder kaliumsaltet av virkestoffet, og forgiftning kan oppstå på grunn av kaliummengden.

## > GENERELT OM BEHANDLING

Behandling av forgiftninger hos barn følger vanlige prinsipper for forgiftningsbehandling. Dersom det er inntatt noe som kan medføre forgiftning skal man fjerne alle rester fra munnen og gi drikke, for eksempel vann. De fleste eksponeringer hos barn kan håndteres hjemme, men ved fare for moderat eller alvorlig forgiftning må barnet observeres på

sykehus, eventuelt legevakt.

Ved mange eksponeringer hvor barn kan observeres hjemme, anbefales medisinsk kull som eneste tiltak. Kull binder seg til mange ulike stoffer, blant annet de fleste legemidler, sopp- og plantegifter, og reduserer absorpsjonen fra magetarmsystemet. Jo tidligere kull gis etter inntak, jo bedre effekt har det. Kull er bare aktuelt ved inntak av stoffer som bindes til kull, og anbefales derfor ikke ved inntak av salt, jern, litium eller fluor. Barn som ikke er vant til fast føde bør ikke få kull. Ved fare for moderat forgiftning kan det være aktuelt å gi kull uten å ventrikkeltømme først. Erfaring fra mange leger viser at det ofte er vanskelig å gi barn optimal dose kull uten sonde. I noen tilfeller kan det være aktuelt å gi kull gjentatte ganger.

Ved fare for alvorlig forgiftning kan ventrikkelskylling være aktuelt før medisinsk kull nedsettes. Hovedregelen er at dette bør skje inntil en time etter inntak av flytende preparater og innen to timer etter inntak av faste preparater. Ventrikkelskylling og kull kan være indisert selv etter to timer. Dette gjelder for eksempel ved inntak av stoffer med antikolinerg effekt (gir nedsatt GI-motilitet og forsinket absorpsjon fra mage/tarm), tabletter som klumper seg sammen i tarmen (karbamazepin) eller tungt fordøyelig materiale som planter og sopp.

Ved nedsatt bevissthet eller nedsatt svelgerefleks må man intubere før ventrikkelskylling. Til barn må det brukes en mindre mengde skyllevæske enn til voksne. Ved inntak av petroleumsprodukter eller etsende væsker anbefales ikke ventrikkelskylling eller kull, fordi brekninger og aspirasjon kan gi luftveiskomplikasjoner eller fare for slimhinneperforasjon.

Ved fare for alvorlig forgiftning kan brekninger unntaksvis framkalles ved hjelp av brekkmiddel. Forutsetningen er at barnet er våkent og at det ikke er fare for nedsatt bevissthet eller krampesammenheng innen kort tid. Brekkmiddel anbefales sjelden, fordi effekten er dårlig dokumentert og fordi bruk av brekkmiddel kan komplisere eller forsinke annen behandling. I svært sjeldne tilfeller kan det være aktuelt å framkalle brekninger manuelt. Det skal aldri framkalles brekninger ved inntak av petroleumsprodukter eller etsende stoffer.

Når barn innlegges på sykehus på grunn av forgiftningsfare er ofte observasjon eneste tiltak, men observasjon er til gjengjeld veldig viktig ved mistanke om betydelig eksponering. Av og til anbefales observasjon også ved usikre inntak, fordi barnet kan få symptomer som er vanskelig å følge med på hjemme, for eksempel hjertepåvirkning. Observasjonstiden må vurderes i hvert tilfelle. Det er viktig at observasjonen ikke avsluttes for tidlig, for eksempel i tilfeller der det forventes forsinket absorpsjon.

## > OPPSUMMERING

De fleste eksponeringer hos barn ender uten alvorlige kliniske tegn. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at fysiologiske forskjeller mellom barn og voksne kan ha betydning for stoffers forgiftningsfare. Dette kan for eksempel gjelde ulikheter i metabolisme og eliminasjon av legemidler. Barn kan dessuten være ekstra utsatt for forgiftning, blant annet på grunn av økt absorpsjon via hud og mer reaktive slimhinner. Kontakt Giftinformasjonen tidlig på døgnåpen telefon 22 59 13 00 for hjelp til vurdering av forgiftningsfare, observasjonstid og behandling.

### FAKTA:

I Emnebibliotek forgiftninger på Helsebiblioteket finnes Giftinformasjonens behandlingsanbefalinger til bruk ved behandling av akutte forgiftninger. Behandlingsanbefalingene er først og fremst ment for helsepersonell som behandler forgiftningsspasienter, og omhandler legemidler, kjemikalier, planter, sopp, stikk, bitt, næringsmidler, rusmidler, antidoter og eliminasjonsmetoder. Det finnes per i dag cirka 160 behandlingsanbefalinger. Emnebiblioteket inneholder også andre ressurser innen forgiftningsområdet, som aktuelt saker, lenker, tilgang til utvalgte tidsskrifter, databaser og oppsummert forskning. Det er mulig å søke i innholdet i Emnebibliotek forgiftninger. I tillegg til nettutgaven finnes det en versjon som er tilpasset mobiltelefon – denne inneholder kun behandlingsanbefalingene og en mulighet for å søke i disse. Se: [www.helsebiblioteket.no/forgiftninger](http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger).

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**INGRID HELEN RAVN**

**Tittel:** Effekt av en tidlig intervensjon på utfall hos mødre, fedre og moderat og lett premature – en randomisert kontrollert studie

**Arbeidssted:** Institutt for Sykepleie, Fakultet for helsefag, HIOA

**Utgått fra:** Oslo universitetssykehus, Kvinne- og barneklivnikken, Nyfødtintensiv avdelingen, Ullevål

**Veiledere:** Professor emeritus Lars Smith, Professor Rolf Lindemann, 1.-amanuensis Nina A. Smeby, Professor Eli H. Bunch

**Disputas:** 25. mai 2012.

**E-post:** ingrid-helen.ravn@hioa.no

> **Bakgrunn:** Barnets emosjonelle, språklige og sosiale utvikling bygger på kvaliteten på tidlig sosialt

samspill med nære omsorgspersoner. Premature barn er umodne, mindre våkne, gir svakere signaler og trenger lengre tid til å bearbeide inntrykk og «svare» når de kommuniserer. Dette gjør samspillet vanskeligere mellom foreldre og for tidlig født barn.

**Hensikt:** Ravn testet om en tidlig intervensjon, The Mother-Infant Transaction Program (MITP), som hadde til hensikt å lære foreldre å forstå det premature barnets tidlige kommunikasjon, hadde en positiv effekt på samspillskvalitet mellom mor og barn. Ravn testet også om intervensjonen hadde en positiv effekt på forekomst av depressive symptomer og ammelengde hos mor, stress hos mor og far, eller påvirket mors oppfatning av barnets temperament og tidlige sosiale kommunikasjon.

**Metode:** Randomisert kontrollert studie med tre grupper. Data ble samlet inn fra 150 familier gjen-

nom spørreskjemaer og videoobservasjoner i barnets første leveår.

**Resultat:** Mødre i intervensjonsgruppen rapporterte signifikant færre depressive symptomer etter utskrivning og ammet barna lenger enn mødre i den premature kontrollgruppen. Ved 12 måneder var mødrene signifikant mer sensitive og responsive når de lekte med barna sine, og samspilte bedre med barna som også var i bedre humør. Fedre til moderat og lett premature var mer stresset enn fedre til termin barn mer enn ett år etter fødselen, men man greide ikke påvise at MITP reduserte stress hos far eller mor. Det ble ikke påvist noen sikker positiv effekt på mors oppfattelse av barnets temperament eller sosiale kommunikasjon.

**Konklusjon:** Nyfødtavdelinger kan forbedre oppfølgingen av moderat og lett premature samt deres foreldre.



**Kandidat:**

**LAILA ARNESDATTER  
HOPSTOCK**

**Tittel:** Årstidsvariasjon i insidens av akutt hjerteinfarkt og kardiovaskulære risikofaktorer i en subarktisk befolkning – Tromsøundersøkelsen

**Arbeidssted:** Institutt for Samfunnsmedisin, Det Helsevitenskapelige Fakultet, Universitetet i Tromsø

**Utgått fra:** Det Helsevitenskapelige Fakultet, Universitetet i Tromsø

**Veiledere:** Professor Tom Wilsgaard, professor Inger Njølstad og professor Kaare Harald Bønnaa

**Disputas:** 21. september 2012

**E-post:** laila.hopstock@uit.no

> **Bakgrunn:** Vinteren er en farlig tid – i hvert fall for hjertet. Årstidsvariasjon med topp om vinteren i hjerteinfarktinsidens og kardiovaskulære risikofaktorer

er observert i studier verden over. Mange tidligere studier har metodiske begrensninger og få er utført i områder med kaldt klima.

**Hensikt:** Å undersøke effekt av årstid og meteorologiske faktorer på hjerteinfarktinsidens og kardiovaskulære risikofaktorer i en subarktisk befolkning.

**Metode:** Den prospektive befolkningsbaserte Tromsøundersøkelseskohorten består av over 40000 studiedeltakere undersøkt opptil ni ganger i seks repeterte helseundersøkelser mellom 1974 og 2008, der det har blitt samlet inn informasjon om hjerteinfarkt og risikofaktorer. Avhandlingen består av tre studier; analyse av årstidsvariasjon i hjerteinfarktinsidens, analyse av effekt av temperatur, vind, atmosfærisk trykk, fuktighet og snøfall på hjerteinfarktinsidens, samt analyse av årstidsvariasjon i systolisk og diastolisk blodtrykk, hjerterefrekvens, kroppsvekt, totalkoleste-

rol, triglyserider, HDL kolesterol, C-reaktivt protein og fibrinogen.

**Resultat:** Det er økt risiko for førstegangs hjerteinfarkt i de mørkeste vintermånedene, men økningen er liten sammenliknet med økningen om vinteren sett i land med varmere klima. Effekten av værvariabler er liten, men hos eldre er det økt risiko for førstegangs hjerteinfarkt ved kulde og etter store snøfall. Kardiovaskulære risikofaktorer har et årstidsmønster, men størrelsen på variasjonen gjennom året er liten og vil lite trolig bidra til akutt hjertekarsykdom.

**Konklusjon:** Denne subarktiske befolkningen er lite påvirket av årstid og vær sammenliknet med befolkninger i varmere områder, antakelig på grunn av langtids adaptasjon til et barskt klima, hovedsakelig via beskyttende strategier som varme boliger, adekvat påkledning, tilpasset utendørsatferd samt generelt høy levestandard.

# DOKTORAVHANDLINGER



**Kandidat:**  
**URSULA-GEORGINE**  
**SMÅLAND GOTH**

**Tittel:** Innvandreres bruk av fastlegeordningen

**Arbeidssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus

**Utgått fra:** Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for klinisk medisin

**Veiledere:** Professor John E. Berg og professor Bjørn Myrvang

**Disputas:** 17. august 2012

**E-post:** ursula.smaaland.goth@hioa.no

› **Bakgrunn:** Tilgang til helsetjenester og informasjon er grunnleggende for både innvandrere og norskfødte personer. Fastlegereformen ble introdusert i og er et

pasientlistesystem. Ordningen har som mål å gi befolkningen større trygghet og tilfredshet i et stabilt pasient-legeforhold.

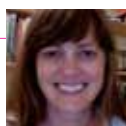
**Hensikt:** Man opplever at mange innvandrere bruker legevakten framfor fastlegen. Siden likeverdige helsetjenester er et satsingsområde i Norge, ønsket vi å se nærmere på mulige årsaker til dette og eventuelt foreslå tiltak for å øke bruken av fastlegene i denne gruppen.

**Metode:** Den kvalitative delen av studien var basert på semistrukturerte intervjuer med 12 fastleger og 13 innvandererrepresentanter i Oslo, den kvantitative delen brukte Konsultasjonsregisteret for Oslo med 1.935.000 primærlege konsultasjoner for årene 2006 og 2007.

**Resultat:** Vi finner et mangfoldig bruksmønster av primærlege-

tjenester blant nyankomne utenlandskfødte innbyggere. Disse er også vanskelig å nå med informasjon om fastlegeordningen og tildelt lege. Det viser seg at botid har vesentlig innflytelse på sannsynligheten for å kontakte legevakten. Også rollen til fastlegen og legevakten er ofte misforstått. Det viste seg videre at nyankomne innvandrere fra Sverige, Bosnia, Irak, og Polen har høyest sannsynlighet for å bruke legevakt framfor fastlege de første årene etter ankomsten.

**Konklusjon:** Prosjektet oppdager uønskete hendelser og mønstre i fastlegeordningen og viser til potensielle tilpasningsmuligheter. Etter hvert som mangfoldet i befolkningen øker må tilgjengeligheten til helsetjenester overvåkes og ivareta behovet for tilrettelagt informasjon.



**Kandidat:**  
**ANNE RAUSTØL**

**Tittel:** Partiskhet og upartiskhet i sykepleieetikk

**Arbeidssted:** Diakonhjemmet Høgskole

**Utgått fra:** Universitetet i Reading, Storbritannia

**Veiledere:** Professor Brad Hooker og professor John Cottingham

**Disputas:** 11. mars 2011

**E-post:** raustol@diakonhjemmet.no

> **Bakgrunn:** I de siste tiårene har det vært en økende interesse for begrepene partiskhet og upartiskhet og deres rolle innen etisk teori. Debatten har lagt mye vekt på typiske personlige forhold, så som vennskap og kjærlighetsforhold. Avhandlingen tar derimot

for seg partiskhet og upartiskhet i profesjonelle roller, og da særlig i sykepleierollen.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å klargjøre begrepene partiskhet og upartiskhet og hvilken rolle de bør ha i en sykepleieetikk.

**Metode:** Moralfilosofisk analyse – normativ etikk.

**Resultat:** Sykepleierollen er karakterisert, på den ene siden, av upartiske hensyn så som rettferdig fordeling av goder, idealer om lik behandling av like tilfeller og om likeverd mellom pasienter. På den andre siden er sykepleierpasientforholdet et forhold som likner personlige forhold, hvor partiske hensyn som individuell omsorg, tillitsforhold og en forpliktelse til pasientens beste veier tungt. Avhandlingen presenterer en klargjøring av begrepene par-

tiskhet og upartiskhet og diskuterer begrepenes rolle i sykepleien med utgangspunkt i noen utvalgte fenomener sentrale for sykepleieetikk: profesjonell distanse, tillit, nærhet, umiddelbarhet, omsorg og empati.

**Konklusjon:** Avhandlingens hovedargument er at i profesjonelle roller spiller upartiskhet en betydelig mer sentral rolle enn det gjør i personlige forhold, og at begrunnelser for partiskhet i profesjonelle roller ikke er analoge med begrunnelser for partiskhet i personlige forhold. Derfor vil elementer som kan være problematiske og fremmedgjørende i personlige forhold ikke nødvendigvis være det i profesjonelle forhold. Dette åpner for at konsekvensetikk og kantianske etikk ikke trenger å være like problematiske i profesjonelle forhold som de er antatt å være for personlige forhold.

## HAR DU NYLIG AVLAGT DOKTORGRADEN?

Sykepleien Forskning publiserer sammendrag av doktorgrader avlagt av norske sykepleiere.

Vi ønsker derfor tilsendt sammendrag til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

Retningslinjer for utforming av sammendrag av doktorgradsavhandlinger finner du på våre nettsider: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).

# DOKTORAVHANDLINGER


**Kandidat:**
**MARGARETH  
KRISTOFFERSEN**

**Tittel:** Strekke seg mot tinder, stå i kneiker: Om å fortsette i sykepleien. En studie av livsforståelsens betydning for sykepleieres utøvelse av sykepleie

**Arbeidssted:** Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

**Utgått fra:** Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

**Veiledere:** Professor Febe Friberg, professor Jan-Olav Henriksen og professor Sture Åstrøm

**Disputas:** 25. januar, 2013

**E-post:** margareth.kristoffersen@uis.no

> **Bakgrunn:** Sykepleien har gjennomgått store endringer internasjonalt og nasjonalt. Det er i en årrekke rapportert om mangel på sykepleiere. Sykepleiermangelen vekker bekymring, fordi den representerer en trussel for global helse og pasienters muligheter til å opprettholde eller forbedre egen helse.

**Hensikt:** Hensikten med avhandlingen var å studere hva det er som

er av betydning for at sykepleiere fortsetter i yrket. Avhandlingen belyser hvilke tanker og forestillinger sykepleiere har om dette. Den belyser også hvordan tematisering av sykepleieres livsforståelse kan bidra til å klargjøre det som kjenner seg utøvelse av sykepleie.

**Metode:** Data består av skriftlige fortellinger, kvalitative intervju og oppfølgingsintervju med 13 sykepleiere som arbeider i somatisk eller psykiatrisk helsetjeneste, i eller utenfor institusjon.

**Resultat:** Resultatene tyder på at sykepleiere fortsetter i yrket fordi de har en selvforståelse bygget på grunnleggende betydningsfulle forestillinger: Sykepleiere vil det skal bli skapt noe nytt i grunnvilkår i livet som pasienter og de selv befinner seg i. Selv vil de medvirke til dette. Sykepleiere vil skape noe godt i livsbetingelsene for pasienter, fordi de da skaper noe godt for seg selv. Dette betyr at sykepleiere har ståsted og identitet som gjør det mulig å balansere mellom det de strekker seg etter å nå i pleien av syke og det de må holde ut for å fortsette. Ulike livsbetingelser relatert til livet, fellesskap og samfunn og mennesket selv, påvirker mulig-

hetene sykepleiere har til å skape noe godt for pasienter og seg selv. Sykepleiere har en forhåpning om at livet skal bli bedre for pasienten, og de har et ønske om å foredle seg selv som menneske. Sykepleiere blir skremt i møte med sykdom, nød og lidelse, men de lar seg ikke skremme bort. De må holde ut ekstra byrder i kollegialt fellesskap og samfunnsrelatert ekstra bryderi. Sykepleiere har det klart for seg at ulike hendelser i livet kan gi ballast senere. De har en fortrolighet med at en selv bare er et menneske, og at livet er større. Sykepleiere har stor glede, særlig i relasjoner med pasienter, og de ser hvilke rike muligheter sykepleien gir. Alt dette betyr at sykepleiere er robuste og lite vaklende, og at de selv vet om det. Et gjensidig berikende kollegialt fellesskap betyr likevel mye.

**Konklusjon:** Avhandlingen konkluderer med at sykepleiere trenger å realisere seg selv i sykepleien gjennom å virkeliggjøre sine grunnleggende betydningsfulle forestillinger. Den konkluderer også med at sykepleiere trenger å ha oppmerksomhet rettet både mot pasienten og seg selv. Sykepleiere behøver livsbetingelser i samfunn, organisasjon og ledelse som fremmer mulighetene til dette.





**Kandidat:**  
**BENTE P. SKOGSAAS**

**Tittel:** Prosjektsamarbeid på tvers i en sykehuskontekst. Utvikling av behandlingslinjer – om ambivalente språkbilder som forventningshorisont

**Arbeidssted:** Videreutdanningen i intensivsykepleie ved Institutt for Sykepleievitenskap, Høgskolen i Vestfold

**Utgått fra:** «Forskingskolen i Livslang Læring» ved Institutt for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitetscenter, Danmark

**Veileder:** Linda Lundgaard Andersen

**Disputas:** 29. januar 2013

**E-post:** bente.skogsas@hive.no

> **Bakgrunn:** Forskning innenfor endrings- og utviklingsprosesser i helsetjenesten har vært dominert av fokus på overordnede strukturer knyttet til rammer og ledelse eller relasjonen profesjon-pasient. Det finnes lite forskning med mikroperspektiv på flerprofesjonell samhandling i utviklingsprosjekter og hvordan organisasjons- og institusjonstrender i tiden, som New Public

Management, setter preg på utviklingsprosess og rammer for resultat.

**Hensikt:** Avhandlingens bidrag har vært å beskrive og fortolke funn som belyser hvordan flerprofesjonelle aktører i et tidstypisk prosjekt i en sykehuskontekst; utvikling av behandlingslinjer, interagerer og hvilke temaer og situasjoner som skiller seg ut som rammer for læring.

**Metode:** En kompleks teoretisk ramme er utviklet som grunnlag for analyse og fortolkning av interaksjonene i et utviklingsprosjekt på tvers mellom to klinikker. Det er gjort en triangulering av dokument-, observasjons- og intervjudata. «Læringsrom» er anvendt som analysebegrep for å få innsikt i møtenes åpenbare, skjulte og tvetydige rammer for sosialt overført læring. Elementer fra posisjoneringsteori og samtale- og diskursanalyse er anvendt i analyse og fortolkning av lokal diskurs.

**Resultat:** Utviklingsprosesser på tvers av fellesskaper og profesjoner trer frem som en egen møtegenre; «grensesonevirksomhet» der tilrettelegging av rom for dialektisk samspill mellom mot-

setningsforhold og håndtering av ambivalens er essensielt for resultat. Aktørenes språkbilder avdekker ambivalente innstillinger til NPM-strategier som ved behandlingslinje-konseptet og «good-enough», men også ledelsesstrategier som ved «top-down» og «bottom-up». Ambivalente språkbilder forteller her om dypereliggende menings- og motivasjonsbilder for aktørenes eksistensielle, emosjonelle tilknytninger, preferanser og dispreferanser til prosjektet. Innordningsstrukturer er sterke og begrenser rom for nye samhandlingsformer.

**Konklusjon:** Ambivalente språkbilder må synliggjøres og fortolkes i sin rette mening og ikke kun betraktes som motvillighet til å endre det bestående. Fortolkningsbilder i avhandlingen styrker behovet for lederes kompetanse i å avdekke motsetningsforhold og fasilitere forventningshorisonter der behandlings- og omsorgspraksiser nyanseres i større grad enn hva som er tilfellet i norske sykehus i dag.

## 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.

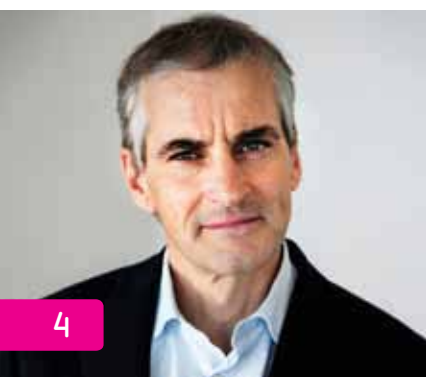
Vi oppfordrer derfor alle aktuelle sykepleiere å sende inn nødvendig informasjon til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no).

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



## Contents >>

<b>Editorial:</b> Responsibilities and skills should match .....	3
<b>Contributions:</b>	
Jonas Gahr Støre: We must use values better .....	4
Øyvind Kirkevold: Good dementia care is about leadership .....	7
<b>Summarised research:</b>	
Cochrane .....	8
Research news .....	12
<b>Research articles:</b>	
Medication Needs in Nursing Homes: Prescribing, Use and Documentation of Effect. By Stine Wang Rønningen, Kjersti Bakken and Anne Gerd Granås .....	14
Comment: It is about patient safety. By Renate Solstad .....	25
<b>Great Needs for More Knowledge About Medication Among Nurses in Nursing Homes.</b> By Wenche Wannebo and Lise Sagmo .....	26
Comment: Courses should be offered. By Ann-Elin Stenberg .....	35
<b>Six-year Follow-up of a Residential Lifestyle Intervention Program for Morbid Obesity.</b> By John Roger Andersen, Mari Hage Stokke, Margunn Bye Tøsdal, Lesley Robertson and Villy Våge .....	36
Comment: Need support and follow-up. By Anne Lise Hustadnes .....	45
Women Who Self-harm Experience Admission Into Acute Mental Health Care as Promoting Recovery. By Jan Hammer, Katrine Wilhelmsen, Monica Strand and Gry Bruland Vråle .....	46
Comment: Can be treated outpatient. By Martin C. Veland .....	53
How Students Experienced Clinical Practise at an Acute Care Hospital When Organised in "Student Dense" Wards. By Kari Strand, Kristian Devold and Alfhild Dihle .....	54
Comment: Guidance requires continuity. By Åse Helen Myklebust .....	61
The Clinical Specialist Education–Best Suited to Enhance Learning Through Informal Activities? By Anne Grethe Knutheim and Ida Torunn Bjørk .....	62
Comment: Professional development must be rooted in the lead. By Line Pedersen .....	73
<b>Research in practice</b> .....	74
<b>Research Interview</b> .....	76
<b>New and useful:</b> .....	78



## Innhold >>

<b>Leder:</b> Ansvar og kompetanse bør samsvare .....	3
<b>Innspill:</b>	
Jonas Gahr Støre: Vi må bruke verdiene bedre .....	4
Øyvind Kirkevold: God demensomsorg handler om ledelse .....	7
<b>Oppsummert forskning:</b>	
Cochrane .....	8
Forskningsnytt .....	12
<b>Forskningsartikler:</b>	
Behovsmedisinering i sykehjem: Forskrivning, bruk og dokumentasjon av effekt. Av Stine Wang Rønningen, Kjersti Bakken og Anne Gerd Granås .....	14
Kommentar: Det handler om pasientsikkerhet. Av Renate Solstad .....	25
Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. Av Wenche Wannebo og Lise Sagmo .....	26
Kommentar: Bør få tilbud om kurs. Av Ann-Elin Stenberg .....	35
Sjukleg overvekt: Livsstilsbehandling i institusjon – oppfølging seks år etter. Av John Roger Andersen, Mari Hage Stokke, Margunn Bye Tøsdal, Lesley Robertson og Villy Våge .....	36
Kommentar: Trenger støtte og oppfølging. Av Anne Lise Hustadnes .....	45
Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern. Av Jan Hammer, Katrine Wilhelmsen, Monica Strand, Gry Bruland Vråle .....	46
Kommentar: Kan behandles poliklinisk. Av Martin C. Veland .....	53
Sykepleierstudenters erfaringer med organisering av praksisstudier som studenttett post. Av Kari Strand, Kristian Devold og Alfhild Dihle .....	54
Kommentar: Veiledning krever kontinuitet. Av Åse Helen Myklebust .....	61
Utdanning til klinisk spesialist – best egnet til å styrke læring gjennom uformelle aktiviteter? Av Anne Grethe Knutheim og Ida Torunn Bjørk .....	62
Kommentar: Fagutvikling må forankres i ledelsen. Av Line Pedersen .....	73
<b>Forskning i praksis</b> .....	74
<b>Forskerintervju</b> .....	76
<b>Nytt og nyttig</b> .....	78